



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Sozial- und Kulturgeschichte der
Hysterikerinnen in Wien, 1918–1927“

Verfasserin

Sofia Weissenegger

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 312

Studienrichtung lt. Studienblatt: Geschichte

Betreuer: Ao. Univ. Prof. Dr. Franz X. Eder

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Methode: Die historische Diskursanalyse.....	9
2.1	Der Diskursbegriff	9
2.2	Die Diskursanalyse – ein Leitfaden	12
2.3	Auswertung der Aussagen und Herausfiltern von Diskursen.....	14
3	Quellen.....	16
3.1	Zum Quellenwert von Krankenakten	16
3.2	Patientinnenakten der „Niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geisteskranke ‚Am Steinhof‘“	19
4	Historischer Abriss der Hysterie.....	24
5	Wer war die ‚typische‘ Hysterikerin in der Heil- und Pflegeanstalt ‚Am Steinhof‘?	37
5.1	Soziales Umfeld.....	37
5.2	Von der Aufnahme bis zur Entlassung	42
5.3	Diagnose und Ätiologie	45
5.4	Resümee.....	47
6	Weiblichkeits- und Mütterlichkeitsideal	48
6.1	Weiblicher Geschlechtscharakter und Kleinfamilie	48
6.2	Mütterlichkeitsideal	53
6.3	Weibliche Sexualität und Ehe.....	55
6.4	‚Körperliche und geistige‘ Schwäche der Frau	59
6.4.1	‚Körperliche Schwäche‘ der Frau.....	59
6.4.2	‚Geistige Schwäche‘ der Frau.....	60
6.5	‚Natürliche‘ Rolle der Frau als Mutter und Helferin	62

7	„Abweichende“ Weiblichkeit der Hysterikerin.....	65
7.1	Geschlechter- und Familienordnung.....	65
7.2	Sexualität.....	67
7.3	Hysterischer Charakter.....	71
7.4	Bildung und Lektüre	76
7.5	Disziplinierung und Erziehung durch die Medizin.....	78
8	Patientin K. und Patientin V. – zwei Hysterikerinnen der NLHPA.....	81
8.1	Patientin K.....	83
8.1.1	Geschlechter- und Familienordnung.....	84
8.1.2	Sexualität.....	85
8.1.3	Hysterischer Charakter.....	86
8.1.4	Disziplin durch Medizin.....	88
8.2	Patientin V.....	89
8.2.1	Geschlechter- und Familienordnung.....	90
8.2.2	Hysterischer Charakter.....	91
8.2.3	Lektüre	91
8.2.4	Disziplin durch Medizin.....	92
9	Resümee	94
	Quellen- und Literaturverzeichnis	98
	Anhang	106
	Abkürzungsverzeichnis	106
	Abstract	107
	Akademischer Lebenslauf.....	108

1 Einleitung

Hysterie wurde erstmals von Hippokrates als Bezeichnung für ein Krankheitsbild verwendet. Ausgehend von der Gebärmutter, die ursächlich für verschiedenste hysterische Symptome sei, wurde in der Antike ein Zusammenhang zwischen Frau und Hysterie geschaffen, der bis in das 20. Jahrhundert Bestand hatte. Auch wenn die Krankheit – das galt vor allem ab dem 19. Jahrhundert – zunehmend Männer ‚befallen‘ könne, so blieb die weibliche Konnotation der Krankheit weiterhin durch Hysterielehren aufrecht, welche die Anatomie der Frau als auch ihren Charakter dafür verantwortlich machten. Das Krankheitsbild wurde, wie in dieser Arbeit noch zu sehen sein wird, um 1900 von den zeitgenössischen Vorstellungen über das Weiblichkeitsideal und den damit verbundenen Moralvorstellungen beeinflusst. Dabei spielte die Differenzierung der Geschlechter eine tragende Rolle. Denn das ‚normale‘ Geschlecht sei der Mann, ein ‚Abweichen‘ davon wurde bereits bei der ‚normalen‘ Frau festgestellt und ihre Steigerung ließe sich in der Hysterikerin finden. Durch diese Theorien wurden der Geschlechterunterschied, die ‚natürliche‘ Schwäche der Frau und ihr ‚natürlicher‘ Hang zur Hysterie untermauert. Die Hysterikerin entzog sich dem pathologischen Verständnis der Ärzte, da die unterschiedlichsten körperlichen Symptome auftraten, ohne eine organische Ursache zu finden. So schnell ein Symptom auftauchte, so schnell konnte es auch wieder verschwinden. „Hysterie ist eine mimetische Störung: sie ahmt kulturell zugängliche und statthafte Ausdrucksformen des Leidens nach.“¹ Die Hysterikerin versuchte durch ihre Übernahme von Symptomen ihrem Leiden Ausdruck zu verleihen und dieses durch körperliche Symptome in die Sphäre der Legitimation und Akzeptanz zu rücken. Ich möchte in dieser Arbeit untersuchen, was sie damit auszudrücken versuchte.

Im Zug der Diplomarbeit bin ich zwei zentralen Fragestellungen nachgegangen. Beide wurden anhand von im Wiener Stadt- und Landesarchiv verwahrtem Quellenmaterial der „Niederösterreichische Landes-Heil- und Pflgeanstalt für Nerven- und Geisteskranke ‚Am Steinhof‘“ (folgend als NLHPA bezeichnet) aus den Jahren 1918–1927 erarbeitet.

¹ Elaine Showalter, *Hystorien. Hysterische Epidemien im Zeitalter der Medien* (Berlin 1997) 27.

In meiner ersten Fragestellung erörtere ich, ob in der NLHPA eine ‚typische‘ hysterische Klientel vorhanden war. Ausgehend von 60 Krankenakten, die ich analysiert habe, stelle ich dar, welchem sozialen Umfeld die Hysterikerin entstammte: Alter, Familienstand, soziale Schicht, Beruf, Verpflegungsstufe, Wohnsituation. Außerdem lenke ich den Blick auf Einweisung, Überweisung aus anderen Kliniken, Aufenthaltsdauer, Hospitalisierungsanzahl und Entlassung. Des Weiteren wird auf die Diagnose und Ätiologie der Patientinnen eingegangen und schließlich ein Vergleich mit zwei anderen Studien angestellt. Meine erste Fragestellung lautet: War in der NLHPA eine ‚typische‘ hysterische Klientel vorhanden?

Aus dem Blickwinkel der feministischen Forschung werden zwei Positionen hinsichtlich der Hysterie deutlich. Einerseits wird sie als Konstrukt der Medizin verstanden, das dem Zerfallen der Geschlechterordnung entgegenzuwirken sowie die Frau zu disziplinieren versuchte und die Frau insgesamt als ‚schwaches, krankes Wesen‘ diffamierte. Andererseits wird sie aber auch als Flucht bzw. Rebellion und Widerstandsform definiert, um sich gegen bestehende Geschlechterverhältnisse aufzulehnen. Diese Theorien einbeziehend – Hysterie entweder als Unterdrückung (Opferstatus) der Frau zu werten oder als ihren Protest (aktive Rolle) – widme ich mich der Fragestellung, inwieweit die Hysterikerin eine ‚Abweichung‘ vom normierten Weiblichkeitsideal darstellte und überprüfe und diskutiere diese Fragestellung anhand meines Archivmaterials. Meine zweite Fragestellung lautet demnach: Inwieweit drückte die Hysterikerin ‚atypische‘ Weiblichkeit aus? Sowie: Inwiefern ist diese ‚atypische‘ Weiblichkeit in den Krankenakten der NLHPA zu finden?

Der wissenschaftliche Wert meiner Arbeit zielt darauf ab festzustellen, inwieweit das Verhalten der Hysterikerin mit einem ‚Abweichen‘ vom bürgerlichen Weiblichkeitsideal in Zusammenhang steht. Daher werde ich in Kapitel 6 das bürgerliche Weiblichkeitsideal beleuchten: Wie hatte sich eine Frau zu verhalten, um den gesellschaftlichen Normen zu entsprechen? Dass die Zuschreibungen und Anforderungen an die Frau nicht immer einheitlich geformt waren und zwiespältige Bilder entwarfen, erscheint deutlich. Im weiteren Teil (Kapitel 7) werde ich herausarbeiten, inwieweit eine ‚atypische‘ Weiblichkeit in den medizinischen Diskursen zur Hysterie eine Rolle spielte. Fokussierend auf Wien interessiert mich vor allem, wie sich die Situation der Hysterikerin von 1918–1927 gestaltete. Erforschen werde ich,

inwieweit die Krankenakten der Wiener Hysterikerin von Diskursen der ‚atypischen‘ Weiblichkeit geprägt sind. Durch die Zeitbrille betrachtet, markierte der Erste Weltkrieg einen Einschnitt in die Hysterielehren, da sich die Kriegshysteriker an der Front befanden und Männer waren und somit die Hysterie bei jeder/m auftreten konnte und nicht mehr vermehrt der Frau zugeschrieben wurde. Außerdem begannen sich um 1900 die klassischen gesellschaftlichen Rollenbilder aufzulösen. Was sich nach diesen Einschnitten aus den Krankenakten herauslesen lässt, bleibt hier zu eruieren.

Meine zweite Forschungsfrage im Fokus gehe ich auf Theorien ein, die im speziellen die Hysterische als ‚Abweichung‘ von der sozialen Norm thematisieren. Ich versuche nicht die psychisch Kranke im Rahmen des Weiblichkeitsdiskurses und ihre ‚Abweichung‘ davon zu erfassen, sondern konzentriere mich auf das Krankheitsbild der Hysterie. Auch wenn eine Auseinandersetzung mit der männlichen Hysterie oder der Neurasthenie – dem männlichen Pendant – interessant wäre, so bleibt das hier ausgespart, da es den Rahmen der Diplomarbeit sprengen würde. Methodisch habe ich mich der historischen Diskursanalyse bedient, um Antworten auf meine Fragestellungen zu erhalten.

Einen zentralen Bestandteil der Diplomarbeit bildet der Diskurs über das Weiblichkeitsideal, wie es sich aus der Aufklärung entwickelte. Hier sei darauf hingewiesen, dass damit das bürgerliche Weiblichkeitsideal, wie es in Kapitel 6 vorgestellt wird, gemeint ist. Im Sinn dieser zeitgenössischen Meinungen wurde ein Ideal geschaffen und sein ‚Abweichen‘ daran definiert. Diese Arbeit ist durch die Gegenüberstellung der ‚idealen‘ Frau und der Hysterikerin, die diesem Bild entgegengesetzt war, von diesem Antagonismus durchzogen. Klarstellen möchte ich hier, dass falls von einer ‚normalen‘, ‚abnormen‘, ‚typischen‘, ‚atypischen‘, ‚idealen‘, ‚frigiden‘, ‚nymphomanen‘, ‚abweichenden‘, ‚inferioren‘, ‚höheren‘, ‚guten‘, ‚schlechten‘, ‚degenerativen‘, ‚minderwertigen‘ Frau / Weiblichkeit / Sexualität / Rolle / Mutter oder etwa von der ‚körperlichen und geistigen Schwäche‘ der Frau etc. geschrieben wird, darin keine Wertung meinerseits besteht, sondern dies gemäß den Diskursen, vorgestellt in Kapitel 6 und 7, verstanden wird. Des Weiteren möchte ich darauf hinweisen, dass es in den beiden Theoriekapiteln zum Weiblichkeits- und Mütterlichkeitsideal sowie zur ‚abweichenden‘ Weiblichkeit der Hysterikerin zu inhaltlichen Überschneidungen kommt. Die einzelnen Kategorien, nach denen ‚ideale‘

Weiblichkeit und ihre ‚Abweichung‘ definiert wurden, können nicht getrennt voneinander betrachtet werden, sondern greifen vielmehr ineinander.

Einleitend (Kapitel 2) stelle ich die Historische Diskursanalyse als methodische Grundlage vor. In Kapitel 3 untersuche ich den Quellenwert der Krankenakten und stelle die Patientinnenakten der NLHPA vor. Ein historischer Überblick folgt in Kapitel 4 – von der ersten Erwähnung in einem ägyptischen Papyrus um ca. 1900 v. Chr. bis hin zum Verschwinden der klassischen Hysterie am Beginn des 20. Jahrhunderts. Mich meiner ersten Fragestellung widmend, untersuche ich in Kapitel 5, ob in der Anstalt eine ‚typische‘ hysterische Klientel vorhanden war. Das bürgerliche Weiblichkeitsideal, wie es sich aus der Aufklärung entwickelte, werde ich in Kapitel 6 vorstellen. Dem gegenüber steht die ‚atypische‘ Weiblichkeit, verkörpert in der Hysterikerin. Anknüpfend an die Theorien liefere ich eine Antwort auf die zweite Fragestellung in Kapitel 7, nämlich inwieweit die Hysterikerin ein ‚Abweichen‘ vom Weiblichkeitsideal aufwies. In Kapitel 8 werde ich der Fragestellung nachgehen, inwieweit ein solches Verhalten in den Krankenakten der NLHPA zu finden ist und des Weiteren die Rückschlüsse auf die Theorie diskutieren sowie kritisch darstellen. Ein Resümee mit einem Forschungsausblick wird mit Kapitel 9 den Abschluss bilden.

2 Methode: Die historische Diskursanalyse

2.1 Der Diskursbegriff

Im folgenden Kapitel wird auf die methodische Grundlage dieser Arbeit eingegangen. Die hier angewandte Form der historischen Diskursanalyse lehnt sich vor allem an Achim Landwehr² mit zusätzlichen Anregungen von Franz Eder³ und Reiner Keller⁴ an. Im wissenschaftlichen Kontext geht der Diskursbegriff davon aus, dass die Wirklichkeit und das Wissen einer Zeit nicht objektiv sind, sondern vielmehr von der Gesellschaft sozial konstruiert werden, d. h. Wirklichkeit wird durch einen Konstruktionsprozess geschaffen. Diese Wirklichkeit und dieses Wissen drücken sich durch die Sprache und symbolische Zeichensysteme aus, d. h. durch schriftliches, mündliches, akustisches und bildliches Material, das dem Menschen die Möglichkeit gibt, durch soziale Handlungen zu agieren,⁵ und deshalb ist es nicht möglich „[...] hinter die Diskurse zu gelangen“.⁶ Landwehr definiert es wie folgt:

„[...] Gesellschaften statten ihre Umwelt mit bestimmten Bedeutungsmustern aus, erkennen bestimmte Sichtweisen auf diese Umwelt als Wissen an (während andere als Aberglaube oder Unsinn abqualifiziert werden) und objektivieren Elemente zu einer Wirklichkeit, der man nicht mehr ansehen kann, dass sie historisch entstanden und alles andere als naturnotwendig ist.“⁷

Die Diskurse einer Zeit sind demnach gewissen Regeln und Ordnungen unterworfen, gewisse Themen werden debattiert, gewisse werden verschwiegen und befinden sich somit außerhalb des Diskurses. Ziel der Diskursanalyse ist es zu eruieren, wie dieses konstruierte Wissen und diese Wirklichkeit entstehen und welchen Regeln sie unterworfen sind, sowie die Frage zu erörtern „[...] wie und warum sich solche Diskurse im historischen Prozess verändern“.⁸

² Achim Landwehr, *Historische Diskursanalyse* (Historische Einführungen 4, Frankfurt am Main 2008).

³ Franz X. Eder, *Historische Diskurse und ihre Analyse – eine Einleitung*. In: Franz X. Eder (Hg.), *Historische Diskursanalysen. Genealogie, Theorie, Anwendungen* (Wiesbaden 2006) 9–23.

⁴ Reiner Keller, *Diskursforschung. Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen* (Qualitative Sozialforschung 14, Wiesbaden 2007).

⁵ Landwehr, *Diskursanalyse*, 17f.

⁶ Ebd., 91.

⁷ Ebd., 18f.

⁸ Ebd., 21.

Bevor nun die historische Diskursanalyse näher definiert wird, erläutert der folgende Abschnitt den Wert der Sprache für die Konstruktion von Wissen und Wirklichkeit. Die Geschichte ist in zweifacher Hinsicht mit der Sprache verwoben: Einerseits bietet sie in historischer Hinsicht die Möglichkeit zur Erforschung der Vergangenheit, da (fast) keine anderen Betrachtungsmöglichkeiten als jene der persönlichen vorhanden sind, andererseits „[...] gibt es keine Wirklichkeit, die nicht immer schon diskursiv gedeutet wäre, weil eine Wirklichkeit, die für uns nicht sprachlich zugänglich ist, überhaupt nicht zugänglich ist“.⁹ Sprache bildet bei der Ausbildung von Wissen und Wirklichkeit eine zentrale Rolle und ist nicht nur als Bestandteil, sondern als Fundament historischer Wirklichkeiten anzusehen. Achim Landwehr geht in seinem Buch auf die verschiedenen wissenschaftlichen Richtungen und Ansätze ein, die für die Erschaffung der Grundlage der historischen Diskursanalyse wichtig waren.¹⁰ Der Diskursbegriff hat sich aus philosophischen, soziologischen und weiteren theoretischen Wissenschaftskontexten gebildet und erst danach Einzug in die Geschichtswissenschaften erlangt.¹¹ Laut Franz Eder hat sich in den Kultur- und Sozialwissenschaften noch keine eindeutige Begriffserläuterung durchgesetzt, somit sind verschiedene Ansichten zum Diskurs gängig, die sich je nach Disziplin unterscheiden.¹²

Die wichtigsten Merkmale des Diskurses werden im Folgenden erörtert. Mit der historischen Diskursanalyse versucht man die Entstehung von Wirklichkeit aufzudecken und herauszufiltern, welche Faktoren darauf Einfluss hatten. Die zentrale Fragestellung der Historischen Diskursanalyse ist, „[...] welche Aussagen zu welchem Zeitpunkt an welchem Ort auftauchen“.¹³ Vor allem Michel Foucault hat den Diskursbegriff geprägt und erkannt, dass Diskurse nach gewissen Regeln und Ordnungen aufgebaut sind. Demnach können Subjekte miteinander in Kontakt treten, kommunizieren und agieren, da sie mit dem Diskurs ihrer Zeit vertraut sind und sich danach verhalten. Aussagen sowie Diskurse zu einem bestimmten Zeitpunkt werden nicht zufällig geformt, sondern

⁹ Landwehr, Diskursanalyse, 26.

¹⁰ Diese Richtungen sind die Annales-Schule, die Begriffsgeschichte, die Gruppe rund um das Handbuch politisch-sozialer Grundbegriffe in Frankreich 1680-1820, die Cambridge School, Hayden White, die der Sprache den Charakter eines Bestandteiles innerhalb der Geschichtswissenschaften zuerkannten. Bei der Ausdifferenzierung der Sprache als Fundament historischer Wirklichkeiten spielte Dietrich Busse, Peter Burke, die Lexikometrie, der Linguistic Turn, die Postmoderne und der New Historicism eine Rolle. Für nähere Erläuterungen vgl. Landwehr, Diskursanalyse, 26–60.

¹¹ Ebd., 60.

¹² Eder, Diskurse, 11.

¹³ Landwehr, Diskursanalyse, 92.

sind bestimmten Regeln unterworfen. Ziel ist es herauszufinden, warum gerade eine bestimmte Aussage an Bedeutung gewann und nicht eine andere. Mittels der Diskursanalyse fragt man nach den Regeln und Ordnungen, nach denen die Diskurse aufgebaut sind und versucht diese zu durchschauen.¹⁴ Des Weiteren wird erörtert, wie Aussagen zu Diskursen werden, bzw. warum Diskurse nach einer Zeitspanne nicht mehr als Wahrheit betrachtet werden und sich verändern oder verschwinden.¹⁵ Die Konstruktion von Wissen und Wirklichkeit wird von Macht geprägt und ist andererseits mächtig. Macht spielt bei der Hervorbringung von Diskursen eine große Rolle, andererseits sind die Diskurse mit Macht ausgestattet und haben demzufolge Wirkung, um Wirklichkeiten hervorzubringen. Das Verhältnis von Diskurs und Subjekt ist geprägt von der Gegebenheit, dass es zwar seine Wirklichkeit nicht neu erschaffen könnte, jedoch ein Durchdringen und Nebeneinander der Diskurse gebe, die es dem Subjekt ermögliche, sich individuell zu positionieren. Wie Pierre Bourdieu es formuliert, trifft jedes Individuum Entscheidungen, mit denen eine Abgrenzung gezogen und somit Position bezogen wird, dadurch wird die soziale Wirklichkeit erlebt und gleichzeitig reproduziert. Da der Diskurs sich im Sprechen und Handeln ausdrückt, ist das Feld der Praktiken zu erweitern und nicht nur auf die Sprache zu fixieren. Wie Ernesto Laclau und Chantal Mouffe verdeutlichen, ist eine Trennung von diskursiven und nicht-diskursiven Praktiken nicht erforderlich. Auch Foucault spricht davon, dass Diskurse nicht nur auf sprachlicher Ebene zu erfassen sind, sondern im Kontext des gesamten menschlichen Tuns. Die historische Diskursanalyse beschäftigt sich sowohl mit den „explizit gemachten Wissensbeständen“ als auch mit dem „selbstverständlichen Wissen“. Dies bedeutet, dass untersucht wird, wie und was von einer Gesellschaft zu einer bestimmten Zeit als Wirklichkeit angenommen wird. Ein weiterer Punkt stellt die Verbindung von Diskurs und Geschichte dar.

„Will man jedoch den diskursiven Fundamenten sozial konstruierter Wirklichkeiten auf den Grund gehen, bleibt kein anderer Weg als der historische – einfach deswegen, weil Diskurse keinen anderen ‚Grund‘ haben als ihre eigene Geschichte.“¹⁶

¹⁴ Ebd., 67–92.

¹⁵ Landwehr, Diskursanalyse, 21.

¹⁶ Ebd., 97.

Wenn man Diskurse historisch untersucht, entdeckt man, dass diese Wirklichkeiten historisch strukturell organisiert und nicht naturgegeben sind.¹⁷ Durch diesen Blick von außen gelingt es „naturegegebene“ Wirklichkeiten zu reflektieren und zu hinterfragen und „[...] gewissermaßen eine selbstreflexive Ethnologie des Abendlandes zu betreiben“.¹⁸

Bei der historischen Diskursanalyse handelt es sich um ein „Forschungsprogramm bzw. eine Forschungsperspektive“. Dies bedeutet, dass verschiedene Methoden und Verfahren für die Analyse eingesetzt werden können.¹⁹ Eine der Vorgehensweisen, nämlich jene von Achim Landwehr, wird im Folgenden skizziert.

2.2 Die Diskursanalyse – ein Leitfaden

Um einen Diskurs zu erfassen, ist es notwendig einen Korpus zu bilden, der alles Gesagte der Quellen beinhaltet, die möglicherweise Bestandteil eines Diskurses sind. Ein wichtiger Punkt spielt dabei der „Charakter diachroner Reihung und synchroner Häufigkeit“²⁰, d. h. die Aussagen müssen in einer gewissen Häufigkeit vorkommen und durch eine gewisse Gleichförmigkeit ausgezeichnet sein. Wenn dies der Fall ist, dann ist der Charakter einer empirischen Grundlage gegeben und legitimiert eine historische Diskursanalyse. Aus dem imaginären Korpus wird ein konkreter Korpus zur Analyse ausgewählt, der als Grundlage der Forschungen dient. Wichtig dabei ist, die Auswahlkriterien darzulegen. Sobald der Korpus gebildet ist, wird das Material im jeweiligen Kontext eingebettet. Dabei sollte man auf eine Rangordnung zwischen Text und Kontext verzichten und stattdessen dem Kontext, den es in der Analyse zu eruieren gilt, eine ebenso bedeutende Rolle zuweisen. Der Kontext muss berücksichtigt werden, weil dadurch Machtstrukturen ersichtlich werden und erkenntlich wird, welche Personen und Institutionen bei der Gestaltung von Diskursen Einfluss haben und diese prägen. Vier Ebenen der Kontextanalyse gibt es, die diesen Prozess der Verbindung von Text und Kontext erleichtern. Kurz erwähnt sind dies der situative Kontext, der mediale Kontext, der institutionelle Kontext und der historische Kontext. Aus dem historischen

¹⁷ Ebd., 77–97.

¹⁸ Ebd., 97.

¹⁹ Eder, Diskurse, 13.

²⁰ Landwehr, Diskursanalyse, 102.

Material sind nun die Aussagen zu erörtern, die Diskurse bilden und ausmachen. Dies geschieht auf Wort- und Satzebene. Die Makrostruktur der Texte bezieht sich auf die narrativen Muster, d. h. die Elemente, die einen Text ausmachen. Der Text wird hinsichtlich des Textes, der Textur, der graphischen und gestalterischen Form, der Einteilung des Textes in Abschnitte, des Verfassers bzw. der Verfasserin, der Schriftlichkeit und der Mündlichkeit sowie der Darstellungsprinzipien hinterfragt. Aufmerksamkeit ist auch dem zu widmen, was nicht im Text enthalten ist und fehlt. Durch die Verknüpfung mehrerer Makrostrukturanalysen können Aussagen herausgefiltert werden, die für die Fragestellungen wichtig sind. Dabei ist darauf zu achten, welche Merkmale, Worte, Argumente, Abgrenzungen des Öfteren auftauchen und diese zu erfassen. Historische Texte sind oft durch eine politische oder soziale Institution geprägt und normiert, dadurch ist es schwieriger Diskurse herauszufiltern. Die Mikrostruktur eines Textes umfasst die Argumentation, Stilistik und Rhetorik, die sich auf der Text-, Satz- und Wortebene sowie auf der lexikalischen und parasprachlichen Ebene finden lassen. Durch diese Elemente werden Aussagen vermittelt und Wirklichkeit hergestellt. Um eine Mikrostrukturanalyse durchzuführen, werden von Landwehr ein paar methodische Analyseinstrumente vorgestellt, an die man sich anlehnen kann. Eines davon ist die Rhetorik – ein besonderes Machtmittel, um die Gesellschaft von einem Thema zu überzeugen, das für die historische Forschung von Bedeutung und in historischen Texten bis in die Gegenwart wahrnehmbar ist. Aus der Rhetorik lässt sich auch die Argumentationslehre filtern, deren Ziel es ist entweder eine „sachlogische Argumentation“ (Diskussion mit rationalen Argumenten) oder eine „affektische Gefühlsstimulation“ (Bloßstellung des Gegenübers durch Verharmlosung, Übertreibung etc.) voranzutreiben. Durch die Verbindung von Argumenten und Schlussfolgerungen wird versucht zu überzeugen. Die Regeln dieser Überzeugungsarbeit werden durch die Topik aufgezeigt. Mit den Topoi werden deshalb „Kausalitäten, Hierarchien, Kategorisierungen und Gesetzmäßigkeiten“ etabliert, durch die wir die Welt verstehen und tagtäglich verwenden. Durch die Mikroanalyse auf der Satzebene wird die Länge der Sätze und das Satzgefüge untersucht. Auch die Rhetorik ist auf der Satzebene zu analysieren; dabei ist auf folgende Elemente zu achten: Wiederholungsfiguren, Figuren der Kürzung, Positionsfiguren, Tropen und Argumentationsfiguren, die die Intentionen eines Textes direkt stützen. Um Diskurse auf der Wortebene herauszufiltern, kann man sich durch Behelfe, wie der Wortstatistik, konzentrieren sowie eruieren, wie stark die Konzentration auf Substantive, Adjektive,

Verben, Adverbien, Artikel, Personal- und Possessivpronomen, Konjunktionen und Abkürzungen gelegt wird. Bei lexikalischen Eigenschaften stellt sich die Frage nach der Verwendung von Fachsprache, Neologismen, Dialekten, abstrakten Wörtern, Fremdwörter und Anachronismen. Die parasprachliche Ebene inkludiert Interpunktion, Typographie sowie Formulare und Statistiken.²¹

2.3 Auswertung der Aussagen und Herausfiltern von Diskursen

Um Schlüsse aus diesen Aussagen zu ziehen, ist es notwendig diese Analyseschritte miteinander zu verbinden und dadurch Diskurse zu eruieren. Die „Diskursdokumente“ weisen auf Diskurse hin und „[...] beinhalten kompatible Teilstücke von Diskurse[n]“²² – oder wie Keller es anführt, werden die einzelnen Bestandteile zu einem Diskurs zusammengefügt. Deshalb zeigt sich erst im Laufe der Auseinandersetzung mit einem Forschungsfeld, wieviele und welche Diskurse sich darin befinden. Makro- und Mikroanalysen sind so miteinander zu verknüpfen, dass daraus ein Gesamtdiskurs entsteht.²³ Um nähere Aussagen über die Form und die Gestalt des Diskurses zu machen, ist es notwendig zuerst „zahlreiche diachronisch angelegte Aussageanalysen“ durchzuführen.²⁴ Einhergehend mit der Verlinkung von Aussagen und Diskursen ist die Hypothesenbildung, die das Bild eines Diskurses nach und nach verschärfen sollte.²⁵ Nicht außer Acht zu lassen sind die Grenzziehungen und Veränderungen bzw. das Verschwinden von Diskursen. Durch diese Analyse hinterfragt man „Wahrnehmungskategorien, Bedeutungskonstruktionen und Identitätsstiftungen“.²⁶ Durch die vorhergehend vorgestellte Feinanalyse kann das Material auf Diskurse durchforstet werden, d. h. in einzelnen Schritten und hinsichtlich der Fragestellungen ausgewertet werden sowie der Frage nach Entstehung²⁷ bzw. Veränderung von Diskursen nachgegangen werden.²⁸

²¹ Landwehr, Diskursanalyse, 101–124.

²² Keller, Diskursforschung, 109.

²³ Ebd., 109f.

²⁴ Landwehr, Diskursanalyse, 127.

²⁵ Keller, Diskursforschung, 110.

²⁶ Landwehr, Diskursanalyse, 128.

²⁷ Keller, Diskursforschung, 111.

²⁸ Landwehr, Diskursanalyse, 21.

„Allgemeiner formuliert geht es also auch darum, die Ergebnisse der Datenanalyse mit dem Wissen über Kontexte, gesellschaftliche Prozesse u. a. m. in Beziehung zu setzen, sofern und soweit die verfolgten Fragestellungen dies erfordern.“²⁹

²⁹ Keller, Diskursforschung, 111.

3 Quellen

3.1 Zum Quellenwert von Krankenakten

Welchen Quellenwert besitzen Krankenakten und welche Bedeutung haben sie für die Geschichtswissenschaften? Wie Joachim Radkau erläutert, sind Patienten- und Patientinnenakten in erster Linie Quellenmaterial für den Anstaltsbetrieb selbst, d. h. sie sind als medizinhistorische Quelle nutzbar. Durch diese Untersuchungen können Widersprüchlichkeiten zwischen den theoretischen Therapieprinzipien und den effektiven Ausführungen im Anstaltsalltag aufgedeckt werden. Negative oder positive Bilder können durch Patienten- und Patientinnenakten relativiert und Klischees ins rechte Licht gerückt werden.³⁰

Neben diesem medizinhistorischen Aspekt geben Krankenakten Auskunft über die Person selbst und über deren Selbstwahrnehmung. Aus den Krankenakten Anfang des 20. Jahrhunderts erkennt man die Bürokratisierung, die detaillierte Aufzeichnungen über Patienten in Form von Patientenaufnahme, Krankheitsverlauf und besonders der Anamnese – dem Gespräch zwischen Arzt und Patient bzw. Patientin sowie Angehörigen – erfasste. Des Weiteren war das Fachgebiet der Psychiatrie noch wenig etabliert und musste ihre Wissenschaftlichkeit und deren Fachsprache erst festigen. Deshalb legten die Ärzte besonderen Wert auf eine ausführliche Anamnese.³¹ Karen Nolte unterstreicht diese These der noch nicht standardisierten Krankenakten. Auch sie betont, dass die Aufzeichnungen der Anamnese mit Angehörigen oder Patienten bzw. Patientinnen viele Hinweise über die sozialen Verflechtungen bzw. der eigenen Wahrnehmung geben. Zumeist sind in den von ihr untersuchten Marburger Krankenakten detailgetreue Aufzeichnungen mit wörtlichen Zitaten vorhanden, die Auskunft über den Beginn und Verlauf der Krankheit und die Problemfelder geben, die in Zusammenhang mit der Krankheit gesehen wurden.³² Durch diese Aufzeichnungen

³⁰ Joachim Radkau, Zum historischen Quellenwert von Patientenakten. Erfahrungen aus Recherchen zur Geschichte der Nervosität. In: Dietrich Meyer, Bernd Hey (Hg.), Akten betreuter Personen als archivische Aufgabe. Beratungs- und Patientenakten im Spannungsfeld von Persönlichkeitsschutz und historischer Forschung (Neustadt an der Aisch 1997) 73–101, hier 82–86.

³¹ Ebd., 82–86.

³² Karen Nolte, Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900 (Geschichte und Geschlechter 42, Frankfurt/New York 2003) 24f.

kann ein Einblick in die Praxis einer Anstalt gewährt sowie die Beziehung zwischen Patient bzw. Patientin und Arzt veranschaulicht werden. Je ausführlicher Anamnesen geschrieben und je weniger sie durch Fragestrukturen des Arztes bestimmt sind, desto mehr historische Erkenntnisse sind daraus zu gewinnen. Eine Wertschmälerung von Patienten- und Patientinnenanamnesen ist durch die Einführung von Psychopharmaka in den 1950er Jahren gegeben.

Wie Radkau fortführt, könne der Historiker auch von der Briefzensur der Anstalten profitieren. Briefe wurden oftmals vollständig abgeschrieben.³³ Auch Nolte erwähnt die heimlich geschriebenen Briefe, die für den Historiker bzw. die Historikerin besonders interessant erscheinen, da sie eine Betrachtungsweise der Anstaltsbewohner offenlegt, die das Anstaltsleben, die Krankheit und die Beziehungen im Inneren und nach außen behandeln. Doch nicht nur Briefe der Patienten und Patientinnen, sondern auch der Briefwechsel zwischen Angehörigen und Arzt wurde in solchen Akten aufbewahrt. Angehörige bedienten sich zumeist dieses Mediums, um über das Befinden der Patienten und Patientinnen zu erfahren. Des Weiteren listet Nolte noch Tagesnotizen auf, in denen Besonderheiten vermerkt wurden und das Effektenverzeichnis, das Aufschluss über die soziale Herkunft der Patienten und Patientinnen gibt, da Gegenstände und Kleidung der Namhaften darin verzeichnet wurden. Dass diese Krankenakten nicht immer leicht zu lesen sind und viel Zeit in Anspruch nehmen, davon berichtet auch Karen Nolte, die damit in der damals als ‚Irrenheilanstalt‘ Marburg bezeichneten Anstalt, arbeitete.³⁴

Krankenakten richten ihre Aufmerksamkeit nicht nur auf die Person selbst, sondern geben auch Auskunft über mentale Strömungen und Stressfaktoren eines Zeitabschnitts. Mit den Akten der leichteren psychischen Erkrankungen lasse sich, laut Radkau, tiefere Mentalitätsgeschichte betreiben, als mit schweren, psychischen Erkrankungen.³⁵

Radkau stellt sich die Frage, „wo [...] aus diesen Geschichten Geschichte [wird]“³⁶ und welchen Wert diese Selbstzeugnisse für die Gesellschaft haben? Seine Schlussfolgerungen zielen auf die Relativierung großer Theorien, die in Lehrbüchern

³³ Radkau, Quellenwert, 74–99.

³⁴ Nolte, Hysterie, 22–25.

³⁵ Radkau, Quellenwert, 99f.

³⁶ Ebd., 88.

verkürzt und anhand ausgewählter Fälle aufgezeichnet wurden. Es wurden vielmehr die verschiedenen Erfahrungen und Wahrnehmungen von psychischen Krankheiten dargestellt.³⁷ Nolte erläutert: „[...] die Krankenakte ist auf den ersten Blick ein Abbild des ‚verwalteten Wahnsinns‘³⁸, jedoch lassen sich in diesen auch Brüche und Widersprüche“³⁹ finden, die einem Anknüpfungspunkt ihrer Untersuchungen dienen.⁴⁰ Im Fall von psychosomatischen Krankheiten lässt sich verstärkt der identitätsstiftende Charakter der Leidensgeschichte erkennen. Der Patient bzw. die Patientin spielte eine große Rolle bei der Ausgestaltung eines Krankheitskonzepts. Erkennbar wird dies, weil die Ärzte zwar die Diagnosen erstellten, diese sich jedoch nur aus den Gesprächen mit dem Patienten bzw. der Patientin ableiten ließen. Dabei ist auf die mehrdeutige Rolle der Krankenakten zu verweisen, da die Patientin bzw. der Patient Einfluss auf die Ausdifferenzierung des Krankheitsbildes hatte und diese deshalb nicht einheitlich, sondern unterschiedlich und unklar sind.⁴¹ Laut Nolte wird die Bedeutung der Selbstbeschreibung des Patienten bzw. der Patientin klar, weil die Aufzeichnungen der Gespräche ausführlich aufgezeichnet wurden.⁴²

Abschließend ist der Gehalt der Krankenakten zur Aufdeckung von Diskursen zu verdeutlichen. Durch die Analyse der Sprache können Diskurse der damaligen Zeit und deren Wirkung auf den Patienten bzw. der Patientin aufgedeckt werden.⁴³ Radkau räumt ein, dass je nach Zeit sich das Forschungsinteresse ändert und genau deshalb vielleicht Akten von heutiger Bedeutungslosigkeit in Zukunft von Forschungsinteresse sein könnten.⁴⁴

³⁷ Ebd., 88f.

³⁸ Dirk Blasius, *Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses* (Frankfurt am Main 1980). Zitiert nach Nolte, *Hysterie*, 25.

³⁹ Nolte, *Hysterie*, 26.

⁴⁰ Ebd., 25f.

⁴¹ Radkau, *Quellenwert*, 89f.

⁴² Nolte, *Hysterie*, 26.

⁴³ Radkau, *Quellenwert*, 92.

⁴⁴ Ebd., 100f.

3.2 Patientinnenakten der „Niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geisteskranke ,Am Steinhof““

Im vorhergehenden Teil wurde bereits der Quellenwert von Krankenakten erläutert. Im Folgenden wird auf das Quellenmaterial der NLHPA in Wien eingegangen.⁴⁵ Die Auswahlkriterien für den Quellenkorpus werden vorgestellt, sowie auf die formale und inhaltliche Gestaltung der Krankenakten eingegangen. Das herangezogene und untersuchte Aktenmaterial geht auf die Frauenakten der Jahre 1918 bis 1927 zurück. Die Auswahl des Zeitraumes ergab sich aus der Ausgangslage der Archivierung. Eine durchgängige Archivierung der Patientinnenakten ist erst ab 1918 gegeben. Ältere Krankengeschichten aus der Anfangsphase der 1907 neu errichteten Anstalt sind nur teilweise erfasst. Von der Menge an Akten, die alphabetisch gereiht sind, wurden 60 Akten ausgewählt, die mit der Diagnose „XI“ versehen waren. „XI“ stand als Code für die medizinische Diagnose Hysterie. Es wurden all jene Patientinnenakten ausgeklammert, die sich in erster Linie auf ein anderes Krankheitsbild beziehen und nur im Zusatz mit „XI“ versehen sind. Dabei konnte es sich um ein anderes psychisches Krankheitsbild handeln, dem die Anmerkung „mit hysterischer Komponente“ hinzugefügt wurde. Die 60 Krankenakten umfassen Patientinnen mit den Familiennamen von A bis H. Obwohl sich die Zeitspanne aus formalen Gründen ergeben hat, ist sie dennoch interessant. In der Zwischenkriegszeit hat sich das Krankheitsbild der Hysterie soweit gewandelt, dass die Auffassung einer psychischen Störung weitläufig als gängig betrachtet wurde. Der 1. Weltkrieg als Zeit der Massenhysterie bleibt ausgespart und die Akten gehen nicht näher auf die Erfahrungen der unmittelbaren Kriegsergebnisse ein.

Krankenakten sind ein wertvoller Bestand zur Betreuung von Geschichtsforschung. Doch wie bereits von Radkau und Nolte betont, stößt man bereits beim Lesen auf Schwierigkeiten. Einmal durch die verwendete Kurrentschrift bzw. die undeutlichen Schriftzüge, auch deshalb, weil verschiedenes Ärzte- und Pflegepersonal Aufzeichnungen gemacht hat. Einige Formulare sind mit der Schreibmaschine geschrieben, zum Großteil Überweisungspapiere aus dem Allgemeinen Krankenhaus. Formal betrachtet bestehen die Krankenakten aus einer Mischung hand- bzw.

⁴⁵ WStLA, M.Abt. 209 – Otto-Wagner-Spital (Baumgartner Höhe; Steinhof), A11/1 – Krankengeschichten Frauen / 1918–1927, Schachtel 1–30.

schreibmaschinengeschriebener Blätter, die teilweise sehr dünn ausfallen, wobei jedoch auch einige umfangreichere Akten vorliegen. Informationen über die Patientin und deren Krankenberichte sowie weitere Formulare und Notizen sind meist in einem Aufnahmebogen eingeordnet. Anzumerken ist, dass nicht jeder Krankenakt die folgenden Bestandteile beinhaltet; in den meisten Fällen jedoch existiert der Aufnahmebogen der NLHPA, sowie die Krankengeschichte bzw. auch jene der vorhergehenden Anstalt bzw. des vorhergehenden Krankenhauses. Anders als die von Monika Ankele betriebene Analyse, beruhend auf der Sammlung Prinzhorn,⁴⁶ erhält man bei den Akten der Patientinnen der NLHPA einen begrenzten Einblick in das von den Patientinnen wahrgenommene Anstaltsleben, da selbstangefertigte Objekte und Erzeugnisse nicht vorhanden sind.⁴⁷ Die 32 von Ankele ausgewählten Patientinnen haben während ihres Anstaltsaufenthalts etwas hergestellt, das in der Sammlung Prinzhorn zu finden ist, „[...] etwas, das als Korrektiv, als Bezugspunkt, als Relation zu den von den Ärzten verfassten Krankengeschichten herangezogen werden kann“.⁴⁸

Der Aufnahmebogen ist ein vorgefertigtes Formular und beinhaltet persönliche und kurze medizinische Informationen zur Patientin. Im oberen Teil befinden sich Informationen über Name, Verpflegungsklasse, Ankunft und Abgang, Art der Aufnahme und Entlassung, Verpflegungsdauer und Krankheitsgeschichtsnummer (d. h. Anzahl der Aufenthalte in der NLHPA). In einer zweiten Spalte sind Angaben über Alter, Religion, Beruf, Geburtsort und -land, Wohnort, Aufnahmedokumente und Parere (ärztliches Gutachten) angegeben. Des Weiteren können Informationen aufgezeichnet sein, falls die Patientin vom Landesgericht überwiesen wurde. In einer dritten Spalte sind Diagnose, Ätiologie, Dauer der Erkrankungen, frühere Anstaltsbehandlung angeführt. Bei diesem Formular handelte es sich wahrscheinlich um ein gängiges Standardformular, das in anderen Anstalten auch zu finden war; so ähnlich gestaltet sind

⁴⁶ Bei der Sammlung Prinzhorn handelt es sich um eine psychiatrische Lehrsammlung in Heidelberg, vermutlich vom Psychiater Emil Kraepelin begründet. Die bestehende Sammlung wurde 1919 vom damaligen Leiter Karl Wilmanns und seinem Assistenten Hans Prinzhorn erweitert. Dabei wurden vor allem Zusendungen aus dem deutschen, schweizerischen und österreichischen Raum in die Sammlung aufgenommen. Bei dem Material handelt es sich um Texte, Zeichnungen, textile Erzeugnisse, Notizen, Briefe etc. die von Patienten und Patientinnen einer psychiatrischen Anstalt angefertigt wurden. Das häufigste Krankheitsbild das den 32 Patientinnen zugeschrieben wurde, war Schizophrenie. Siehe dazu Monika Ankele, *Alltag und Aneignung in Psychiatrien um 1900. Selbstzeugnisse von Frauen aus der Sammlung Prinzhorn* (Wien/Köln/Weimar 2009) 15.

⁴⁷ Ankele, *Alltag*, 11–14.

⁴⁸ Ebd., 16.

auch jene Aufnahmebögen, die Nolte in Marburg untersuchte.⁴⁹ Die sich anschließende Krankengeschichte macht den Hauptteil aus. Dort aufgezeichnet ist der Zustand der Patientin bei der Aufnahme, beim Examen durch den Arzt, der „status psychicus“, der „status somaticus“ – auch als Körperbefund bezeichnet – und Notizen zum weiteren Krankheitsverlauf sowie eine Notiz zur Entlassung. Des Weiteren floss in diese Aufzeichnung bereits eine Anamnese mit der Patientin bzw. mit Angehörigen und Bekannten ein oder wurde sogar als eigener Punkt eindeutig ausgewiesen. Ähnlich wie die Erfahrungen von Nolte⁵⁰ kann man auch hier noch von keiner Standardisierung im Umgang mit Krankenakten sprechen, da die Seitenanzahl sowie die Präsenz bzw. das Fehlen der angeführten Teile variieren. Anders jedoch als bei Nolte sind die meisten Informationen über soziale und gesellschaftliche Verhältnisse und Beziehungen nicht im „status psychicus“, sondern im Examen enthalten. Dort wurde in einem Gespräch zwischen Arzt und Patientin bzw. Angehörigen Auskunft über den Verlauf der Krankheit, über Konflikte und Probleme gegeben. Außerdem sind in diesem Teil Angaben zum geistigen Zustand bzw. zur Intelligenz der Patientin enthalten, was mittels Verständnisfragen bzw. Rechenaufgaben vom zuständigen Arzt überprüft wurde. Erläutert wurde auch, wie die Patientin auf die Fragen des Arztes antwortete und sprach – das kann besonders emotional oder auch teilnahmslos sein. In den weiteren Tagesnotizen sind nur besondere Vorkommnisse angeführt, die ein auffälliges Benehmen der Patientin dokumentieren. Das Anamnesegespräch, falls es nicht bereits Teil des Examens und extra als solches ausgewiesen ist, beinhaltet wichtige Informationen über soziale Gegebenheiten der Patientin. Die im Examen oder in der Anamnese angeführten Aussagen der Patientin bzw. der Angehörigen sind in indirekter Rede angegeben, teilweise auch mit direkten Zitaten.

Falls es sich nicht um eine direkte Aufnahme handelte, ist der Akte die Krankengeschichte aus der vorhergehenden ‚Irrenanstalt‘ angegliedert, bzw. falls die Patientin schon einmal in Behandlung in der NLHPA war, deren vorhergehende Krankengeschichten. 52 der 60 Patientinnen wurden aus dem „BZ“ (Beobachtungszimmer) der „Psychischen Klinik und Beobachtungsstation“ des Allgemeinen Krankenhauses Wien überwiesen und demzufolge ein „Abgangsbogen für die Irrenanstalt“ hinzugefügt. Dieser enthält allgemeine Informationen zur Person und

⁴⁹ Nolte, Hysterie, 23.

⁵⁰ Ebd., 24.

deren Diagnose, des Weiteren Bemerkungen über frühere Aufnahmen, eine Abschrift der Krankengeschichte mit Anamnese und – im letzten Blatt auszufüllen – ob eine Heilung wahrscheinlich bzw. unwahrscheinlich erscheint. Diese Akte ist meistens mit der Schreibmaschine verfasst. Auch Gutachten anderer Ärzte, also vorhergehender Untersuchungen, sind beigelegt. Ein Aufnahmegesuch der Angehörigen bzw. des Bürgermeisters der Herkunftsgemeinde, wie etwa bei den Patientenakten in Marburg,⁵¹ wurde nicht beigelegt.

Speisezettel bzw. Kostverschreibungs-, Gewichts- und Medikamententabellen sowie Verrechnungszettel, auf denen das Geld für persönliche Ausgaben verzeichnet wurde, sind teilweise zu finden, vollständig und auch rudimentär ausgefüllt. Der Verrechnungszettel über die finanziellen Ausgaben der Patientin zeigt auf, welche privaten Ausgaben diese getätigt hat. Laut §25 des Statuts von 1907 wurden kleinere Geldbeträge bei der Verwaltung hinterlegt.⁵² Es wurde Buch geführt über die Ausgaben und diese umfassten Wurst, Käse, Eier, Trafik, Haarnadeln, Schokolade, Bäckerei, Café, Zeitung, Zahnpulver, Briefmarken, Seife, Schreibsachen, Obst. Auch das vom Besuch erhaltene Geld wurde dort vermerkt.

In der Krankenakte sind auch Briefwechsel zwischen Angehörigen und der Direktion über das Befinden der Patientin dokumentiert. Wie bereits angesprochen, wurde diese Art der Kommunikation von vielen Angehörigen wahrgenommen, um mit dem Arzt Kontakt zu halten und über den Krankheitsverlauf Näheres zu erfahren. Laut §31 des Statuts wurde jedoch nur „Verwandten, Kuratoren, Vormündern und Behörden, die zu solchen Anfragen berechtigt sind“ Auskunft erteilt.⁵³ Heimlich geschriebene Briefe wie bei Nolte fehlen.⁵⁴ Ein solcher Briefwechsel unterlag einer strengen Kontrolle von Seiten der Direktion bzw. der Abteilungsvorstände.⁵⁵

⁵¹ Ebd., 24.

⁵² Statut für die Niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenranke „Am Steinhof“ in Wien, XIII. (Wien 1907). In: Eberhard Gabriel, 100 Jahre Gesundheitsstandort Baumgartner Höhe. Von den Heil- und Pflegeanstalten Am Steinhof zum Otto Wagner-Spital (Wien 2007) 221–248, hier 240.

⁵³ Ebd., 243.

⁵⁴ Nolte, Hysterie, 25.

⁵⁵ Statut. In: Gabriel, Gesundheitsstandort, 243.

Ein weiteres formales Dokument ist der „Beschluss über die Anhaltung in einer geschlossenen Anstalt“, ausgestellt vom Bezirksgericht. Angegeben sind die Zeit der Wirksamkeit des Beschlusses sowie die Begründung in Form eines gerichtsärztlichen Gutachtens. Die „Anordnung der Tagsatzung zur Untersuchung eines Geisteskranken“ vom Bezirksgericht ist ebenfalls beigelegt. Des Weiteren ist ein Briefwechsel der Direktion mit dem Bezirksgericht dokumentiert. In einigen Fällen ist der Akte ein „Revers“ hinzugefügt, der einen Angehörigen zur Sorgfalt, Haftung und Verantwortung der entlassenen Patientin verpflichtete – eine Patientin ist vom Landesgericht überstellt worden, deshalb sind diesbezügliche Dokumente beigelegt.

4 Historischer Abriss der Hysterie

Dieser historische Abriss wird die wichtigsten Etappen der Hysteriegeschichte beleuchten: Ausgehend von der ersten schriftlichen Aufzeichnung im Kahun Papyrus um ca. 1900 v. Chr. bis hin zur Entwicklung der psychologischen Ansätze und deren Manifestierung im 20. Jahrhundert. Neben der Wahrnehmung von Hysterie werden auch deren Behandlungsweisen und medizinische Interpretationen sowie deren sozialgeschichtliche Auffassungen beleuchtet.

Das Wort „Hysterie“ kommt vom Griechischen „hystera“, was Gebärmutter bedeutet.⁵⁶ Hippokrates, der „Vater der Medizin“ (* 460 v. Chr.), war namensgebend für die Krankheit und bezeichnete die Hysterie „als eine durch die Gebärmutter hervorgerufene Erstickung“.⁵⁷ Diese medizinische Definition der Erkrankung in Verbindung zum weiblichen Fortpflanzungsorgan also ist der Grund, warum die Krankheit nur Frauen zugeschrieben wurde.⁵⁸ Nach Christina von Braun, ist die Hysterie nur als „Beziehungsgeflecht“ zu verstehen. Einerseits unterscheidet sich die Betrachtungsweise der Hysterie von einem Individuum zum anderen und ist somit nicht objektiv fassbar, andererseits bedient sich die Hysterie laufend verschiedener Symptome, die eine Einordnung unmöglich machen. Da die Krankheit nicht nach bestimmten Regeln funktioniert, wird sie von der abendländischen Kultur als „Anormalität“ verstanden. In diesem Zusammenhang wird die Hysterie besonders in Verbindung zur Frau gesetzt, als das ‚normale‘ Geschlecht wird der Mann gesehen.⁵⁹ Wie Elaine Showalter es ausdrückt: „Hysterie ist eine mimetische Störung: sie ahmt kulturell zugängliche und statthafte Ausdrucksformen des Leidens nach.“⁶⁰ Die Ärzte standen vor Schwierigkeiten die Hysterie angemessen zu definieren. Auch Ende des 19. Jahrhunderts äußerten die Ärzte Unzulänglichkeiten in der Definition der Hysterie. Es sei leichter zuerst zu erwähnen, was Hysterie nicht ist. Joseph Grasset brachte es wie folgt zum Ausdruck: „L’hystérie

⁵⁶ Mark S. Micale, *Approaching Hysteria. Disease and Its Interpretations* (New Jersey 1995) 19.

⁵⁷ Regina Schaps, *Hysterie und Weiblichkeit. Wissenschaftsmythen über die Frau* (Reihe Campus 1054, Frankfurt am Main/New York 1992) 19.

⁵⁸ Ilza Veith, *Hysteria. A History of a Disease* (Chicago 1965) 1.

⁵⁹ Christina von Braun, *Nicht ich. Logik, Lüge, Libido* (Frankfurt am Main 1985) 21–24.

⁶⁰ Showalter, *Hystorien*, 27.

est un véritable protéé qui se présente sous autant de couleurs que le caméléon“⁶¹ und wies damit auf die Komplexität des Krankheitsbildes hin.⁶²

Das Krankheitsbild Hysterie wurde ca. 1900 v. Chr. erstmals schriftlich in einem ägyptischen, medizinischen Papyrus, bekannt als Kahun Papyrus, aufgezeichnet.⁶³ Dort wurde eine Reihe von kuriosen Verhaltensstörungen bei erwachsenen Frauen einer Fehlfunktion der Gebärmutter zugerechnet. Es wurde davon ausgegangen, dass die Gebärmutter – verstanden als „eigenständiges Wesen“ – im weiblichen Körper umherwandere und dadurch physische und psychische Symptome ausgelöst werden. Neben anderen Methoden erhoffte man sich eine Heilung vor allem durch aromatische Substanzen, welche an die Vulva gehalten werden sollten, um die Gebärmutter wieder an ihren richtigen Platz zu locken. Auch das Einatmen an übelriechenden Substanzen sollte die Gebärmutter aus dem oberen Körperteil verscheuchen.⁶⁴ Die Krankheitserscheinungen reichten von Seh- und Augenleiden, Schwerhörigkeit, Zahn- und Mundbeschwerden bis hin zu Sprachverlust, Glieder- und Nackenschmerzen, Schmerzen in der Schamgegend, ‚Menstruationsanomalien‘ und Lähmungserscheinungen.⁶⁵ Für die Ägypter war die Grundlage der Erkrankung organisch bedingt und die Behandlungsmethoden laut dem Kahun Papyrus selten magisch-religiös beeinflusst. In jüngeren Papyri scheinen letztere an Bedeutung zu gewinnen, jedoch wie Ilza Veith erläutert, zur Unterstützung der medizinischen Behandlung und zur schnelleren Heilung.⁶⁶

Aus dieser ägyptischen Glaubenstradition entwickelten die Griechen ihre Theorien zur Hysterie. Demnach stünde die Wanderung der Gebärmutter im Zusammenhang mit einem unbefriedigten Sexualleben.⁶⁷ Vor allem Jungfrauen und Witwen seien ‚anfällig‘ für diese Krankheit.⁶⁸ Es wurde angenommen, die Gebärmutter begeben sich aus Angst vor Austrocknung und Gewichtsverlust auf Wanderschaft im Körper, um in feuchtere

⁶¹ Joseph Grasset, „Hystérie“. In: A. Dechambre, L. Lereboullet, Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales 15 (Paris 1889) 241. Zitiert nach Janet Beizer, Ventriloquized Bodies. Narratives of Hysteria in Nineteenth-Century France (Ithaca/London 1994) 34. Übersetzung der Autorin: „Hysteria is a veritable Proteus that shows as many different colors as a chameleon“.

⁶² Beizer, Bodies, 34.

⁶³ Veith, Hysteria, 2.

⁶⁴ Nolte, Hysterie, 113.

⁶⁵ Schaps, Hysterie, 18.

⁶⁶ Veith, Hysteria, 6f.

⁶⁷ Micale, Hysteria, 19.

⁶⁸ Veith, Hysteria, 11.

Regionen zu gelangen. Auch andere Ursachen seien ausschlaggebend, wie etwa kalte Füße oder Kreuzschmerzen, Tanzen, Laufen und Stampfen. Weitere Symptome kamen hinzu: Blindheit, Taubheit, Gefühllosigkeit, Lähmung und konvulsivische Anfälle. Diese würden, laut Hippokrates, die Gebärmutter wieder in ihre eigentliche Position rücken.⁶⁹ Hippokrates bezeichnete die Krankheit erstmals als Hysterie, was in ägyptischer Zeit noch nicht der Fall war.⁷⁰ Als Therapien waren die Ausräucherung, die Anlegung von Unterleibsbandagen und unverzügliche Heirat sowie Schwangerschaft vorgesehen.⁷¹

In der Römerzeit wurde die Hysterie weiterhin mit der Erkrankung des weiblichen Fortpflanzungsorgans in Verbindung gebracht. Es wurde zwar nicht mehr an eine Wanderung der Gebärmutter geglaubt, dennoch eine schädigende Wirkung ihrerseits vermutet. Hauptsächlich Jungfrauen, Witwen und unverheiratete Frauen seien oft betroffen. Ihnen wurde neben anderen Kuren vor allem der Geschlechtsverkehr angeraten.⁷² Neben der schon genannten Therapie der Beräucherung wurde der Aderlass eingeführt.⁷³ Die ägyptischen, griechischen und römischen Vorstellungen beeinflussten die Hysterietheorien bis in das 20. Jahrhundert.⁷⁴

Vom 5. bis 13. Jahrhundert kam es erstmals zu einem Bruch in der Hysterietradition. Mit dem generellen Verfall der Wissenschaften ging auch die Wertminderung der medizinischen Erkenntnisse einher.⁷⁵ Die christliche Kirche prägte die Hysterielehre und sah sie als Strafe für die begangenen Sünden an, ja sogar als Besessenheit durch den Teufel.⁷⁶ Eine dieser Sünden war die sexuelle Lust. Die Lehren der Kirche lehnten deshalb die vorhergehenden Therapien ab und sahen die sexuelle Abstinenz als das Ideal an, das keine schädigende Wirkung haben könnte.⁷⁷ Diese neuen Ideen von der Ätiologie und Ausformung der Hysterie beeinflussten die Therapieformen. Zur Heilung wurden nun Prediger, Beschwörungen, Amulette und Exorzismen verwendet.⁷⁸ Diese

⁶⁹ Schaps, Hysterie, 20.

⁷⁰ Veith, Hysteria, 10.

⁷¹ Micale, Hysteria, 19.

⁷² Braun, Nicht ich, 36.

⁷³ Veith, Hysteria, 21f.

⁷⁴ Micale, Hysteria, 20.

⁷⁵ Veith, Hysteria, 40f.

⁷⁶ Micale, Hysteria, 20.

⁷⁷ Braun, Nicht ich, 37.

⁷⁸ Micale, Hysteria, 20.

Theorie führte zur Verfolgung der Leidenden, die als Hexen abgestempelt wurden. Die Symptome der Hysterie wurden als „Hexenzeichen“ oder „stigma diaboli“ gedeutet, welche auf einen Teufelsbund hinwiesen „um ihre satanische Seelenzugehörigkeit auch nach außen hin zu dokumentieren“.⁷⁹ Diese Art von Häresie bedürfe demnach nicht einer Heilung, sondern einer Bestrafung oder Austreibung.⁸⁰

Auf die Hexenverfolgung des Mittelalters und der Renaissance folgte eine Phase der Erneuerung des Hysterie-Konzeptes. Die Behandlung wurde nun zunehmend auf eine rationale, medizinische Grundlage gestellt.⁸¹ Durch die Aufzeigung der medizinischen Symptomatik wollte man die medizinische Fürsorge vorantreiben.⁸² Zurückkehrend zu den hippokratischen Lehren verneinte man nun den Einfluss übernatürlicher Mächte bei physischen und psychischen Krankheiten.⁸³ Durch die Studien über das menschliche Nervensystem wurden neue Theorien zur Ätiologie der Hysterie und ähnlicher Krankheiten aufgestellt. Diese Modelle entsprachen einer Kombination aus antiken Humoralideen, also dem Gleichgewicht der vier Körpersäfte,⁸⁴ und neueren Vorstellungen vom Nervensystem. Großbritannien wurde im 17. und 18. Jahrhundert in der Theoriebildung führend. Die Ursache für die Hysterie wurde nun im Gehirn, Rückenmark, Magen oder anderen inneren Organen angenommen. Nach Thomas Sydenham (1624–1689) würde sie eine weit verbreitete Krankheit darstellen. Die Symptome seien je nach betroffenem und angegriffenem Organ unterschiedlich, d. h. die Hysterie könnte Symptome anderer Krankheiten annehmen. Sydenham zählte dazu heftige wiederkehrende Kopfschmerzen und darauf folgendes Erbrechen, Husten und Spasmus. Damit einher gingen emotionale Begleiterscheinungen, die sich durch Hoffnungslosigkeit, Zorn, Eifersucht, Argwohn, aber auch Freude und Hoffnung auszeichnen konnten.⁸⁵ Der Grund für die Hysterie sei seiner Meinung ein Ungleichgewicht der „spiritus animales“ zwischen Körper und Gehirn.⁸⁶ Durch diese Imbalance würden sich Störungen im Körper ergeben, die das momentan schwächste

⁷⁹ Schaps, Hysterie, 31.

⁸⁰ Veith, Hysteria, 56f.

⁸¹ Ebd., 102.

⁸² Micale, Hysteria, 21.

⁸³ Veith, Hysteria, 120.

⁸⁴ Edward Shorter, *Moderne Leiden. Zur Geschichte der psychosomatischen Krankheiten* (Reinbek bei Hamburg 1994) 38.

⁸⁵ Veith, Hysteria, 141f.

⁸⁶ Micale, Hysteria, 22.

Körperorgan befielen.⁸⁷ Während Frauen durch ihr ‚fragiles‘ Nervensystem prädestiniert seien, könnten auch Männer an hysterischen Symptomen leiden – der Hypochondrie.⁸⁸ Therapiemethoden waren die Reinigung des Blutes, welche durch die Erkrankung nicht mehr von den Organen durchgeführt werden konnte.⁸⁹ Dies wurde vor allem durch leichte Nahrung, Aufenthalt im Freien und Aktivität gefördert.⁹⁰ Dieser Ansatz einer psychopathologischen Interpretation verschwand jedoch vorerst wieder.⁹¹ Durch die Verschiebung der Hysterie im Körper „nach oben“ entwickelte sich jedoch die Anschauung, dass das Wesen der Frau durch eine ‚gewisse Teilnahmslosigkeit, Schwäche und Willenlosigkeit‘ geprägt sei. Mit dieser Verlagerung begannen die Hysterikerinnen neue Symptome zu produzieren, nämlich phantasievolle Geschichten. Deshalb wurden sie zunehmend als Lügnerinnen abgestempelt. Ein Großteil des ärztlichen Aufwands bestand im 19. Jahrhundert darin, sich nicht mehr der Kranken zu widmen, sondern die Glaubwürdigkeit der Krankheit zu beweisen.⁹²

Wie Mark Micale aufzeigt, traten im späten 18. und beginnenden 19. Jahrhundert die Gebärmutter-Theorien wieder in den Vordergrund. Hysterie wurde zu einer Frauen zugeschriebenen Krankheit. Der Grund sei nicht wie in der Antike ein vermuteter Entzug von Sexualität, sondern deren ‚übermäßiger‘ Genuss.⁹³ Nun sollten die Ovarien besonders betroffen sein.⁹⁴ Zu einer weiteren Resexualisierung der Hysterie trug Philippe Pinel (1745–1826) bei, der um 1800 eine neue Klassifizierung für Geisteskrankheiten einführte. Hysterie ordnete er den „Genitalneurosen der Frauen“ zu. Durch seine Ideen der Heilbarkeit von Geisteskrankheiten wurden neue Behandlungsmethoden etabliert.⁹⁵ Er brach mit der Meinung, dass die Ursache für die Hysterie im Gehirn liegen würde. Amenorrhoe, Nymphomanie und sexuelle Abstinenz erklärte er zu hysterischen Manifestationen.⁹⁶

⁸⁷ Veith, *Hysteria*, 143.

⁸⁸ Micale, *Hysteria*, 22.

⁸⁹ Veith, *Hysteria*, 145.

⁹⁰ Ebd., 165.

⁹¹ Schaps, *Hysterie*, 39–41.

⁹² Braun, *Nicht ich*, 48–55.

⁹³ Micale, *Hysteria*, 22f.

⁹⁴ Veith, *Hysteria*, 173.

⁹⁵ Ebd., 177–179.

⁹⁶ Ebd., 183f.

Das 19. Jahrhundert war geprägt von widersprüchlichen Hysterietheorien, die parallel existierten. Im Weiteren werden diese in Grundzügen dargestellt und die Entwicklung hin zum psychologischen Ansatz erläutert.⁹⁷ Die Hysterie wurde zur klassischen Frauenkrankheit, die besonders bei den Damen des Bürgertums Verbreitung fände.⁹⁸ Franz Anton Mesmers (1734–1815) Theorie des „animalischen“ bzw. „tierischen Magnetismus“ gewann bei den Damen der Oberschicht von Wien und Paris an Bedeutung.⁹⁹ Mesmer ging davon aus, dass jeder Mensch ein Fluidum in sich tragen würde. Die Hysterie sei, seiner Ansicht nach, Ausdruck für ein Defizit an solchem Fluidum, das es durch eine Therapie mit Stahlmagneten auszugleichen galt. Später gab er an, dass eine Heilung auch möglich sei, indem man mit den Händen darüber streichen und somit zu einer Neuverteilung des Fluidums im Körper kommen würde. Aus dem Mesmerismus entwickelte sich die Hypnose, die in der Folge Forschungen über das Unbewusste einleitete.¹⁰⁰

Auch mit der „Reflextheorie“ versuchte man im 19. Jahrhundert die Ursachen für die Hysterie zu erklären. Laut dieser sei es jedem Organ im Körper möglich auf ein anderes einzuwirken. Damit könne „ganz unabhängig vom Willen des Individuums“, neben anderen Organen, auch das Gehirn vom Rückenmark beeinflusst werden. Neben dem Rückenmark rückten zunehmend die Geschlechtsorgane in den Mittelpunkt, sie würden in Verbindung zum Gehirn stehen und dieses beeinflussen.¹⁰¹ Mit dieser Theorie einher ging der Gedanke, dass die Frau durch ihre Gebärmutter gesteuert „[...] und im Vergleich mit dem Mann eher [ein] passives Wesen [sei]“.¹⁰² Abgesehen von der Reizung der Gebärmutter, spielten auch andere Faktoren eine Rolle. Diese bezogen sich auf die Vagina, die Eierstöcke und Unregelmäßigkeiten der Menstruation, des Gebärens und der Laktation.¹⁰³ Dieser Einfluss der weiblichen Geschlechtsorgane auf das Gehirn sollte durch gynäkologische Eingriffe beeinflusst werden können.¹⁰⁴ Es wurde eine Vielzahl von Unterleibstherapien durchgeführt, die von lokalen Spülungen, Ätzungen,

⁹⁷ Micale, *Hysteria*, 23.

⁹⁸ Sybille Duda, Bertha Pappenheim (1859-1936) Erkundungen zur Geschichte der Hysterie oder „Der Fall Anna O.“. In: Sibylle Duda, Luise Pusch (Hg.), *WahnsinnsFrauen Bd.1* (Suhrkamp-Taschenbuch 1876, Frankfurt am Main 1992) 123–145, hier 123.

⁹⁹ Micale, *Hysteria*, 23.

¹⁰⁰ Shorter, *Moderne Leiden*, 232f.

¹⁰¹ Ebd., 77.

¹⁰² Ebd., 78.

¹⁰³ Micale, *Hysteria*, 24.

¹⁰⁴ Shorter, *Moderne Leiden*, 125.

Anlegung von Blutegeln und Verwendung von Brenneisen in der Schamgegend bis hin zu operativen Entfernungen der Eierstöcke bzw. der Gebärmutter sowie der Beschneidung der Klitoris reichten.¹⁰⁵

Zwischen 1878 und 1893 erlangte Jean-Martin Charcot (1825–1893), auch bekannt als „Vater der Neurologie“, mit seinen Studien in der Salpêtrière in Paris Berühmtheit.¹⁰⁶ Eine explizite, psychologische Theorie der Hysterie lehnte er ab und verstand Hysterie als hereditäre Nervenkrankheit, bei der ein verborgener Organschaden vorliege.¹⁰⁷ Diese Dysfunktion des zentralen Nervensystems, ähnlich wie bei Epilepsie, Syphilis und anderen neurologischen Erkrankungen, könne angeblich durch eine Kombination von erblicher Anlage, nervöser Degeneration und Umwelteinflüssen in Form von physischem oder emotionalem Schock auftreten.¹⁰⁸ Anders als vorhergehende Mediziner war er der Meinung, dass ein hysterischer Anfall einem bestimmten Muster unterliege. Demnach unterteilte er diesen in vier Stadien: 1. Epileptoides Stadium, 2. ‚Stadium der Kontorsionen und großen Bewegungen‘, auch als ‚Stadium des Clownismus‘ bezeichnet“, bei dem die Patientinnen sich wälzten und eigenartige Körperpositionen einnahmen, typisch hierfür auch der „arc de cercle“, 3. ‚Stadium der pathetischen Haltungen‘“ bzw. der „sexuellen Posen“ gekennzeichnet durch Halluzinationen und darauffolgender Einnahme „theatralischer Posen“, 4. im letzten Stadium kehrten die Patientinnen wieder in die Ausgangslage zurück, dies konnte jedoch gekennzeichnet sein von Halluzinationen und körperlichen Zuckungen.¹⁰⁹ In der Salpêtrière führte er Hysterikerinnen einem Publikum von Studenten und Wissenschaftlern sowie Neugierigen vor und brachte sie durch Hypnose und Berührung in den Zustand eines geordneten hysterischen Anfalls. Festgehalten wurden diese Anfälle in Fotografien – der „Iconographie photographique de la Salpêtrière“.¹¹⁰ Als sein Meisterwerk ist dabei Augustine in die Geschichte eingegangen, bei der der Ablauf eines hysterischen Anfalls zeitlich genau abgestimmt ablief.¹¹¹ Die Hysterie war laut

¹⁰⁵ Ebd., 131–144.

¹⁰⁶ Micale, *Hysteria*, 24.

¹⁰⁷ Shorter, *Moderne Leiden*, 300.

¹⁰⁸ Micale, *Hysteria*, 25.

¹⁰⁹ Jean-Martin Charcot, *Description de la Grande Attaque Hystérique*. In: *Prog. Méd* 7 (11. Januar 1879) 17–20. Zitiert nach Shorter, *Moderne Leiden*, 306.

¹¹⁰ Franziska Lamott, *Die vermessene Frau. Hysterien um 1900* (München 2001) 73. Näheres zur „Iconographie photographique de la Salpêtrière“ vgl. Georges Didi-Huberman, *Erfindung der Hysterie. Die photographische Klinik von Jean-Martin Charcot* (München, 1997).

¹¹¹ Didi-Huberman, *Erfindung*, 137.

Charcot von „dauerhafte[n], unveränderliche[n] Merkmale[n] wie Verlust der Empfindung oder Kopfschmerzen“ sowie laut dem 4-Stadien-Modell durch immer wiederkehrende Hysterieanfälle, genannt auch „grande hystérie“, gekennzeichnet.¹¹² Er wies die antiken Modelle der Geschlechtsätiologie zurück, jedoch würden Frauen ein empfindlicheres Nervensystem besitzen und wären demnach ‚anfälliger‘ als Männer.¹¹³ Die Ovarien nahmen jedoch weiterhin eine zentrale Stellung in der Theorie ein.¹¹⁴ Charcot war der Meinung man könne durch Berührung gewisser Punkte, den sogenannten hysterogenen Zonen, einen Anfall auslösen und auch stoppen.¹¹⁵ Laut Regina Schaps hat sein Konzept der „hystérie ovarienne“, also der Benennung des Ovarium als hysterogene Zone, dazu geführt, dass massenhaft Ovarien von hysterischen Frauen operativ entfernt wurden und Chirurgen aufgrund seiner wissenschaftlichen Ausführung dafür ihre Legitimation erhielten.¹¹⁶ Seine therapeutischen Ansätze zielten auf die Linderung der Beschwerden und der Neubelebung der Organe ab.¹¹⁷ Er versuchte durch das 4-Stadien-Modell die ‚Willenlosigkeit‘ der Hysterikerinnen und die Echtheit der Symptome zu beweisen. Doch wie Braun aufzeigt, spiegelt sich auch in diesem Fall wider, dass die Hysterikerin ihre Symptome den herrschenden Vorstellungen angeglichen hatte. Ihm wurde von Kritikern unbewusste Suggestion und bewusste Simulation vorgeworfen. Zeit seines Lebens verfolgte Charcot den Gedanken, seine Patientinnen würden die Anfälle nach seinem Muster reproduzieren.¹¹⁸

Der Hysteriebegriff wurde noch einmal mehr mit der Frau verbunden, als ein neues Krankheitsbild für den Mann eingeführt wurde. 1873 entstand der Begriff der „Neurasthenie“, eine Diagnose, die vor allem dem Mann der Mittel- und Oberschicht vorbehalten war. Diese Krankheit war im Gegensatz zur Hysterie gesellschaftlich akzeptiert und sollte vor allem wohlhabende und intellektuelle Männer betreffen.¹¹⁹ Durch die Neurasthenie wurde einerseits die Geschlechterordnung aufgeweicht, da dem Mann hier in gewissen Rahmen ebenfalls ‚Schwäche‘ zugestanden wurde, andererseits wurde sie verfestigt, da die Krankheit fast ausschließlich Männern vorbehalten blieb.

¹¹² Shorter, *Moderne Leiden*, 305.

¹¹³ Ebd., 360.

¹¹⁴ Micale, *Hysteria*, 25.

¹¹⁵ Veith, *Hysteria*, 232.

¹¹⁶ Schaps, *Hysterie*, 53.

¹¹⁷ Veith, *Hysteria*, 236–241.

¹¹⁸ Braun, *Nicht ich*, 57–60.

¹¹⁹ Elaine Showalter, *Hysteria, Feminism, and Gender*. In: Sander Gilman et al. (Hg.), *Hysteria beyond Freud* (Berkeley/Los Angeles/London 1993) 286–344, hier 294f.

Den Frauen wurde weiter das misogynen Krankheitsbild der Hysterie zugesprochen. Es konnte aber auch vorkommen, dass bei sozial bessergestellten Frauen die Neurasthenie Anwendung fand, um eine Hysterie-Diagnose zu unterwandern. Gesellschaftliche Diskriminierung wurde damit umgangen, jedoch lag die Betonung in der Erwähnung des anstrengenden Erwerbs- und Berufslebens des männlichen Neurasthenikers.¹²⁰ Wie Hofer fortfährt, hatte die Diagnose durch seinen „auf Männer zugeschnittene[n] Begriff implizit eine frauendiskriminierende Funktion“.¹²¹

Hippolyte Bernheim (1840–1919) und Ambroise-Auguste Liébault (1823–1904) widersetzten sich mit der „Schule von Nancy“ dem Modell von Charcot. Unter Umständen könne jeder hysterisch werden. Laut Bernheim liege die Ursache für einen hysterischen Anfall in einer übertriebenen, psychologischen Reaktion, in welcher einem emotionalen Trauma Ausdruck verliehen wurde, das anders nicht verarbeitet werden konnte. Die Hypnose wurde von Bernheim, anders als bei Charcot, als therapeutisches Instrument verwendet, welches allein durch Worte und ohne weitere Hilfsmittel psychologisch eingesetzt werden sollte. Diese Hypnose-Therapie sollte eine Heilung durch „emotionale Leitung“ vorantreiben, was nichts anderes als eine Form von Suggestion bedeutete.¹²² Er trug damit zum psychologischen Ansatz im 20. Jahrhundert bei. Auch Pierre Janet betonte, dass Hysterie eine psychische Krankheit sei. Er war es auch, der den Fokus der Beobachtungen von den physischen Symptomen hin zu den psychischen Störungen verschob. Diese Symptome seien Ausdruck für emotionale Traumata, welche die gesunde Psyche des Menschen schwächten. Diese traumatischen Erinnerungen würden im Unbewussten verankert und sich auf den Menschen auswirken.¹²³ Er war skeptisch gegenüber der Hypnose und legte vielmehr Wert auf die Beobachtung des Patienten. Dadurch grenzte er die Hysterie von anderen psychischen Krankheiten ab und unterteilte die Symptome in temporäre und permanente.¹²⁴

Um 1900 rückte die Hysterie als spezielle Frauenkrankheit noch einmal stärker in den Vordergrund. Stimmungsschwankungen, oftmals als „hysterischer Charakter“ bezeichnet, wurden ihr als Symptom zugerechnet. Es wurde davon ausgegangen, dass

¹²⁰ Hans-Georg Hofer, *Nervenschwäche und Krieg. Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie (1880-1920)* (Wien 2004) 161–169.

¹²¹ Ebd., 169.

¹²² Veith, *Hysteria*, 240.

¹²³ Micale, *Hysteria*, 26.

¹²⁴ Veith, *Hysteria*, 248f.

diese Merkmale Ausdruck eines ‚übertriebenen weiblichen Charakters‘ bzw. der ‚Verweiblichung‘ des Mannes sein würden. Merkmale hierfür seien im boshaften, rachsüchtigen, egozentrischen, eigensinnigen, arglistigen und lügenhaften sowie sich in den Mittelpunkt setzenden Charakter zu entdecken. Der Patientin wurde deshalb ein zunehmendes Misstrauen entgegengebracht.¹²⁵ Eine an Hysterie erkrankte Person galt als ‚schwach, passiv und übermäßig emotional‘, ganz egal ob Frau oder Mann.¹²⁶ Einhergehend damit verbreitete sich die „Degenerationshypothese“. Laut dieser sei das Hysterische vererbbar, Betroffene hätten eine Heirat und Schwangerschaft zu unterlassen. Zunehmend wurde diese Sicht nicht nur auf Frauen angewandt, sondern erweiterte sich auf andere Ethnien und Nationen.¹²⁷ Aus feministischer Perspektive kann die zunehmende Hysterisierung am Fin de Siècle als Abwehrhaltung gegen aufkommenden Feminismus und das Zerbröckeln der Geschlechterordnung gelesen werden. Hysterisch bezeichnete Frauen wurden deshalb misstrauisch betrachtet, weil das Krankheitsbild als Auflehnung gegen patriarchale Strukturen verstanden und zunehmend als Synonym für Feminismus verwendet wurde.¹²⁸

Sigmund Freud (1856–1939) legte mit seinen Studien zur Hysterie den Grundstein der Psychoanalyse. Durch seine Bekanntschaft mit dem Internisten Josef Breuer (1842–1925) kam er mit „Anna O.“ – deren richtiger Name Bertha Pappenheim (1859–1936) war – in Berührung. Diese Patientin brachte in der Hypnose die Ursachen ihres emotionalen Ungleichgewichts ins Bewusstsein. Durch diese Reproduktion würden die Symptome verschwinden und eine Heilung einsetzen. Später wurde diese Methode von Freud als „kathartisch“ bezeichnet.¹²⁹ Nach einem Aufenthalt bei Charcot in Paris entwickelte er anhand der Hysterie eine psychologische Theorie nervöser Erkrankungen und entfernte sich somit vom neurologischen Ansatz, der bis dahin vorherrschend war. Freud ging beim Krankheitsbild der Hysterie von einer „psychologischen Erkrankung aus mit quasi-physischen Symptomen“.¹³⁰ Bei seinem Aufenthalt in Nancy 1889 entdeckte er die Möglichkeit, dass es starke psychische Prozesse gab, die trotzdem nicht vom Bewusstsein des Menschen erkannt werden konnten und im Unbewussten

¹²⁵ Nolte, Hysterie, 118.

¹²⁶ Showalter, Hysteria, 289.

¹²⁷ Weickmann, Rebellion, 40.

¹²⁸ Showalter, Hysteria, 305f.

¹²⁹ Micale, Hysteria, 26f.

¹³⁰ Ebd., 27.

verborgen blieben.¹³¹ Die Hysterie sei seiner Meinung nach somit Ausdruck von unterdrückten traumatischen Erinnerungen, die keinen anderen Weg zur Äußerung und Verarbeitung finden würden. Diese Erinnerungen, die unerwünscht oder schmerzhaft waren, sollten laut Freud die individuelle Vergangenheit mit sexuellem Inhalt betreffen. Diese Erinnerungen würden unbewusst in somatische Symptome konvertiert. Freud zeigte die Komplexität der Hysterie auf und wies darauf hin, dass diese Symptome nicht grundlos waren.¹³² Freuds vormals psychophysiologischer Ansatz wandelte sich bis 1905 in einen rein psychologischen Ansatz.¹³³ Dies erneuerte auch seine Therapiemethoden. Er entfernte sich von der Hypnose und entwickelte eine eigene Therapieform, die „freie Assoziation“.¹³⁴

Seine Form der Psychoanalyse basierte auf drei Konzepten: Die Unterdrückung der Vergangenheit, die Bedeutung der Sexualität – besonders der infantilen und die Signifikanz der Ereignisse in der Kindheit ausschlaggebend für die Persönlichkeitsentwicklung.¹³⁵ Durch das Erzählen und Sprechen würden vom Patienten bzw. von der Patientin unbewusste psychische Emotionen zum Ausdruck gebracht und eine Heilung vollbracht werden. Das Verhältnis zwischen Patient bzw. Patientin und Psychoanalytiker ist durch diese Methode sehr eng gestrickt.¹³⁶ Doch wie Braun anmerkt, blieb für ihn die Hysterie ebenso unbegreiflich wie für viele Ärzte vor ihm. Seine Patientinnen wurden rückfällig, hörten mit der Therapie auf oder heirateten und wurden damit als geheilt betrachtet.¹³⁷

Der Erste Weltkrieg markiert einen Einschnitt in die Hysterie-Geschichte. Massenhysterie griff aufgrund der Fronterfahrungen um sich. Zwischen den unterschiedlichen militärischen Rängen wurden verschiedene Krankheitsbezeichnungen und -therapien verwendet: Beim Soldat wurde Hysterie festgestellt, er wurde öffentlich als Feigling abgestempelt und sollte durch eine Disziplinierung auf schnellstem Weg

¹³¹ Veith, *Hysteria*, 263.

¹³² Showalter, *Hysteria*, 315.

¹³³ Micale, *Hysteria*, 28.

¹³⁴ Veith, *Hysteria*, 268f.

¹³⁵ Shorter, *Moderne Leiden*, 426.

¹³⁶ Micale, *Hysteria*, 28.

¹³⁷ Christina von Braun, „Frauenkrankheiten“ als Spiegelbild der Geschichte. In: Farideh Akashe-Böhme, *Von der Auffälligkeit des Leibes* (Edition Suhrkamp 1734 = Neue Folge Band 734: Gender Studies, Frankfurt am Main 1995) 98–129, hier 112.

wieder kriegsbereit gemacht werden, dem Offizier höheren Ranges indes wurde eine Erholungskur verordnet.¹³⁸

Bis in die Zwischenkriegszeit erfuhr das psychoanalytische Modell einen enormen Aufschwung. Nach 1933 verschob sich das Forschungszentrum der Psychoanalyse von Europa in die USA. Mit dem Wandel der Wahrnehmung von Hysterie als psychisches Leiden veränderte sich auch deren Erscheinung von der motorischen Hysterie hin zu einer sensorischen. Dies bedeutete, dass die typischen Hysterieanfälle zurückgingen und verschwanden. Während der Anteil von Patientinnen mit hysterischen Lähmungen und Anfällen abnahm, stiegen die Fälle von Erschöpfungszuständen und Störungen innerer Organe. Diese Verschiebung lässt sich auch beim Vergleich der beiden Weltkriege erkennen. Im Ersten hatten noch die motorischen Störungen die Überhand, während im Zweiten die Reaktionen auf sensorischer Ebene ausgetragen wurden. Diese Veränderungen waren nicht etwa auf einen höheren Bildungsgrad oder gesellschaftlichen Wandel zurückzuführen, sondern auf den Paradigmenwechsel in der Wahrnehmung von Hysterie. Und die Hysterikerinnen stellten sich auf diesen Wandel ein.¹³⁹ Nach einer Definition von Hippolyte Morestin: „Hysterikerinnen gehen mit den wissenschaftlichen Entwicklungstrends und passen sich dem medizinischen Fortschritt an.“¹⁴⁰ Die Hysterie ging auch deshalb zurück, weil die „Neue Frau“ nun nicht mehr auf die Krankheit als Bewältigungsmethode zurückgreifen musste. Durch die ‚Befreiung‘ von gesellschaftlichen Moralvorstellungen war ein freier Umgang mit Sexualität der Frau möglich.¹⁴¹ Zudem führt Showalter an, dass das einstige Krankheitsbild der Hysterie zunehmend von anderen Krankheitsbildern ersetzt wurde, etwa durch „Angstneurosen, Zwangsneurosen, manische Depressionen oder Borderline-Syndrome“.¹⁴² Demnach hätte sich nur die Terminologie gewandelt, nichts würde auf das Verschwinden der früheren Symptome der Hysterie hinweisen.¹⁴³ Braun, aber auch Showalter sprechen von der Magersucht als die neue Form der Hysterie.¹⁴⁴ Wie Stavros Mentzos feststellt, war und ist die Hysterie in der Umgangssprache auch heute noch

¹³⁸ Showalter, *Hysteria*, 321–323.

¹³⁹ Shorter, *Moderne Leiden*, 433–454.

¹⁴⁰ Samuel Alexander Kinnier Wilson, *The Approach to the Study of Hysteria*. In: *Journal of Neurology and Psychopathology* 11 (1931) 193–206. Zitiert nach Shorter, *Moderne Leiden*, 448.

¹⁴¹ Showalter, *Hysteria*, 326f.

¹⁴² Showalter, *Hystorien*, 30.

¹⁴³ Ebd., 30f.

¹⁴⁴ Siehe Braun, „Frauenkrankheiten“, 121–124. Showalter, *Hystorien*, 34–38.

negativ konnotiert und mit negativen Eigenschaften assoziiert. Hysterischen Personen wird unechtes Verhalten vorgeworfen sowie demonstrativ, theatralisch, hyperemotional und unsachlich zu sein.¹⁴⁵

¹⁴⁵ Stavros Mentzos, Unser Verständnis der Phänomenologie und Psychodynamik der Hysterie am Ende des 20. Jahrhunderts. In: Alfried Längle (Hg.), Hysterie (Wien 2002) 23–34, hier 23.

5 Wer war die ‚typische‘ Hysterikerin in der Heil- und Pflegeanstalt ‚Am Steinhof‘?

Um einen Überblick über das Hysterie-Klientel in der NLHPA in den Jahren 1918–1924 zu erlangen, wurden 60 Patientinnenakten ausgewählt und quantitativ ausgewertet.¹⁴⁶ Einerseits wird der Frage nachgegangen, ob eine ‚typische‘ Klientel in der NLHPA vorhanden war. Dazu wird das soziale Umfeld der Hysterikerinnen ins Auge gefasst. Hierfür ist auch interessant in Erfahrung zu bringen, wie sich die Einweisung bis hin zur Entlassung bzw. Überweisung in eine andere Anstalt gestaltet hat sowie die Diagnose und Ätiologie der Ärzte. Andererseits wird diese Analyse ansatzweise mit zwei anderer Studien von Dorion Weickmann¹⁴⁷ und Karen Nolte¹⁴⁸ verglichen.¹⁴⁹

5.1 Soziales Umfeld

In Tabelle 1 sind die beruflichen Tätigkeiten der Patientinnen aufgelistet. Der Großteil der Patientinnen war als Dienstbotin oder Hilfsarbeiterin beschäftigt. Daraus lässt sich schließen, dass sie der klein- und unterbürgerlichen Gesellschaftsschicht angehörten. Das Spektrum der Berufe ist breit angelegt.

¹⁴⁶ WStLA, M.Abt. 209 – Otto-Wagner-Spital (Baumgartner Höhe; Steinhof), A11/1 – Krankengeschichten Frauen / 1918– 1927, Schachtel 1– 30.

¹⁴⁷ Weickmann, *Rebellion der Sinne. Hysterie – ein Krankheitsbild als Spiegel der Geschlechterordnung (1880– 1920)* (Frankfurt/New York 1997). Weickmann nahm eine statistische Auswertung von 169 veröffentlichter Krankengeschichten zwischen 1880– 1919 vor, Großteils stammend aus medizinischen Zeitschriften. 112 davon waren Frauen.

¹⁴⁸ Karen Nolte, *Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900* (Frankfurt/New York 2003).

¹⁴⁹ Zur Veranschaulichung wird das Zahlenmaterial in relative Angaben übertragen. Umrechnungsgrundlage dabei ist 60 Frauen = 100%.

Tabelle 1: Berufe und Tätigkeiten

Berufsarten	Anzahl
Hausgehilfin	12
Hilfsarbeiterin	8
ohne Beruf	5
Haushalt	4
Magd	2
k. A.	2
Pflegerin	2
Erzieherin	1
Private (Baronin)	1
Kinderfräulein	1
Wirtschafterin	1
Telephonistin	1
Hausnäherin	1
Näherin	1
Damenschneiderin	1
Vertretersgattin	1
Grünwarenhändlerin	1
Verkäuferin	1
Bedienerin	1
Heimarbeiterin	1
Stubenmädchen	1
Kontoristin	1
Küchengehilfin	1
Küchenmädchen	1
Hutmachergehilfensgattin	1
Hilfsarbeitersgattin	1
Handarbeiterin	1
Kaufmannstocher	1
Hilfschreiberin	1
Artistin	1
Schülerin	1
Dienstmädchen	1

Ähnliche Beobachtungen lassen sich auch bei den Analysen von Weickmann finden. In ihren Fällen waren 20 der 112 Hysterikerinnen als Hilfsarbeiterinnen beschäftigt und 19 als Dienstbotinnen. Diese beiden Gruppen machten neben dem Anteil der Hausfrauen mit 27 Frauen den größten Teil aus. Laut ihrer Tabelle zur sozialen Herkunft belief sich der Anteil aus der Unterschicht auf 33,9%, jener der Mittelschicht auf 33%, jener der Oberschicht auf 22,3% und jener der Aristokratie auf 2,7%.¹⁵⁰ Im Vergleich zu Weickmanns Auswertungen war in der NLHPA kein hoher Anteil von Oberschichtangehörigen und der Aristokratie zu finden – mit Ausnahme einer Baronin, die sich im Sanatorium in Behandlung befand. Laut §5 des Statuts der NLHPA von 1907 diente das Sanatorium zur Unterbringung von Patienten und Patientinnen „[...] welche hinsichtlich der Art ihrer Unterbringung und Verpflegung erhöhte Ansprüche stellen und die zur Befriedigung derselben erforderliche[...] Mittel aufzubringen in der

¹⁵⁰ Weickmann, Rebellion, 168f.

Lage sind“.¹⁵¹ Nolte hat aufgrund einzelner Jahrgänge das soziale Bild der Patienten und Patientinnen in Marburg um 1900 rekonstruiert, das ergab, dass diese vorwiegend den klein- und unterbürgerlichen Gesellschaftsschichten entstammten. Unterstützt wird diese Annahme von einer Studie von 1876–1925, die 71,7% der Patientinnen in die dritte Verpflegungsklasse einreichte, was laut Nolte umlegbar sei auf die soziale Klasse. Auch das Bild der an Hysterie, Nervosität und Neurasthenie leidenden Patientinnen ergab eine ähnliche Einschätzung und lag bei 71,6%.

In allen drei Auswertungen liegt also der Prozentsatz von Oberschichtpatientinnen unter jener der Unter- und Mittelschichten und verstärkt die These Weickmanns, laut der sich das vormals bürgerlich bzw. aristokratisch geprägte Bild der Hysterikerin um 1900 in Auflösung befand. Nicht mehr die Damen der Oberschichten waren von der Hysterie betroffen, ein Großteil stammte aus dem Hauspersonal, wie ein Arzt dies 1918 in München dokumentierte. Diese Schichten fanden Hilfe in den öffentlichen Anstalten und nicht in teuren Privatsanatorien.¹⁵²

„Hatte die morbide, nervenschwache – und obendrein unglücklich liierte – Dame der haute volée noch den hysterischen Idealtypus des 19. Jahrhunderts verkörpert, so verfinsterte sich nun ihr Antlitz und zeigte fortan die triste Miene des abgeschafften Weibes aus den Niederungen der Gesellschaft.“¹⁵³

Auch Nolte legt dar, dass die typische Hysterikerin keinesfalls nur mehr dem Typus der verheirateten, bürgerlichen Frau entsprach. Dies kommt auch in der Quote der verheirateten bzw. ledigen Frauen zum Ausdruck. In den Marburger Untersuchungen belief sich der Anteil der ledigen Hysterikerinnen auf 37,7%, was einen hohen Prozentsatz darstellt, auch wenn jener der verheirateten noch immer mehr, also 57,2%, ausmachte.¹⁵⁴ Besonders deutlich sind die Zahlen zum Zivilstand der Patientinnen der NLHPA wie Tabelle 2 aufzeigt. Laut dieser belief sich der Prozentsatz der ledigen Frauen auf 76,7% und übertrumpfte jenen der verheirateten Frauen mit 16,7% um ein Vielfaches. Der Vergleich zu Weickmann lässt ähnliche Erkenntnisse zu. 58,9% der Patientinnen waren ledig und 34,8% verheiratet.¹⁵⁵ Nicht zu vergessen sind aber jene

¹⁵¹ Statut. In: Gabriel, Gesundheitsstandort, 224.

¹⁵² Weickmann, Rebellion, 48f.

¹⁵³ Ebd., 49.

¹⁵⁴ Nolte, Hysterie, 53.

¹⁵⁵ Weickmann, Rebellion, 169

Patientinnen, die sich in Privatsanatorien in Behandlung befanden. Wie Nolte erläutert, war die Heilanstalt eine Institution, die vor allem von den unteren Schichten genutzt wurde. Für die höheren sozialen Klassen sei die öffentliche Anstalt nicht gedacht, da diese Patienten und Patientinnen meist mehr Zeit in Anspruch nehmen würden. Dafür seien die Privatsanatorien geeigneter. Falls eine Behandlung dort scheiterte, hätten sie sich um die Aufnahme in der Heilanstalt Marburg bemüht.¹⁵⁶

Tabelle 2: Familienstand

Familienstand	Anzahl	%	erwerbstätig
ledig	46	76,7	40
verheiratet	10	16,7	3
geschieden	3	5,0	2
verwitwet	1	1,7	-

Die Kranken wurden in der Wiener Anstalt in vier verschiedene Verpflegungsklassen eingeteilt. In §20 des Statuts werden die Unterschiede bei Unterkunft, Kost und geleisteter Bezahlung ersichtlich. Eine weitere Gruppe, die so genannten „Geistessieche“, wurde hinzugefügt und keiner Klasse eingereiht. Die I. und II. Klasse war im Sanatorium untergebracht, was auf eine Person des vorliegenden Samples zutraf. Die der I. Klasse konnten eine eigene Pflegeperson zur Verfügung gestellt bekommen und wohnten getrennt von den anderen. Die in unserem Fall 37 Patientinnen der III. Klasse wurden als „Klassenkranke“ bezeichnet und je nach Geisteszustand in Zimmern mit mindestens sechs Personen untergebracht. Die 19 Patientinnen der IV. Verpflegungsklasse waren in Sälen platziert. Bei jener Gruppe, die keiner Kategorie angehörte, handelte es sich um „unheilbare[...], harmlose[...], ganz oder teilweise auf Rechnung der Armenbehörden verpflegte[...] Geisteskranke[...]“, zu denen die restlichen drei Personen zählten.¹⁵⁷

Tabelle 3: Verpflegungsklasse

Verpflegungsklasse	Anzahl	%
I	1	1,7
II	0	0,0
III	37	61,7
IV	19	31,7
k. A.	3	5,0

¹⁵⁶ Nolte, Hysterie, 52f.

¹⁵⁷ Statut. In: Gabriel, Gesundheitsstandort, 234.

Aus Tabelle 4 wird ersichtlich, in welcher Wohnsituation sich die Hysterikerinnen vor ihrer Aufnahme befanden, und es lässt sich auf soziale Konflikte im näheren Umfeld schließen. 12 Personen lebten beim Dienstgeber, 20 bei der Familie bzw. Verwandtschaft, acht von zehn verheirateten Frauen lebten mit dem Gatten, eine bei der Mutter und eine ist ohne Angabe verzeichnet. Bei 12 Patientinnen wurde zwar ein Wohnort angegeben, jedoch nicht deren Wohnsituation. Bei Weickmann macht der Anteil der Patientinnen, die bei Familie bzw. Verwandtschaft lebten, gute 31% aus, also einen ähnlich hohen Anteil. Hingegen waren es dort 33,9% die mit ihrem Ehemann und evtl. Kindern zusammenlebten.¹⁵⁸ In Wien traf dies auf nicht mehr als 13,3% zu, zumal nur 10 Frauen verheiratet waren.

Tabelle 4: Wohnsituation

Wohnsituation	Anzahl	%
Wien, bei Familie/Verwandtschaft	20	33,3
Wien, ohne Angabe mit wem	12	20,0
Wien, beim Dienstgeber/Dienstgeberin	12	20,0
Wien, mit Gatten	8	13,3
k. A.	2	3,3
Wien, Obdachlosenheim	1	1,7
Landesgericht Wien	1	1,7
Niederösterreich	1	1,7
Sanatorium	1	1,7
ohne Unterstand – obdachlos	1	1,7
Triest	1	1,7

Aus Tabelle 5 wird ersichtlich, dass die meisten Hysterikerinnen (66,6%) zwischen 14 und 30 Jahre alt waren als sie in die NLHPA aufgenommen wurden. Davon befanden sich vier Patientinnen im Alter von 14 bis 16 Jahren, die restlichen 16 Frauen waren zwischen 17 und 20 Jahre alt. Demzufolge ist davon auszugehen, dass das Krankheitsbild vorwiegend jungen Frauen zugeschrieben wurde. Immerhin machte der Anteil bei den 31-40-jährigen 20% aus. Im Alter von 51 bis 80 Jahren waren es nur drei Frauen, die sich wegen Hysterie in der NLHPA in Behandlung befanden. Von 1918 bis 1924 waren von den 60 erfassten Hysterikerinnen 86,6% zwischen 14 und 40 Jahre alt. Dorion Weickmann stieß in ihren Analysen bei den Hysterikerinnen im Alter von 20 bis 40 auf knapp 70%.

¹⁵⁸ Weickmann, Rebellion, 168.

Tabelle 5: Alter

Alter	Anzahl	%
14–20	20	33,3
21–30	20	33,3
31–40	12	20,0
41–50	5	8,3
51–60	1	1,7
61–70	1	1,7
71–80	1	1,7

5.2 Von der Aufnahme bis zur Entlassung

86,7%, somit der Großteil der Patientinnen, wurde vom Beobachtungszimmer des Allgemeinen Krankenhauses Wien überwiesen. Nur 10% wurden direkt aufgenommen. Dieser Auswertung zufolge erkennt man deutlich, wie ein Einweisungsverfahren vonstattenging. Über das Allgemeine Krankenhaus wurden Hysterikerinnen an die Heil- und Pflegeanstalten weiter verwiesen. Bei Weickmann wurden 34,8% von der Familie eingewiesen, 10,7% durch Fremde, 14,3% von selbst und 9,8% durch die Rechtspflege.¹⁵⁹ Nur eine Person wurde vom Landesgericht in die NLHPA überwiesen.

Tabelle 6: Einlieferungsmodus

Einweisung durch	Anzahl	%
BZ (Beobachtungszimmer AKH Wien)	52	86,7
direkte Aufnahme	6	10,0
andere ‚Irrenanstalt‘	1	1,7
k. A.	1	1,7

Im Paragraph „Aufnahme der Kranken“ des Statuts ist das Procedere der Aufnahme in die NLHPA genauestens verzeichnet. In der Regel benötigte die Patientin neben anderen Formalien ein Krankenzeugnis von einem Arzt mit dem Vermerk einer ausdrücklichen Aufnahme in die ‚Irrenanstalt‘. Anderenfalls war eine Überweisung einer anderen öffentlichen Institution bzw. einer Armenbehörde notwendig. Um eine Aufnahme in die Anstalt konnten Privatpersonen, Gemeinden oder andere Behörden ansuchen. Ein freiwilliger Eintritt bedurfte der Volljährigkeit der Patientin sowie der Unterzeichnung eines Formulars über die freiwillige Aufnahme in die Anstalt.¹⁶⁰ Zum

¹⁵⁹ Ebd., 170.

¹⁶⁰ Statut. In: Gabriel, Gesundheitsstandort, 229–234.

Zeitpunkt der Aufnahme musste jedoch auch schon die Bezahlung des Aufenthaltes gewährleistet sein. Diese konnte ganz oder teilweise von der Patientin übernommen werden, von deren Angehörigen bzw. von Gemeinden und anderen öffentlichen Institutionen, falls sie laut Gesetz dazu verpflichtet waren bzw. von „Behörden und Parteien“ mit besonderen Vereinbarungen oder, falls nichts davon zutraf, von den Heimatländern.¹⁶¹

Für 46 der 60 Patientinnen war es der erste Aufenthalt in der NLHPA, 14 waren bereits ein zweites bis viertes Mal in dortiger Behandlung. Bei den 46 Patientinnen könnte es jedoch möglich sein, dass sie vorher bereits in einer anderen ‚Irrenanstalt‘ in Behandlung waren. Dies geht aus dem Eingangsformular nicht hervor, außer die Patientin wurde von einer solchen direkt hierher überwiesen, was laut Tabelle 7 auf eine Person zutraf.

Tabelle 7: Anzahl der Aufenthalte NLHPA

Aufenthalt	Anzahl	%
1. Aufenthalt	46	76,7
2. Aufenthalt	9	15,0
3. Aufenthalt	4	6,7
4. Aufenthalt	1	1,7

Der Aufenthalt in der Wiener Anstalt variierte bei den 60 Patientinnen zwischen einem Tag und ca. 3,5 Jahren. Bei 56,7%, also mehr als der Hälfte der Patientinnen, belief sich der Aufenthalt auf 20 Tage bis zu ein halbes Jahr. Weickmanns Analysen zufolge befanden sich 2,7% bis zu 7 Tage, 19,6% einen Zeitraum von 8 bis 28 Tagen, 47,3% 29 bis zu ein Jahr in Behandlung. Fast ein Drittel (30,4%) der Patientinnen waren mehr als ein Jahr in Behandlung.¹⁶² Der letzte Prozentsatz unterscheidet sich von den Ergebnissen der NLHPA außergewöhnlich, da dort nur zwei Patientinnen länger als ein Jahr in Behandlung waren.

¹⁶¹ Ebd., 225.

¹⁶² Weickmann, Rebellion, 171.

Tabelle 8: Aufenthaltsdauer NLHPA

Zeitraum	Anzahl	%
1–9 Tage	8	13,3
10–19 Tage	11	18,3
20–39 Tage	16	26,7
1,5 Monate–0,5 Jahre	18	30
0,5 Jahre–1 Jahr	4	6,7
3 Jahre, 3 Monate, 18 Tage	1	1,7
9 Jahre, 11 Monate, 14 Tage	1	1,7
k. A.	1	1,7

Ein Großteil der Patientinnen der NLHPA wurde vom Beobachtungszimmer (BZ) des Allgemeinen Krankenhauses Wien überwiesen. Dort verweilten die Patientinnen zumeist nur kurze Zeit, in 68,3% wurden sie nach 28 Tagen weiter verwiesen. Nur vier Patientinnen blieben länger als einen Monat im BZ, die maximale Dauer betrug sieben Monate. Da diese Aufenthaltsdauer sich deutlich von den anderen unterscheidet, könnte es sein, dass es sich dabei um interessante und komplexe Fälle handelte.

Tabelle 9: Aufenthaltsdauer BZ im AKH

Zeitraum	Anzahl	%
1–9 Tage	36	60
10–28 Tage	11	18,3
1 Monat, 26 Tage	1	1,7
2 Monate, 24 Tage	1	1,7
3 Monate, 5 Tage	1	1,7
7 Monate, 8 Tage	1	1,7
andere ‚Irrenanstalt‘ oder direkte Aufnahme	6	10,0
k. A.	3	5,0

Laut Tabelle 10 wurden 38,3 % der Patientinnen als geheilt entlassen. Ein hoher Prozentsatz ging in häusliche Pflege und acht Personen wurden in eine andere ‚Irrenanstalt‘ transferiert. Weickmanns Analysen zufolge wurden 46,4 % als geheilt entlassen und 32,1 % als nicht geheilt.¹⁶³ Laut §34 des Statuts der NLHPA wurden geheilte Kranke unverzüglich aus der Anstalt entlassen. Unheilbare Kranke, die als gemeingefährlich eingestuft waren, wurden erst nach Ausstellung eines Reverses freigestellt, wodurch die Beaufsichtigung und Pflege von Seiten der Angehörigen bzw. die Transferierung in eine andere Anstalt gesichert werden sollte. Außerdem konnten zahlende, nicht gemeingefährliche Patientinnen aus der Anstalt entfernt werden, falls sie nicht mehr zahlungsfähig waren. Patientinnen, die als unheilbar eingestuft wurden, aber

¹⁶³ Ebd., 172.

nicht die Gesellschaft gefährdeten, konnten ebenfalls entlassen werden. Weiters wurden Fälle von „Geistessieche“ entlassen, wenn die Anstalt überfüllt war bzw. wenn deren zahlende Institution die Kosten des Aufenthaltes nicht mehr trug. Außerdem wurden Kranke entlassen, die keine Pflege mehr benötigten.¹⁶⁴

Tabelle 10: Entlassung

Entlassungsgrund	Anzahl	%
geheilt	23	38,3
in häusliche bzw. fürsorgliche Pflege	14	23,3
in eine andere ‚Irrenanstalt‘ transferiert	8	13,3
nach §34	8	13,3
gegen Revers	3	5,0
gestorben	2	3,3
geheilt mit Defekt	1	1,7
k. A.	1	1,7

5.3 Diagnose und Ätiologie

Nach dem anstaltsinternen Codesystem wurde die offizielle Diagnose der NLHPA für Hysterie mit römisch „XI“ angegeben. 81,7% der Fälle erhielten diese Diagnose, in den verbleibenden Fällen wurde eine zweite Diagnose hinzugefügt. Diese Vermischung von Krankheitsdiagnosen zeigt die Unschärfe des Krankheitsbildes auf. Laut Showalter wurde die Hysterie oftmals als „Verlegenheitsdiagnose“ verwendet.¹⁶⁵ Der offiziellen Diagnose wurde in der NLHPA eine klinische Diagnose angefügt. Um nur einige Bezeichnungen anzuführen, sind folgende genannt: degenerative Persönlichkeit mit hysterischen Zügen, Hysterie mit Anfällen und Ausnahmezuständen, hysterische Psychose mit Depression, psychopathische Persönlichkeit mit Neigung zu hysteriformen Anfällen und Ausnahmezuständen, psychopathische Minderwertigkeit mit depressiv-paranoiden Zügen, hysterische Erregungszustände, degenerative Hysterie, hysterische Psychose, hysterische Halluzinationen bei Debilität, hysterische Geistesstörung, Hysterie / Krämpfe / Verstimmung.

¹⁶⁴ Statut. In: Gabriel, Gesundheitsstandort, 244f.

¹⁶⁵ Showalter, Hystorien, 28.

Tabelle 11: Krankheitsbild

Offizielle Diagnose	Anzahl	%		Krankheitsbezeichnungen
XI	49	81,7		
XI/II	4	6,7	II	Imbecilität
XI/III	4	6,7	VI	Paranoia
XI/(II)	1	1,7	III	Melancholie
XI/VI	1	1,7	IX	Paralysis progressiva
XI/9	1	1,7	XI	Hysterie

Tabelle 12 listet die medizinischen Ursachen für die Erkrankung aus der Sicht der Ärzte auf. Es sind Angaben über das Vorkommen von psychischen Störungen in der Familie bzw. in der Verwandtschaft enthalten. In einem weiteren Feld wurden sonstige Ursachen für die Erkrankung angegeben. Diese waren in der Hälfte der Fälle durch Anlage bestimmt, zumeist in Kombination mit anderen Ursachen, wie etwa Sorgen, psychisches Trauma, Kopftrauma, schlichte häusliche Verhältnisse und Haft. Daneben seien auch andere Erkrankungen, wie etwa die Spanische Grippe, Typhus und Epilepsie ausschlaggebend sowie Abtreibung und Migräne. Weickmann führt als Disposition der Erkrankung in 40,2% der Fälle Erbllichkeit an, in 59,8% ihrer Fälle gibt es keine Angabe. Als Ursache seien laut ihrer Studie in 28,6% der Fälle das Sexualorgan, in 0,9% andere Organe, in 1,8% Simulation, in 7,1% Schock, Trauma, in 25% Psyche, in 8% Autodestruktion und in 17% Geisteskrankheit maßgeblich, 11,6% sind ohne Angabe.¹⁶⁶

Tabelle 12: Ätiologie – Heredität

Ätiologie – Heredität	Anzahl	%
k. A.	35	58,3
Familie geisteskrank bzw. nervös	10	16,7
unleserlich	4	6,7
nervöse Anlage	2	3,3
frühe Säuerin	1	1,7
Vater Suizid	1	1,7
Vater Potator, Bruder Suizidversuch	1	1,7
Cousine an Epilepsie gestorben	1	1,7
Vater Suizid, Mutter manische Verstimmung	1	1,7
Mutter leidet an Krämpfen	1	1,7
Vetter Epileptiker	1	1,7
körperliche Degenerationsmerkmale in Familie	1	1,7
Vater Potator	1	1,7

¹⁶⁶ Weickmann, Rebellion, 170.

5.4 Resümee

Aufgrund der Analyse kann festgestellt werden, dass in der NLHPA eine ‚typische‘ hysterische Klientel vorhanden war. Bei den Patientinnen handelte es sich überwiegend um ledige Frauen (76,7%), im Alter von 14 bis 30 Jahren (66,6%), die der klein- und unterbürgerlichen Gesellschaftsschicht angehörten. Deren Eingliederung hauptsächlich in die III. (61,7%) und IV. Verpflegungsstufe (31,7%) impliziert ihre Unterbringung in mindestens Sechsbettzimmern oder Sälen. Der größte Teil der Patientinnen lebte in der Familie, Verwandtschaft oder mit dem Gatten (46,6%) und 20% waren beim Dienstgeber untergebracht. Bei einem hohen Prozentsatz (86,7%) ging die Überweisung vom Beobachtungszimmer des Allgemeinen Krankenhauses Wien aus. Im Beobachtungszimmer blieben die Patientinnen zumeist eine kurze Zeitspanne, bei 60% waren es gerade mal ein bis neun Tage. Bei 76,7% war es der erste Aufenthalt in der NLHPA. Der Aufenthalt dort variierte unterschiedlich, belief sich bei 56,7%, also mehr als der Hälfte der Patientinnen auf 20 Tage bis zu einem halben Jahr. 38,3% der Patientinnen wurden als geheilt entlassen. Weitere 43,3% wurden zwar entlassen, aber sie werden nicht eindeutig als geheilt ausgewiesen. Bei 81,7% der Patientinnen wurde das Krankheitsbild Hysterie als alleinige Diagnose ausgewiesen. Als Ätiologie wurde in 35,3% der Fälle eine hereditäre Herkunft angeführt, während in 58,3% der Fälle dazu keine Angaben gemacht wurden. Bei mehr als der Hälfte der Patientinnen (55%) wurde Anlage als sonstige medizinische Ursache angeführt.

6 Weiblichkeits- und Mütterlichkeitsideal

6.1 Weiblicher Geschlechtscharakter und Kleinfamilie

Im 19. Jahrhundert hatte sich das Ideal der bürgerlichen Kleinfamilie durchgesetzt, in dem der Mann sich fast alle Bereiche des öffentlichen Lebens und viele des privaten einverleibte. Die Rolle der Frau innerhalb der Familie war geprägt von ihrer Abhängigkeit vom Mann. Familie und Haushalt waren von der mütterlichen Liebe geprägt, außerhalb herrschten jedoch männliche Strukturen vor. Da die Rolle der Frau auf den Haushalt beschränkt war, verlor sie im öffentlichen Raum Einfluss und büßte ihren gesellschaftlichen Wert ein. Vermögen und Besitz gehörten meist dem Mann, Frau und Kinder galten als Zeichen seines Wohlstands. Die wenigsten bürgerlichen Frauen konnten einen Beruf ausüben, noch kam ihnen eine Ausbildung zugute.¹⁶⁷ Die Frau repräsentierte den Wohlstand und Ansehen des Haushaltes, demnach wurde ihr Bildung nur insofern zugestanden, als dass sie diese Funktionen zur Zufriedenheit erfüllen sollte. Geistige Tätigkeit, die über diese Rolle hinausging, sah man als unvereinbar mit dem weiblichen Geschlechtscharakter.¹⁶⁸

Bei der Formierung dieses Familienideals spielte die Festlegung der seit der Aufklärung verbreiteten „Geschlechtscharaktere“ eine große Rolle.¹⁶⁹ Dieses Modell bildete sich im letzten Drittel des 18. Jahrhunderts aus und entfaltete bis zur zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts seine Wirkung. Gestützt wurde das Modell von den Wissenschaften wie etwa von Medizin, Anthropologie, Psychologie und Psychoanalyse.¹⁷⁰ Wie Ruth Waldeck anmerkt, wurde diese Ordnung soweit in den Körper eingeschrieben und

¹⁶⁷ Schaps, *Hysterie*, 120–122.

¹⁶⁸ Konstanze Mittendorfer, Häuslich und glänzend – die Biedermeierin. In: Elisabeth Vavra (Hg.), *Aufmüßig & angepaßt. Frauenleben in Österreich*. (Katalog des Niederösterreichischen Landesmuseums N. F. 419, Wien/Köln/Weimar 1998) 85–100, hier 92.

¹⁶⁹ Weickmann, *Rebellion*, 65.

¹⁷⁰ Karin Hausen, Die Polarisierung der „Geschlechtscharaktere“ – Eine Spiegelung der Dissoziation von Erwerbs- und Familienleben. In: Werner Conze (Hrsg.), *Sozialgeschichte der Familie in der Neuzeit Europas* (Industrielle Welt, Schriftenreihe des Arbeitskreises für moderne Sozialgeschichte 21, Stuttgart 1976) 363–393, hier 369.

verinnerlicht, dass eine Loslösung aus dieser gesellschaftlichen Ordnung sich als schwierig erwies.¹⁷¹

Festgelegt wurden die Geschlechtscharaktere durch „Biologie, Bestimmung und Wesen“.¹⁷² Der Körper des Mannes wurde als Norm definiert und jener der Frau als ‚Abweichung‘ davon verstanden. Vom Körperbau und den einzelnen Körperteilen, den Muskeln bis hin zum Gehirn und den Nerven wurde der Körper der Frau mit jenem des Mannes verglichen und daraus die gesellschaftliche Bestimmung abgeleitet.¹⁷³ „Die Seele wurde als Abbild, als Verlängerung der körperlichen Beschaffenheit verstanden.“¹⁷⁴ Dies bedeutete, dass dem Mann andere Charaktereigenschaften als der Frau zugewiesen wurden. Während der Mann durch seinen Körperbau als stark und mutig empfunden wurde, stelle die Frau den Kontrapart einer zarten und zerbrechlichen Person dar. Ersterer sollte demnach den produktiven und seiner Rechte bewussten Part spielen, zweitere sollte für das Gemüt ihres Mannes sorgen und wurde als sein Besitz empfunden. Durch die ‚naturbedingte‘ Festlegung des Geschlechtscharakters, nämlich der biologischen Begründung, wurde der Gegensatz zwischen Mann und Frau bekräftigt.¹⁷⁵ Wie Hausen erläutert, wurde die Bestimmung der Frau auf den privaten Raum beschränkt, während dem Mann der Platz im öffentlichen Leben zugestanden wurde. Er zeichne sich durch „Aktivität und Rationalität“ aus, während sie von „Passivität und Emotionalität“ geprägt sei. Ihre Passivität sei ausgedrückt durch Schwäche, Ergebung, Hingebung, Wankelmut, Bescheidenheit, ihr Sein charakterisiert als abhängig, betriebsam, emsig, bewahrend, empfangend und durch Selbstverleugnung, Anpassung, Liebe, Güte, Sympathie ausgezeichnet, sowie ihre Emotionalität durchzogen von Gefühl, Gemüt, Empfindung, Empfänglichkeit, Rezeptivität, Religiosität, Verstehen. Als Tugenden wurden ihr Schamhaftigkeit, Keuschheit, Schicklichkeit, Liebenswürdigkeit, Taktgefühl, Verschönerungsgabe, Anmut und Schönheit zugerechnet. Anders als der Mann, dessen Tugend sich durch Würde äußere.¹⁷⁶

¹⁷¹ Ruth Waldeck, Zur Produktion des „schwachen Geschlechts“. In: Jutta Sippel-Süsse (Red.), Körper Krankheit und Kultur (Ethnopschoanalyse 3, Frankfurt am Main 1993) 198–213, hier 212.

¹⁷² Hausen, Geschlechtscharaktere, 367.

¹⁷³ Claudia Honegger, Die Ordnung der Geschlechter. Die Wissenschaften vom Menschen und das Weib 1750–1850 (Frankfurt/New York 1991) 170–181.

¹⁷⁴ Weickmann, Rebellion, 66.

¹⁷⁵ Ebd., 66f.

¹⁷⁶ Hausen, Geschlechtscharaktere, 367f.

Die Zuschreibung von Eigenschaften grenzte die Rolle beider Geschlechter ein. Dadurch konnte von beiden Seiten nur ein gewisses Kontingent an Charakteren aufgenommen und ausgeübt werden. Die Frau dürfe somit nicht aktiv, der Mann im Gegenzug nicht passiv sein. Wie Ruth Waldeck es formuliert, hat der Mann und die Frau „[...] auf die Hälfte seiner Verhaltensmöglichkeiten und Wünsche verzichtet [...]“.¹⁷⁷ Infolgedessen übte der Mann Kontrolle aus,¹⁷⁸ die Frau hatte sich seinen Regeln zu unterwerfen. Diese waren geprägt von „körperlicher Unversehrtheit, Entsagung persönlicher Entfaltungsmöglichkeit, Sparsamkeit und Bescheidenheit [...] Mütterlichkeit und Sittenstrenge“.¹⁷⁹ Die Frau konnte zwischen der Akzeptanz dieser Regeln oder der Verweigerung wählen, wobei letzteres mit Problemen verbunden war.¹⁸⁰

Durch das Modell der Geschlechtscharaktere wurde das Familienideal gestärkt. Frau und Mann würden sich durch ihre Eigenschaften in der Ehe ergänzen und in einem Ganzen aufgehen. Es sei daher unumgänglich für einen Menschen alleine eine „harmonische Persönlichkeit zu entwickeln“.¹⁸¹ Vielmehr sei die Ergänzung notwendig und stelle das Ideal dar. Damit wurde die ‚natürliche‘ Rolle der Frau auf den privaten Bereich beschränkt, während jene des Mannes auf die Existenz im öffentlichen abzielte. Der Frau wurde der ‚sichere‘ Ort des Heimes zugestanden, dem Mann währenddessen das öffentliche Leben. Die Frau habe somit für das Gemüt des Mannes zu sorgen, wenn er von seiner Arbeit kommt, und sich um die Fürsorge der Kinder zu kümmern. Ihr wurden „spezielle[...] familiale[...] Qualitäten“ zugerechnet.¹⁸² Die Familie wurde zum Ort der Zuflucht, der sich gegen außen abschottete und innerhalb dessen die familiäre Liebe walten sollte. Die Tätigkeit der Frau innerhalb der Familie wurde ihr nicht als Arbeit anerkannt, sondern sei Teil ihrer ‚natürlichen‘ Bestimmung. Dadurch büßte sie gesellschaftliche Anerkennung ein.¹⁸³ Besonders deutlich erscheint diese Trennung zwischen Öffentlichkeit und Privatheit im Biedermeier. Einen besonderen Platz in der Häuslichkeit der bürgerlichen Dame nahm der Platz am Fenster ein. Dieser diene

¹⁷⁷ Waldeck, Produktion, 211.

¹⁷⁸ Ebd., 211.

¹⁷⁹ Schaps, Hysterie, 122.

¹⁸⁰ Ebd., 122f.

¹⁸¹ Hausen, Geschlechtscharaktere, 377.

¹⁸² Ebd., 377–381.

¹⁸³ Bettina Heintz, Claudia Honegger, Zum Strukturwandel weiblicher Widerstandsformen im 19. Jahrhundert. Vorbemerkung. In: Claudia Honegger, Bettina Heintz, Listen der Ohnmacht. Zum Strukturwandel weiblicher Widerstandsformen (Frankfurt am Main 1981) 7–68, hier 28–33.

sozusagen als Drehpunkt zwischen den beiden Lebensbereichen. Denn hier erschien sie zwar geschützt hinter dem Fenster, behütet als Juwel. Dennoch konnte sie am öffentlichen Leben teilhaben, indem sie einem Passanten und auch den Vorgängen in den Straßen in direktem, zwar distanzierendem Kontakt, gegenüberstand.¹⁸⁴

Der weibliche Wirkungsbereich in Familie und Haushalt rückte die Mutterschaft in den Mittelpunkt. Solcherart wurde das Frauenideal als Modell der Geschlechtscharaktere von Generation zu Generation weitergegeben.¹⁸⁵ Gleichzeitig wurde die Nicht-Mutter diffamiert, die ‚schlechte‘ Mutter verurteilt und die ‚gute‘ Mutter zum Ideal erhoben. Wie Elisabeth Badinter aufzeigt, war der Übergang von der „Verantwortung zur Schuld“ ein geringer. Die verantwortungsvolle Ausführung des Mutterideals verankerte dieses Modell, die Verweigerung des Mutterideals zog Diffamierungen nach sich. Unter diesen Bedingungen zogen viele Frauen das Modell der ‚natürlichen‘ Erfüllung der Mutterschaft vor, um einer Ausgrenzung zu entgehen.¹⁸⁶

Mädchen wurden dahingehend getrimmt ihrer ‚natürlichen‘ Bestimmung nachzukommen. Reinheit spielte eine große Rolle – die äußere würde dabei eine innere ausstrahlen. So solle nicht nur eine Frau selbst von Reinheit zeugen, auch ihr Haushalt solle nach diesen Prinzipien geführt werden.¹⁸⁷ Nach Joachim Heinrich Campe (1746–1818) und Jean-Jacques Rousseau (1712–1778) sei die Sauberkeit oberstes Prinzip für die Frau, durch dessen Nichtbefolgung jeder Mann sich mit Ekel von ihr abwenden würde – und wie die beiden unterstreichen, zu Recht.¹⁸⁸ Wie Ankele erläutert, wurde dem Äußeren und der Kleidung ein besonderer Stellenwert zugemessen, an der ‚Abweichung‘ von dieser bürgerlichen Norm wurden auch die psychiatrischen Patientinnen gemessen. Häufig beklagten die Ärzte eine Vernachlässigung der Kleidung und zogen Rückschlüsse auf ein „chaotische[s] Seelenleben“. Besonders Hysterische würden durch auffallende Kleidung und Kurzhaarfrisuren hervorstechen, um damit

¹⁸⁴ Mittendorfer, Biedermeierin, 85f.

¹⁸⁵ Weickmann, Rebellion, 68f.

¹⁸⁶ Elisabeth Badinter, Die Mutterliebe. Geschichte eines Gefühls vom 17. Jahrhundert bis heute (München 1985), 189–191.

¹⁸⁷ Birgit Panke-Kochinke, Die anständige Frau. Konzeption und Umsetzung bürgerlicher Moral im 18. und 19. Jahrhundert (Frauen in Geschichte und Gesellschaft 31, Pfaffenweiler 1991) 8.

¹⁸⁸ Pia Schmid, Sauber und schwach, stark und stillend. Der weibliche Körper im pädagogischen Diskurs der beginnenden Moderne. In: Farideh Akashe-Böhme, Von der Auffälligkeit des Leibes (Frankfurt am Main 1995) 55–79, hier 58f.

aufzufallen.¹⁸⁹ Susanne Regener stellt fest, dass besonders Kleidung, Miene und Frisur bei psychiatrischen Patienten und Patientinnen eine Rolle spielten und bei der Diagnostizierung zu ihrer ‚Abnormität‘ beitrugen. Durch photographische Dokumentationen des Erscheinungsbildes vor und nach dem Aufenthalt in einer Klinik, werden laut Regener, die Normierungsbestrebungen deutlich erkennbar.¹⁹⁰

Das gegensätzliche Geschlechtermodell verstärkte und fundierte sich während der Aufklärung, die gekennzeichnet war vom Aufreißen der Standeskategorien.¹⁹¹ Man begann sich, anders als vorher, mit den körperlichen Unterschieden zwischen Mann und Frau zu beschäftigen und es etablierte sich eine „weibliche Sonderanthropologie“, die nach der Wende zum 19. Jahrhundert an Eigendynamik gewann.¹⁹² Das vormals je nach Stand abgeleitete Männliche und Weibliche wurde zunehmend von einem Modell abgelöst, das den Geschlechtern verschiedene Charaktere zuwies, die sich ergänzen sollten. Die im Zug der Aufklärung entstandenen, veränderten und aufgerissenen Standeskategorien bedurften einer Neuorientierung der Geschlechterzuweisung. Geprägt war diese Zeit vom zunehmenden Einfluss des Bürgertums, von einem auf Bürokratie gestützten Verfassungsstaat, von der Entwicklung zum bürgerlichen Familienideal und vom Einzug der aus Leistung und Geld orientierten Produktion. Nach diesem die traditionelle Arbeits- und Lebenswelt betreffenden und die Geschlechterordnung in Frage stellenden Wandel schien das Modell der Geschlechtscharaktere als richtungsweisend und ideal, um die traditionelle Rolle der Frau und des Mannes zu festigen und die Frau in ihre Schranken zu weisen.¹⁹³ Ganz im Widerspruch zu den aufklärerischen Werten von Freiheit und Gleichheit entwickelte sich dabei die Position der Frau. Nur dem Mann, nicht aber der Frau wurden alle bürgerlichen Rechte zugestanden.¹⁹⁴ So wurde dem Emanzipationsbestreben der Frau entgegengewirkt, gleichzeitig ihre Rolle durch das Familienideal an die Ehe gebunden und ihre Abhängigkeit vom Mann gefestigt. Durch die Etablierung der

¹⁸⁹ Ankele, Alltag, 162–165.

¹⁹⁰ Susanne Regener, Die Pathologische Norm. Visualisierungen von Krankheit in der Psychiatrie. In: Gert Theile (Hg.), Anthropometrie. Zur Vorgeschichte des Menschen nach Maß (München 2005) 179–193, hier 184–190.

¹⁹¹ Weickmann, Rebellion, 66.

¹⁹² Honegger, Ordnung, 170.

¹⁹³ Weickmann, Rebellion, 66f.

¹⁹⁴ Renate Flich, Wider die Natur der Frau? Entstehungsgeschichte der höheren Mädchenschulen in Österreich (Frauenforschung 3, Wien 1996) 13.

Geschlechtscharaktere wurde die Position des Mannes gestärkt und sein Herrschaftsanspruch legitimiert.¹⁹⁵

6.2 Mütterlichkeitsideal

Im Zusammenhang mit dem Weiblichkeitsideal nimmt das „Mütterlichkeitsideal“ eine wesentliche Rolle ein. Christina von Braun zeigt auf, dass das natürliche Band zwischen Mutter und Kind vom „Logos“ der abendländischen Kultur zerstört und seit der Aufklärung durch ein neues, nämlich durch die vom „Logos“ erschaffene Natur, ersetzt wurde.¹⁹⁶

Im späten 18. und frühen 19. Jahrhundert hatte der Vater die Rolle des Erziehers und Lehrers der Kinder inne, die Mutter hingegen übte die Rolle der „Wärterin und Amme“ aus. Seinen Anweisungen hatte sie Folge zu leisten. Dieses Erziehungsmodell wurde ab 1800 von einem von Jean-Jacques Rousseau entwickelten Modell erweitert, das zwar die Position des Vaters als Oberhaupt nicht beeinträchtigte, aber den Aufgabenbereich der Frau erweiterte. Ihr sollte in Zukunft die Obhut über die Kinder übergeben werden, indem sie für sie sorgte und sie erzog.¹⁹⁷ Denn in der Anklage Rousseaus, besonders an die Frauen der Mittel- und Oberschicht, ihre Kinder kaum mehr selbst zu stillen, schwingt die Kritik, sich der ersten mütterlichen Pflicht zu entledigen, sich stattdessen zu vergnügen, was bis zur Weigerung von Fortpflanzung führen würde.¹⁹⁸

Diese neue Aufgabe sollte der Mutter anezogen werden. Vor allem im 19. Jahrhundert entwickelte eine Reihe von Pädagogen Umgangsformen, die die Mütter im Umgang mit ihren Kindern unterwiesen, ja sie sogar darüber belehrten, was sie zu fühlen hätten. Dies kam dem Ideal der selbstlos handelnden Mutter gleich. Das erschaffene Mütterlichkeitsideal verbreitete sich ausgehend von den höheren sozialen Schichten bis um 1900 in die unteren sozialen Schichten. Als ‚normal‘ und Maßstab galt die Kleinfamilie. Wie Braun meinte, trat anstelle des natürlichen Bandes zwischen Kind

¹⁹⁵ Hausen, Geschlechtscharaktere, 372–375.

¹⁹⁶ Braun, Nicht ich, 211–214.

¹⁹⁷ Yvonne Schütze, Mutterliebe – Vaterliebe. Elternrollen in der bürgerlichen Familie des 19. Jahrhunderts. In: Ute Frevert (Hg.), Bürgerinnen und Bürger, Geschlechterverhältnisse im 19. Jahrhundert (Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 77, Göttingen 1988) 118–133, hier 119–123.

¹⁹⁸ Schmid, Sauber, 57.

und Mutter ein neues Mutterideal, das zum Muttersein verpflichtete. „Es handelt sich vielmehr um ein vom Logos und nach seinen Gesetzen gestaltetes, von ihm vorgeschriebenes, Band.“¹⁹⁹ Im 20. Jahrhundert setzte sich diese Entwicklung fort, jedoch sollte man nun den eigenen Mutterinstinkten vertrauen und sich nicht durch Bücher beeinflussen lassen. Doch durch diesen bewussten Verzicht von Belehrungen wird erst ersichtlich, wie sehr dieses vom „Logos“ erschaffene Mutterideal und diese Beziehung zwischen Mutter und Kind einverleibt wurden. Die Mutter bewegte sich innerhalb der vom „Logos“ auferlegten Regeln, ohne sich dessen bewusst zu sein.²⁰⁰

Wie Schütze feststellt, wurde der Vater durch die eng geknüpfte Mutter-Kind Beziehung ausgeschlossen. Das Monopol von Mütterlichkeit wurde ihr zugeschrieben, während der Vater die Position inne hatte, der Respekt zu zollen war. Gefühlszüge von Seiten des Vaters waren hinsichtlich seines Kindes verpönt, einzig durch Zorn äußerte sich seine Gefühlslage. Durch diese entgegengesetzten Geschlechtscharaktere, ausgedrückt durch das Mütterlichkeitsideal und die nüchterne Position des Vaters, sollte die Einheit der Familie gewahrt werden. Frau und Mann sollten sich ergänzen und als ‚sicheres‘ Konstrukt gegen die äußere Welt wirken. Wie Schütze anmerkt, sei eben dies nicht gelungen, vielmehr wurde durch diese Polarisierung die Familie gesprengt, da die Beziehungsebene nur zwischen Mutter und Kind, nicht aber zwischen Vater und Kind gegeben war.²⁰¹ Besonders durch Freuds²⁰² Entdeckung des Unbewussten und der Psychoanalyse wurden das von Rousseau propagierte Familienideal und die Festlegung der Frau als Mutter noch einmal verfestigt. So sei die Mutter durch ihre Erziehung verantwortlich für die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes. Bei eventuellen Störungen wurde ihre Rolle angezweifelt. Durch diese Theorien verfestigte sich das Bild der ‚normalen‘ Mutter; eine Norm wurde geschaffen, an deren Anlehnung die Frau eines ‚glücklichen‘ Lebens sicher sein dürfe.²⁰³

Außerdem merkt Smith-Rosenberg an, dass von der ‚idealen‘ Mutter Eigenschaften abverlangt wurden, die sich ganz im Widerspruch zum weiblichen Geschlechtscharakter

¹⁹⁹ Braun, Nicht ich, 215.

²⁰⁰ Ebd., 211–220.

²⁰¹ Schütze, Mutterliebe, 125– 131.

²⁰² Näheres zu seinem Leben und Werken siehe Alma Kreuter, Deutschsprachige Neurologen und Psychiater. Ein biographisch-bibliographisches Lexikon von den Vorläufern bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts Bd. 1 (München 1996) Freud; Sigmund, 388– 393.

²⁰³ Badinter, Mutterliebe, 237– 239.

befanden. Die ‚ideale‘ Mutter solle durch Stärke und Tüchtigkeit ihre Familie umsorgen und den Haushalt managen. Frauen, die im Sinne der Geschlechtscharaktere erzogen wurden, hatten mit Eintritt in die Ehe mit diesen diskrepanten Anforderungen zu kämpfen. Dies äußerte sich dann oft mittels der Hysterie.²⁰⁴ „Die Realitäten des Erwachsenenlebens gestatteten ihnen nicht länger, die Rolle des schwachen, feinfühligem und abhängigen Kindes auszubauen oder auszunutzen.“²⁰⁵

6.3 Weibliche Sexualität und Ehe

Um 1900 existierten zwei widersprüchliche Modelle des Sexualtriebs der Frau. Die Mediziner schrieben der Frau einerseits eine ‚schwach‘ ausgeprägte Libido als ‚natürlich‘ zu und andererseits einen ‚übermäßigen‘ Sexualtrieb.²⁰⁶ Der Sexualwissenschaftler Richard von Krafft-Ebing (1840–1902)²⁰⁷ knüpfte seine Äußerungen zum ‚schwach‘ ausgeprägten Sexualtrieb an eine „Kulturthese“. Sonach sei das sexuelle Verlangen der Frau ‚gering‘, wenn sie dahingehend erzogen sein würde. Die bürgerliche Frau, die ‚geringeren‘ sexuellen Genuss als der Mann verlange, stelle das bürgerliche Ideal dar, da sie triebunterdrückend und tugendhaft sei.²⁰⁸ „Das sinnliche Verlangen sei ‚gering‘, wenn die Frau ‚geistig normal entwickelt und wohlgezogen‘ sei [...]“²⁰⁹ Der Sexualforscher Havelock Ellis (1859–1939) hingegen betrachtete die Frau im Gesamten als ein von Lust durchdrungenes Wesen, ihr ganzer Körper sei lustempfänglich. Diese Diskrepanz hinsichtlich des Sexualempfindens wird besonders im Krankheitsbild der Hysterie deutlich. Zum einen galt die Hysterikerin als ‚frigide‘ mit ‚extrem schwach‘ ausgeprägter Libido, zum anderen als ‚nymphoman‘ und war somit Ausdruck des ‚übersteigerten‘ sexuellen Verlangens.²¹⁰

²⁰⁴ Carroll Smith-Rosenberg, Weibliche Hysterie. Geschlechterrollen und Rollenkonflikt in der amerikanischen Familie des 19. Jahrhunderts. In: Claudia Honegger und Bettina Heintz, Listen der Ohnmacht. Zum Strukturwandel weiblicher Widerstandsformen (Frankfurt am Main 1981) 276–300, hier 278f.

²⁰⁵ Ebd., 279.

²⁰⁶ Schaps, Hysterie, 76f.

²⁰⁷ Näheres zu seinem Leben und Werken siehe Alma Kreuter, Deutschsprachige Neurologen und Psychiater. Ein biographisch-bibliographisches Lexikon von den Vorläufern bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts Bd. 2 (München 1996) von Krafft-Ebing, Richard, 766– 774.

²⁰⁸ Lamott, Frau, 86.

²⁰⁹ Richard von Krafft-Ebing, Psychopathia Sexualis. Mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung (Wien ¹⁴1912) 13. Zitiert nach Lamott, Frau, 86.

²¹⁰ Braun, Nicht ich, 184f.

Die Kontrolle über die weibliche Sexualität wurde seit der Industrialisierung und der Entdeckung des Menschen als Wirtschaftsfaktor vom Staat mit gestiegenem Interesse verfolgt. Die Fortpflanzung solle demnach gelenkt und beherrscht werden.²¹¹ Der Staat befürwortete die Sexualität innerhalb der Ehe, ausgerichtet auf die Fortpflanzung, um damit die Kosten für das Gemeinwesen gering zu halten. Dies sei gewährleistet durch eheliche Kinder, für deren Existenz gesorgt sei. Außerdem war der Staat interessiert, arbeitstüchtige Bürger heranzuziehen. Dies gelinge innerhalb der Ehe ‚besser‘ als in einer anderen Form und würde die Kinder zu moralisch gesinnten Bürgern formen.²¹² Sexualität sei innerhalb der Ehe akzeptabel, während alle anderen Formen der Sexualität dadurch entlegitimiert wurden.²¹³ Als Norm für die Sexualität wurde der Mann herangezogen. Als ‚Abweichungen‘ fand man neben der/dem Homosexuellen die/den perverse/n, jüdische/n oder hysterisch Sexuelle/n. In all diesen Formen würde sich ein Trieb ausdrücken, der krank sei bzw. eine Krankheit herbeiführe.²¹⁴ Krafft-Ebing schuf mit seiner „Psychopathia Sexualis“ ein Werk, in dem Sexualität und Geisteskrankheit in Verbindung gebracht wurden.²¹⁵ Sexualität, die nicht dem Zweck der Fortpflanzung diene, stelle eine sexuelle ‚Abweichung‘ dar und sei in eigenständige Krankheitsbildern zu klassifizieren.²¹⁶ Eingereiht wurden die sexuellen ‚Anomalien‘ in die Degenerationslehre. Durch diese Kategorisierung gelang es die vorherrschenden Geschlechterverhältnisse aufrechtzuerhalten und die Heterosexualität als einzig akzeptable Form zu definieren.²¹⁷ Die Sexualität spielte bei der Festsetzung der Geschlechtscharaktere eine zentrale Rolle. Die Eigenschaften eines Mannes und einer Frau seien aus ihrer Sexualität abzulesen und ‚naturbedingt‘ festgelegt. Diese Zuschreibungen blieben bis weit ins 20. Jahrhundert hinein aufrecht.²¹⁸

²¹¹ Weickmann, *Rebellion*, 70.

²¹² Isabel V. Hull, ‚Sexualität‘ und bürgerliche Gesellschaft. In: Ute Frevert (Hg.), *Bürgerinnen und Bürger, Geschlechterverhältnisse im 19. Jahrhundert* (Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 77, Göttingen 1988) 49–66, hier 51–54.

²¹³ Weickmann, *Rebellion*, 70.

²¹⁴ Franz X. Eder, „Durchtränktsein mit Geschlechtlichkeit“. Zur Konstruktion der bürgerlichen Geschlechterdifferenz im wissenschaftlichen Diskurs über die „Sexualität“ (18.–19. Jahrhundert). In: Margret Friedrich, Peter Urbanitsch (Hg.), *Von Bürgern und ihren Frauen* (Bürgertum in der Habsburgermonarchie 5, Wien/Köln/Weimar 1996) 25–47, hier 29.

²¹⁵ Katrin Schmersahl, *Medizin und Geschlecht. Zur Konstruktion der Kategorie Geschlecht im medizinischen Diskurs des 19. Jahrhunderts* (Sozialwissenschaftliche Studien 36, Opladen 1998) 41f.

²¹⁶ Schaps, *Hysterie*, 75.

²¹⁷ Schmersahl, *Medizin*, 100–102.

²¹⁸ Eder, *Geschlechtlichkeit*, 29f.

Mithilfe des Sexualempfindens sei auch die Machtverteilung in der Familie zugunsten des Mannes legitimiert, so sei die Frau, ob mit einem ‚schwachen‘ oder ‚starken‘ Sexualtrieb versehen, kein Subjekt und deshalb sei es legitim über sie zu bestimmen und sie zu kontrollieren.²¹⁹ Dem Mann wurde die aktive Rolle zugestanden, während der Frau jene passive zuteil wurde. Aufgrund ihrer ‚angeblichen‘ Schwäche und zum Schutz vor dem ‚wollüstigen‘ Mann wurde die Jungfräulichkeit bis zur Ehe als Norm erkoren. Gleichzeitig war man der Annahme, die Frau sei ‚anfälliger‘ für sexuelle Leidenschaften. Durch diese Diskrepanz, in der die Frau einerseits des Schutzes bedürfe bzw. andererseits nicht berechenbar sei, verlieh man ihr kindhafte Züge. So sei die „domestizierte [...] Natur“ in der Ehe zu finden, in der Ausformung der ‚frigiden‘ Ehefrau, während die ‚wilde Natur‘ der ‚zügellosen‘ Prostituierten zuzuschreiben sei.²²⁰ Durch die Ehe und Mutterschaft konnte die Frau kontrolliert werden und somit ihre Sexualität, die in dieser Institution geformt werden konnte. Alles andere wurde als ‚abnorm‘ bezeichnet. Gültigkeit hatte dies allerdings nur für die Frau, eine tolerierte Doppelmoral für den Mann blieb durch die Prostitution erhalten.²²¹ Die ‚schwer zu beherrschende‘ Libido der Frau wurde argumentativ benutzt um sie aus dem öffentlichen Leben auszuschließen. Denn die „kulturkonstruktive“ Sexualität sei die männliche, die zwar triebgerichteter, aber auch leichter zu bändigen sei, während eine „kulturdekonstruktive Kraft“ von der Frau ausgehen würde, abgeleitet aus ihrem ‚schwachen‘ Wesen. Danach wurde mithilfe der Sexualität der jeweilige Raum definiert, in dem die Frau und der Mann agieren sollten. Im ‚ungezähmten und zügellosen Sexualtrieb‘ der Frau sah man wiederum das zerstörerische Potenzial ihrer Sexualität für die Gesellschaft. Im Rahmen der Ehe konnte diese kontrolliert werden.²²²

Die tugendhafte und sexuell normierte Frau würde laut Krafft-Ebing von einer ‚hohen‘ Kulturstufe zeugen. Die ungezähmte hingegen setzte er dem Primitiven gleich.²²³ Die ‚Natur‘ der Frau wurde in die Degenerationstheorie eingebettet, die den Mann auf die höchste Stufe setzte und vom Primitiven unterschied, zu dem die Frau und das Kind gerechnet wurden. Dabei nahmen die Theorien über die Verbindung Gehirn mit Geschlechtsorganen eine zentrale Rolle ein. Des Weiteren wurde unter Zuhilfenahme

²¹⁹ Weickmann, Rebellion, 70f.

²²⁰ Schaps, Hysterie, 122–124.

²²¹ Weickmann, Rebellion, 71.

²²² Schmersahl, Medizin, 71–74.

²²³ Ebd., 72–74.

von Schädelmessungen auf das Gehirnvolumen und deren Denkfähigkeit geschlossen. Laut diesen Messungen sei die Rationalität umso ‚höher‘, je größer das Kopfvolumen sei. Das ‚schwächere‘, weibliche Gehirn und seine Abhängigkeit von den Geschlechtsorganen würden eine ‚Gefahr‘ für die Gesellschaft darstellen.²²⁴ Dem Mann sei es möglich seine Sexualität und sein Geschlechtstrieb, kraft seiner geistigen Fähigkeiten, zu lenken. Er sei darauf ausgerichtet, den Fortbestand der Gattung zu sichern und nutze den Geschlechtstrieb, um ‚Höheres‘ zu erreichen. Ganz im Gegensatz zur Frau sei es ihm daher möglich, eine Trennung von Sexualitätstrieb und Liebe zu machen und demnach zwischen liebevollem Ehegatten und außerehelichem Sexualverkehr zu wechseln. Die ‚Gefahr‘ der Zerstörung, die von der Frau ausgehe, sei hingegen zu zügeln.

„Die Frau erscheint als Vampir, der dem Manne die höheren Lebenskräfte aus dem Leibe saugt, wie er sich durch Onanie selbst um dieselben bringt, als Gefäß von Trieben, welche entfesselt, geeignet sind, Mann und Männerstaat zu zerstören.“²²⁵

Laut dem Psychiater, Gerichtsmediziner und Kriminologen Cesare Lombroso (1836–1909) und seinem Schwiegersohn Guglielmo Ferrero wurde die Frau in unmittelbare Nähe zum Kriminellen gesetzt. Wenn erst einmal diese Neigung geweckt werde, zerstöre sie alles.²²⁶ Wie der Kriminologe Siegfried Weinberg 1907 postulierte, Sorge der Einfluss der Geschlechtsorgane und deren Veränderungen bei der Frau zu einer höheren Verbrecherrate.²²⁷

²²⁴ Eder, Geschlechtlichkeit, 38f.

²²⁵ Esther Fischer-Homberger, Krankheit Frau. Zur Geschichte der Einbildungen. (Sammlung Luchterhand 498, Darmstadt 1984) 110.

²²⁶ Ebd., 104–110.

²²⁷ Eder, Geschlechtlichkeit, 40.

6.4 ‚Körperliche und geistige‘ Schwäche der Frau

6.4.1 ‚Körperliche Schwäche‘ der Frau

Im 19. und beginnenden 20. Jahrhundert wurde die Frau zunehmend als krankhaft stigmatisiert. Aufgrund ihrer „körperlichen und geistigen Schwäche“²²⁸ sei sie ein ‚fehlerhaftes‘ Wesen. Diese Krankhaftigkeit drücke sich vor allem durch ihre Geschlechtsorgane und deren sogenannte Unregelmäßigkeiten aus. Durch diese ‚naturgewollten Abweichungen‘ – die immer im Vergleich zum Mann gesehen wurden – wurde die Rolle der Frau definiert. Sie sei das ‚schwache‘ Geschlecht.²²⁹

„Denn diese Krankheit ist ganz wesentlich naturgewollt und normal. Die Frau muß notwendig an ihrem Geschlecht leiden, menstruieren, schwanger werden, gebären, kindartig, unintellektuell, emotionell sein, sonst wäre sie keine Frau mehr und würde ihrer natürlichen Bestimmung als Gattin und Mutter nicht genügen können.“²³⁰

Dabei gingen die Mediziner vom Standpunkt aus, dass die Psyche der Frau in Abhängigkeit zu den Genitalien stehen würde, vor allem unter dem Einfluss von Uterus und Ovarien. Ausgehend von der medizinischen Theorie der „Spinal-Irritation“, die in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts vorherrschte, begriffen die Mediziner psychische Erkrankungen aufgrund einer Reizung der Nerven, die ausgelöst werden würde durch die weiblichen Genitalien. In der zweiten Jahrhunderthälfte dominierte die „Reflextheorie“, die auch von einer ‚Anomalität‘ im Geschlechtsapparat der Frau ausging. Jedoch würde dabei vor allem das Gehirn in Mitleidenschaft gezogen werden.²³¹

Eine Störung der Genitalien könne durch krankhafte Veränderungen ausgelöst werden, als auch durch „normale lebenszyklische“ Vorgänge.²³² Besonders während der Menstruation sei die Frau empfänglich für Erkrankungen. Man glaubte die Frau sei

²²⁸ Fischer-Homberger, Krankheit Frau, 92.

²²⁹ Ebd., 92f.

²³⁰ Ebd., 92.

²³¹ Eder, Geschlechtlichkeit, 36–38.

²³² Ebd., 37.

ihren Körpersekreten, Exkrementen und Ausdünstungen völlig ausgeliefert.²³³ Auch die Schwangerschaft stelle eine Gefährdung dar, wenn nicht genaueste ärztliche Anweisungen befolgt werden würden. So rückte die Fähigkeit, Kinder in die Welt zu bringen, zunehmend in die Sphäre einer ‚Schwäche‘ der Frau. Wie jedoch der Mediziner Max Runge (1849–1909) einräumte, sei die Frau in ihrer Tätigkeit als Mutter durchaus mit Energie beladen, bedürfe aber des häuslichen Schutzes, da sie immer ‚anfälliger‘ sei für Krankheiten, besonders bei Menstruation, Schwangerschaft und Geburt.²³⁴ Unregelmäßigkeiten bzw. Störungen während der Menstruation könnten zu Unfruchtbarkeit führen und das Klimakterium zu hysterischen Erscheinungen. Die Frau würde deshalb bis ins hohe Alter von ihren Sexualorganen beherrscht sein.²³⁵ Besonders zur Jahrhundertwende, als sich für die Frauen in Beruf und Ausbildung neue Möglichkeiten öffneten, warnten Ärzte vor Erkrankungen, Unfruchtbarkeit und den Untergang der Gesellschaft, der damit einhergehen würde.²³⁶

Durch die Abhängigkeit von ihren Genitalien sei die Frau, laut Meinung der Ärzte, ‚anfälliger‘ für die Hysterie als der Mann.²³⁷ Aus ihrer biologischen Beschaffenheit und aus ihrem ‚komplizierten‘ Sexualapparat heraus sei sie ‚zur Hysterie und zum periodischen Irresein prädisponiert‘.²³⁸

6.4.2 ‚Geistige Schwäche‘ der Frau

Neben der ‚naturgewollten körperlichen Unvollkommenheit‘ sei die Frau in ihrer Intelligenz ‚beeinträchtigt‘. Im Laufe des 19. Jahrhunderts trat die Zeugungsfähigkeit und die damit einhergehende Fortpflanzung in den Hintergrund und das Gehirn galt zunehmend als das wertvollste aller Organe. Die Vernunft wurde zum Ideal für die Ausübung einer sozial höheren Position in der Gesellschaft. Das Modell der Zeugungsfähigkeit, das dem Mann vormals seine Position in der Familie und in der

²³³ Beizer, Bodies, 40f.

²³⁴ Panke-Kochinke, Frau, 9–12.

²³⁵ Schaps, Hysterie, 74.

²³⁶ Elaine Showalter, The Female Malady. Women, Madness, and English Culture, 1830–1980 (London 1993) 121.

²³⁷ Ebd., 73f.

²³⁸ Schaps, Hysterie, 74.

Gesellschaft stärkte, wurde abgelöst durch das Modell der geistigen Überlegenheit als ausschlaggebend für die vorrangige Positionierung des Mannes.²³⁹

Eine solche Haltung wurde auch durch die Lehren des Naturforschers Charles Robert Darwin (1809–1882) gestützt. So sei der Mann dazu bestimmt, ‚Höheres‘ zu verfolgen als die Frau. Abgeleitet wurden seine geistigen Fähigkeiten aus der Natur der Tiere und Primaten.²⁴⁰ Darwin postulierte, dass sich beim Mann, als auch beim Tier, durch den Schutz und die ‚Jagd‘ der Frau, geistige Fähigkeiten herausgebildet hätten. Durchdrungen von Mut und Erfindungsgabe besäßen sie ein ‚größeres‘ Gehirn. Männlichkeit als auch Weiblichkeit würden sich durch Vererbung steigern. Da Männlichkeit verbunden war durch den Kampf um die Frau, wurde der Mann auf eine erhöhte Evolutionsstufe gesetzt. Frauen wurden assoziiert mit Passivität und Stillstand.²⁴¹ Sie wurden in die Nähe des Wilden und Unzivilisierten gestellt und als ‚rückständig‘ definiert.²⁴² Darwins Nachfolger sahen die Ursache für die ‚intellektuelle Unfähigkeit‘ der Frau in der Ausschöpfung ihrer Fortpflanzung. Dadurch und durch einen ‚schwachen‘ Zellstoffwechsel hätte sie keine Energie für geistige Leistungen.²⁴³

Der Neurologe und Psychiater Paul Julius Möbius (1853-1907)²⁴⁴ begründete den ‚stärkeren‘ Geschlechtstrieb des Mannes ebenfalls durch Verweis auf die Tierwelt, in der das Männchen sich durch Schönheit und Leidenschaft auszeichnen würde. Abgeleitet davon wurde die ‚mindere‘ Intelligenz der Frauen.²⁴⁵ Laut seinem Werk ‚Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes‘²⁴⁶ sei die ‚unintelligente‘ Frau erforderlich, um ihrer Bestimmung als Mutter nachzukommen. Geistige Tätigkeit würde ihre Fortpflanzungsorgane schwächen und deshalb sei davon abzusehen. Weiters sei diese nicht nur ‚atypisch‘ für die auf den Mutterberuf, sondern auch krankheitsfördernd.²⁴⁷ Von geistiger ‚Überlegenheit‘ des Mannes sprachen auch der

²³⁹ Fischer-Homberger, Krankheit Frau, 96–98.

²⁴⁰ Braun, Nicht ich, 177–180.

²⁴¹ Schmersahl, Medizin, 76.

²⁴² Ebd., 83f.

²⁴³ Showalter, Malady, 122.

²⁴⁴ Näheres zu seinem Leben und Werken siehe Alma Kreuter, Deutschsprachige Neurologen und Psychiater. Ein biographisch-bibliographisches Lexikon von den Vorläufern bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts Bd. 2 (München 1996) Möbius, Paul Julius, 970–973.

²⁴⁵ Braun, Nicht ich, 180.

²⁴⁶ Paul Julius Möbius, Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes (Halle ⁸1905, Faksimiledruck München 1977). Zitiert nach Duda, Bertha Pappenheim, 144.

²⁴⁷ Duda, Bertha Pappenheim, 124f.

Psychiater August Forel (1848–1931)²⁴⁸ und Otto Weininger (1880–1903). Das weibliche Wesen sei ausgerichtet Kinder zu zeugen und dem Ziel der Mutterschaft zu folgen. Um dieses zu erreichen, könne eine Frau in jungen Jahren ebenfalls von Intelligenz durchdrungen sein, wie Möbius erläutert, um eine Familie zu gründen und Kinder zu gebären und eventuelle Nebenbuhlerinnen aus dem Weg zu räumen.²⁴⁹

Lombroso leitete die ‚mindere‘ Intelligenz der Frauen von einem schwächeren Geschlechtstrieb ab. Er begründete dies anhand der Prostitution: Ganz im Gegensatz zum Mann würde die Frau diese nicht benötigen.²⁵⁰ Laut Lombroso und Ferrero sei der Mann aufgrund seiner geistigen Fähigkeit ‚qualifiziert‘, eine Frau zu erobern. Des Weiteren sei die Frau nicht fähig, eigene geistige Ideen zu entwickeln, sondern vielmehr dazu bestimmt, jene des Mannes weiter zu transportieren.²⁵¹

Mit den Theorien Freuds wurde die ‚Natur‘ der Frau durch tiefenpsychologische Argumente verfestigt. Für ihn stelle die Libido die Voraussetzung für geistige und kulturelle Tätigkeit dar. Laut Christina von Braun setzte Freud die Libido mit dem Mann gleich, wodurch eine Intelligenz fokussierende Frau männliche Eigenschaften anstreben würde. Durch diese und ähnliche Argumente wurde der Frau ihre „Kulturfähigkeit“ aberkannt und ihr „Nicht-Sein[...] als Geschlechtswesen“ vorangetrieben.²⁵²

6.5 ‚Natürliche‘ Rolle der Frau als Mutter und Helferin

Aufgrund der ‚natürlichen Abweichungen‘, der ‚geistigen und körperlichen Schwäche‘ der Frau sei sie von vornherein ‚anfälliger‘ für psychische Erkrankungen als der Mann, postulierte der Psychiater Emil Kraepelin (1856–1926).²⁵³ Vorbeugen würde dem die

²⁴⁸ Näheres zu seinem Leben und Werken siehe Alma Kreuter, *Deutschsprachige Neurologen und Psychiater. Ein biographisch-bibliographisches Lexikon von den Vorläufern bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts* Bd. 1 (München 1996) Forel, August, 368–372.

²⁴⁹ Fischer-Homberger, *Krankheit Frau*, 98–100.

²⁵⁰ Braun, *Nicht ich*, 180.

²⁵¹ Fischer-Homberger, *Krankheit Frau*, 100f.

²⁵² Braun, *Nicht ich*, 181.

²⁵³ Näheres zu seinem Leben und Werken siehe Alma Kreuter, *Deutschsprachige Neurologen und Psychiater. Ein biographisch-bibliographisches Lexikon von den Vorläufern bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts* Bd. 2 (München 1996) Kraepelin, Emil, 762–766.

‚sichere‘ Stellung der Frau innerhalb des Haushalts und sie so vor der Öffentlichkeit geschützt. Der Mann sei hingegen dieser ‚Gefahr‘ dauernd ausgesetzt, könne sich aber durch seine ‚stärkere‘ Veranlagung davor schützen.²⁵⁴ Wie Krafft-Ebing anmerkt, habe eine Frau die nicht ihre Erfüllung in der Ehe sah, „[...] den Beruf verfehlt [...]“²⁵⁵, das unweigerlich zur Erkrankung führe.²⁵⁶ Bereits Joachim Heinrich Campe brachte die Frau in Verbindung mit Schwäche, denn

„Der Schöpfer‘, schreibt er, gab, in der Regel dem Manne die stärkere Muskelkraft, die straffern Nerven, die biegsamern Fasern, das gröbere Knochengebäude; dazu den größern Muth, den kühnern Unternehmungsgeist, die ausgezeichnete Festigkeit und Kälte und – in der Regel meine ich – auch die unverkennbaren Anlagen zu einem größern, weiterblickenden und mehr umfassenden Verstande. [...]“²⁵⁷

und wie er fortfährt sei die Rolle der Frau als zu beschützende und treue Begleiterin des Mannes zu definieren.²⁵⁸

Dem Weiblichkeitsideal entsprechend solle die Frau, ihre von ‚Natur‘ zugeordnete Mutterrolle wahrnehmen, sich angepasst auf Basis ihrer geistigen, sprich ‚minderen‘ Intelligenz betätigen und sich ihrem Mutterdasein widmen sowie den Fortbestand der Menschheit garantieren. Vor allem nach dem Ersten Weltkrieg tauchten Meinungen auf, welche die Rolle von Studentinnen anzweifelten, da sie durch ihre geistige Tätigkeit nicht mehr fähig seien, den Mutterberuf auszuüben. Dies würde zum Untergang der Gesellschaft beitragen.²⁵⁹ Ihre ‚Natur‘ mache die Frau zur Helferin des Mannes, ihre Rolle wurde nicht gleichberechtigt, sondern ‚inferior‘ betrachtet. Ein Nervenzusammenbruch wurde als Verweigerung ihrer ‚Natur‘ verstanden.²⁶⁰ Mit ihrer eingeschriebenen Rolle als „Helferin“ könne sie zum Nutzen des Mannes beitragen, zur Erreichung seiner ‚höheren‘ Ziele. Ihre Rolle jedoch sei auf die Mutterrolle reduziert und zu ihrer Berufung erkoren. Demnach müsse sich ihre Sexualität auf die

²⁵⁴ Fischer-Homberger, Krankheit Frau, 112f.

²⁵⁵ Krafft-Ebing, Ueber gesunde und kranke Nerven (Tübingen 1885) 44. Zitiert nach Ankele, Alltag, 111.

²⁵⁶ Ankele, Alltag, 111.

²⁵⁷ Joachim Heinrich Campe, Väterlicher Rath für meine Tochter. Ein Gegenstück zum Theophron (Quellen und Schriften zur Geschichte der Frauenbildung 3, Braunschweig 1796, Neudruck Paderborn 1988) 22f. Zitiert nach Schmid, Sauber, 59f.

²⁵⁸ Schmid, Sauber, 59f.

²⁵⁹ Lamott, Frau, 93.

²⁶⁰ Showalter, Malady, 123.

Fortpflanzung begrenzen, ihre Rolle auf die Familie konzentrieren.²⁶¹ Dieser Frauentypus wurde von Kindesalter an durch Erziehung eingetrichtert. Das Mädchen wurde im Sinn einer „Kindfrau“ erzogen. Ihre Rolle in der Gesellschaft war auf ein Minimum beschränkt und ihre Intelligenzerziehung wurde auf ein Minimum reduziert.²⁶²

Wie sehr die Frauen diese ihre auferlegten Aufgaben im Haushalt als nicht zufriedenstellend empfanden, zeigt Duda, indem sie die Schilderungen der Bürgerlichen Fanny Lewands heranzieht. Nach einem streng geordneten Tagesablauf mit Haushaltstätigkeiten, Klavierspielen, Handschriftübungen und Beaufsichtigung ihrer Geschwister, legte sich die junge Fanny unerfüllt von diesen Tätigkeiten ins Bett, mit Neid auf ihre Brüder, denen eine Ausbildung gewährt wurde. Ihre eigenen Tätigkeiten bezeichnete sie als unnützlich.²⁶³

²⁶¹Fischer-Homberger, Krankheit Frau, 104f.

²⁶² Smith-Rosenberg, Hysterie, 278.

²⁶³ Duda, Bertha Pappenheim, 127.

7 ‚Abweichende‘ Weiblichkeit der Hysterikerin

7.1 Geschlechter- und Familienordnung

Die Hysterikerin wich vom bürgerlichen Weiblichkeitsideal ab, indem sie die bürgerliche Familienordnung und Machtkonstellation außer Kraft setzte.²⁶⁴ Die Hysterie bot der Frau einen Ausbruch aus ihrer konfliktgeladenen Umgebung, um ihrem Alltagsleben zu entfliehen. Durch ihren Status als Kranke konnte sie ihre Funktionen als Mutter, Ehefrau, Tochter für eine gewisse Dauer abgeben. Als kranke Frau stand sie nun im Mittelpunkt, alles Erdenkliche wurde für sie unternommen, Räume wurden abgedunkelt, Ärzte gerufen und Ruhe eingehalten.²⁶⁵ Es stand nicht mehr der Mann im Zentrum der Familie, nun wurde dem kranken Familienmitglied die volle Aufmerksamkeit geschenkt. Sowohl die Ordnung der Geschlechter als auch jene der Generationen wurden durcheinandergebracht. Die Macht der Männer, ob Ehepartner, Bruder oder Vater, griff nicht mehr und die Medizin sollte dazu verhelfen, die bestehende Ordnung wieder ins Lot zu bringen. „In jedem Fall setzte die Kranke einen Führungsanspruch durch, den keine gesellschaftliche Konvention deckte.“²⁶⁶ Vor allem der bürgerlichen Hysterikerin wurde ein über Jahre hinweg erhobener Führungsanspruch unterstellt, da sich ihre hysterischen Anfälle – ganz im Gegensatz zu den öffentlichen der Arbeiterfrau – im Privaten abspielten.²⁶⁷

Wie Smith-Rosenberg erläutert, stellte das Familienleben eine enorme Belastung für die Frau dar. Einerseits sollte sie „die geborene Dienerin“ sein, dem weiblichen Geschlechtscharakter entsprechend, andererseits war das Bild der Mutter geprägt von Stärke und der Fähigkeit, den Haushalt zu organisieren sowie für die Gesundheit ihrer Familie zu sorgen. Im Kindesalter konnten Mädchen eine schwache, gefühlsbetonte Rolle einnehmen, die sie mit der Gründung einer Familie aufzugeben hatten. Nach der Heirat hatte die Frau zu funktionieren. Zudem spielten sozialstrukturelle Änderungen durch Veränderung des Wirtschaftslebens, Bevölkerungsentwicklungen und Geburts- sowie Sterberaten eine Rolle. Ende des 19. Jahrhunderts heirateten weniger Frauen

²⁶⁴ Weickmann, Rebellion, 52.

²⁶⁵ Smith-Rosenberg, Hysterie, 289.

²⁶⁶ Weickmann, Rebellion, 55.

²⁶⁷ Ebd., 52–58.

häufig – oder auch später – und waren bis zur Ehe mit einer Arbeit beschäftigt bzw. nahmen sich weniger Zeit für den Haushalt. In dieser Zeit der sich verändernden Faktoren blieben jedoch die Rollenbilder weitgehend gleich. Die Hysterie kann demnach als Ausdruck dieser Unzufriedenheit verstanden werden, die es den Frauen erlaubte, ihre Rolle in der Familie neu zu definieren.²⁶⁸

Bertha Pappenheims Hysterie, die als Anna O.²⁶⁹ Berühmtheit erlangte, kann als Ausdruck der Kritik an den damals vorherrschenden Rollenbildern interpretiert werden. In ihrem Beispiel wird deutlich, dass die Familienordnung insoweit durcheinandergebracht wurde, als Anna O. aufgrund ihrer Hysterie von der Pflege ihres kranken Vaters und den Haushaltspflichten befreit wurde.²⁷⁰ Sie wies durch ihre hysterischen Reaktionen auf ihre unterdrückte Rolle als Tochter im jüdisch-orthodoxen Haushalt hin. Ganz im Gegensatz zu ihrem jüngeren Bruder, der die Universität besuchte, hatte sie trotz ihres hohen Intelligenzgrades im Haushalt zu arbeiten und ihren Vater zu pflegen. Dies war der übliche Standard im 19. Jahrhundert. Durch ihre Unfähigkeit zu sprechen und das Vergessen ihrer Muttersprache signalisierte sie ihre Unzufriedenheit. Mit der Muttersprache verweigerte sie eine Integration in das patriarchale System und somit die ihr zugeordnete Rolle. Indem sie in Fremdsprachen wechselte, wurde ihr eine andere Welt eröffnet, in der sie mithilfe ihres Arztes Josef Breuer eine neue Identität zu konstruieren versuchte. Die von ihrer Mutter vermittelte Geschlechterdifferenzierung, in der dem Vater eine privilegiertere Rolle zugewiesen wurde, genügte ihr nicht mehr. Im Unbewussten entwickelte sich daraus eine Konfliktsituation.²⁷¹

Das Leben mit einer hysterischen Lebensgefährtin wurde von den Ärzten kunstvoll, wenn auch in den schrecklichsten Zügen ausgemalt. Hysterikerinnen seien „[...]

²⁶⁸ Smith-Rosenberg, Hysterie, 278–280.

²⁶⁹ Bertha Pappenheim entstammte dem jüdischen Bürgertum in Wien. Ihre Krankengeschichte wurde vor allem im Zusammenhang mit der Entwicklung der Psychoanalyse bekannt, außerdem nahm sie in späteren Jahren eine wichtige Rolle in der deutschen, jüdischen Frauenbewegung ein. Ihre Hysterie trat 1880 im Zusammenhang mit der Tuberkulose ihres Vaters und seiner zweijährigen Pflege. Sie war in Behandlung bei Josef Breuer, der mit seinem jungen Kollegen Sigmund Freud darüber diskutierte und dies später veröffentlichte. Sie hatte die typische Ausbildung für Mädchen ihrer Zeit und ihres Standes verfolgt. Mit der Pflege ihres Vaters begannen die hysterischen Anfälle, unter anderem Sprachverlust bis hin zum Mutismus. Siehe Dianne Hunter, Hysterie, Psychoanalysis, and Feminism: The Case of Anna O. In: *Feminist Studies* 9, Nr. 3 (Autumn 1983) 465–488.

²⁷⁰ Duda, Bertha Pappenheim, 130f.

²⁷¹ Hunter, Hysterie, 465–488.

unangenehme Lebensgefährtinnen und ebenso schlechte Mütter [...]“.²⁷² Auf ärztliches Anraten wurden Hochzeiten abgeblasen und Schwangerschaften abgebrochen. In diesem Zusammenhang gestaltete es sich für einen Gatten als nicht schwierig, sich von seiner hysterischen Frau scheiden zu lassen oder hysterische Familienangehörige zu entmündigen.²⁷³ Der Charakter der Patientin zeuge gerade von ihrem ‚degenerativen‘ Verhalten, so die Ärzte.²⁷⁴ Laut Braun übte die Hysterikerin Kritik und reagierte auf die Entziehung ihrer Mutterschaft, die durch den „Logos“ und durch das Patriarchat vorangetrieben wurden, mittels ihres übertriebenen Muttergefühls und parodierte gewissermaßen den ‚idealen‘ Muttertypus. Durch die Hysterie wurde einerseits dieses Mutterideal kritisiert, das die Frau als Sexualwesen ausschaltete, und andererseits versuchte die Frau dadurch die vom „Logos“ erschaffene Mutterrolle aufzuheben und ihre Mutterschaft zu retten. Der „Logos“ versuchte mit aller Macht das Sexualwesen der Frau auszulöschen, auch ihre Zeugungsfähigkeit zu besiegen und dadurch einen ‚idealen‘ Menschen zu konstruieren. Die Hysterie bot, wenn auch wenigen Frauen, die Möglichkeit sich dieser Entwicklung entgegenzusetzen.²⁷⁵

7.2 Sexualität

Für die Diagnostizierung der Hysterie spielte ‚abweichende‘ Sexualität als Symptom eine entscheidende Rolle. Die Ärzte gingen im Einklang mit den zeitgenössischen Sexualvorstellungen und erklärten, alle Beziehungen, die sich nicht ausschließlich und monogam auf den Mann bezogen und der Fortpflanzung dienen würden, als potentiell krankhaft.²⁷⁶ Aufgrund der um 1900 divergierenden Theorien zum Sexualtrieb der Frau, einerseits ‚stark‘ und andererseits ‚schwach‘ ausgeprägt, wurde die Hysterie mit widersprüchlichen Thesen und Ursachen versehen. So leide die ‚frigide‘ Frau der höheren Gesellschaftsschicht, als auch die ‚mannstolle‘ Hysterikerin, die der unteren Gesellschaftsschicht angehöre, an Hysterie. Im hysterischen Anfall, der dem Ablauf nach einem Sexualakt gleichkam, entblöße sich die bürgerlich tugendhafte Frau aller Hemmungen. Zwar stellten die Theorien der ‚nymphomanen‘ und ‚frigiden‘

²⁷² Weickmann, Rebellion, 53.

²⁷³ Ebd., 53–60.

²⁷⁴ Schmersahl, Medizin, 232.

²⁷⁵ Braun, Nicht ich, 252–255.

²⁷⁶ Schaps, Hysterie, 75.

Hysterikerin zwei diskrepante Theorien dar, ihre Gemeinsamkeit liege jedoch darin, dass die Hysterikerin sowohl die ‚frigide‘ ‚femme fragile‘ als auch die mannstolle ‚femme fatale‘, von sexuellen Phantasien durchdrungen seien. Die eine zeige es durch ihre offensichtliche Verführung, während die andere durch ihre zurückhaltende Art Anziehung ausstrahle. Beiden gemeinsam war, dass sie extrem gegensätzliche Frauenbilder vermittelten und diese Zwiespältigkeit mittels medizinisch-biologischen Theorien abgestützt wurde.²⁷⁷ Ihr ‚Abweichen‘ komme insoweit zum Ausdruck, als dass die Hysterikerin sich weigere, eine ‚normale‘ Sexualität zu entfalten und sich einem Mann zu unterwerfen.²⁷⁸ Die Ärzte waren der Meinung, Hysterie würde sich aufgrund von ‚Frigidität‘ bzw. ‚Nymphomanie‘ entfalten. In beiden Fällen seien die Frauen jedoch ‚durchdrungen‘ von ihrer Sexualität. In der Hysterie lägen die beiden Extrempositionen laut Ärzten oft sehr eng beieinander.²⁷⁹

Dieses zwiespältige Bild von der Sexualität der Hysterikerin ging Hand in Hand mit den Vorstellungen von der Sexualität der ‚normalen‘ Frau. Wie beim hysterischen Charakter hätte auch diese eine Tendenz zu einer ‚abnormalen‘ Sexualität.²⁸⁰

„Kokettes Wesen, Putzsucht, Neigung überall anzubändeln, lebhaftes Interesse für alle Erotik, für Sensationen, Klatsch, Intrigen, Auffälligkeiten im Liebes- und Eheleben sprechen für die wesentliche Bedeutung des Sexuellen im Vorstellungsinhalt der Hysterischen. Gewiß ist das auch bei jedem Weibe vorhanden und (...) auch bei Frauen ohne hysterischen Einschlag. Extrem gesteigert und unliebsam auffallend erscheint es aber erst bei der Hysterie, wo zahlreiche Grundbedingungen des hysterischen Naturells fördernd wirken, in erster Linie die egozentrische Denkweise der Hysterischen.“²⁸¹

Die ‚frigide‘ Hysterikerin stelle den Antitypus der ‚normalen‘ Frau dar, ausgedrückt durch ihre ‚Asexualität‘. Nach Meinung von Krafft-Ebing und Willy Hellpach sei sie eine ‚Gefahr‘ für die ganze Gesellschaft, da sie die Fortpflanzung und den Erhalt ihrer Familie und somit der Menschheit gefährde.²⁸² Selbst der ‚frigiden‘ Hysterikerin wurde ein Hang zur sexuellen Begierde unterstellt, die bei ihr durch Koketterie zum Ausdruck

²⁷⁷ Lamott, Frau, 82–92.

²⁷⁸ Schmersahl, Medizin, 236f.

²⁷⁹ Schaps, Hysterie, 80f.

²⁸⁰ Schmersahl, Medizin, 236f.

²⁸¹ Siegfried Placzek, Das Geschlechtsleben der Hysterischen. Eine medizinische, soziologische und forensische Studie (Bonn 1919) 57. Zitiert nach Schmersahl, Medizin, 237f.

²⁸² Lamott, Frau, 83–86.

käme.²⁸³ Als Gründe für die ‚Frigidität‘ erschienen „perverse Sexualpraktiken und -empfindungen wie Onanie und ‚pseudohomosexuelle‘ Neigung“²⁸⁴ als ursächlich, aber auch ein Ehemann, der nicht fähig sei die Libido der Frau zu entfachen. Weiteren Einfluss auf die ‚Frigidität‘ der Frau habe der Coitus interruptus, der die Hysterie geradezu fördern würde. Dadurch würden die Geschlechtsorgane erkranken und dies führe zu ‚Frigidität‘ und Unfruchtbarkeit.²⁸⁵ Zudem würde sich eine ‚abnorme‘ Sexualität aufgrund der Lektüre von erotischen Schundromanen entwickeln.²⁸⁶ Als besondere ‚Gefahr‘ und als Angriff auf die Geschlechterordnung betrachteten die zeitgenössischen Wissenschaftler die gleichgeschlechtliche Liebe. Die lesbische Frau, die sich dem Mann verwehrt, kam in der Hysterielehre der ‚frigiden‘ Frau ebenfalls vor.²⁸⁷ In einer Vielzahl von Krankenakten wurde Hysterie und Homosexualität nebeneinander diagnostiziert. Die „conträrsexuelle“ Frau als auch die Hysterikerin würden sich ihrer Bestimmung als Mutter verweigern, so Albert Moll.²⁸⁸

Wie Christa Putz anmerkt, zeichnete sich um 1900 eine Veränderung in der Medizin und Psychoanalyse ab, die der Frau mehr sexuelle Befriedigung zugestand als vorher. Laut Meinung der Ärzte müsse die Frau ihre Sexualität und Empfindungen aktiv ausleben.²⁸⁹ In diesem Zusammenhang analysiert die Autorin die Patientin Dora, die bei Freud in Therapie war. Ihre Hysterie erschien auf den ersten Blick nicht von Sexualität geprägt, jedoch brachten die Ärzte ihre sexuelle ‚Abweichung‘ zutage. Freud versuchte mithilfe der Psychoanalyse Doras Begehren zu therapieren, das sie zu unterdrücken schien.²⁹⁰ Geschlechterdifferenzen wurden durch das Zugestehen von aktiver Sexualität brüchig, jedoch blieb in der Gesellschaft eine kritische Haltung gegenüber dieser „Versinnlichung der Frau“ aufrecht. Die Ärzte unterstützten die sexuelle Befriedigung in der Ehe als Vorbeugen von Masturbation, Homosexualität, Promiskuität und außerehelicher Sexualität. Sie versuchten durch Therapien, die Ehe wieder

²⁸³ Schmersahl, Medizin, 237.

²⁸⁴ Schaps, Hysterie, 77.

²⁸⁵ Ebd., 74–79.

²⁸⁶ Nolte, Hysterie, 210–219.

²⁸⁷ Weickmann, Rebellion, 60f.

²⁸⁸ Schmersahl, Medizin, 288–294.

²⁸⁹ Christa Putz, Von der ehelichen Pflicht zur erotischen Befriedigung. Heterosexualität und ihre Störungen in der deutschsprachigen Medizin und Psychoanalyse (1880–1930) (ungedr. geisteswiss. Diss., Florenz 2009) 313.

²⁹⁰ Ebd., 277f.

funktionsfähig zu machen.²⁹¹ „Die Lust durfte und sollte sich zwar zeigen, aber bevorzugt nur im Kontext heterogenitalen Verkehrs.“²⁹² Diesen Hysterikerinnen wurde ein Defizit an Liebe vorgeworfen. Wie Putz anmerkt, wurden die Therapien häufig ohne Erfolg abgebrochen (wie auch im Fall von Dora), da diese sich den Bestrebungen sexueller Normierung widersetzen.²⁹³ Braun führt an, dass die „Wiederentdeckung der weiblichen Sexualität“²⁹⁴ um 1900 nicht auf eine wirkliche Befreiung, sondern auf eine Steuerung der Frau abzielte. Es war eine vom „Logos“ erschaffene Sexualität. So argumentierte der Psychiater Wilhelm Stekel in den 1920er Jahren, dass die Fortpflanzung und der Erhalt der germanischen Kultur die Lebensaufgabe der Frau seien. Geistige Betätigung und Arbeit würden diesem entgegenwirken und die ‚Frigidität‘ deutete er als Ausdruck der Rebellion. Er wies der ‚frigiden‘ Frau die Schuld der ‚Zurückdrängung des Vollweibs‘²⁹⁵ zu. Laut ihm hätte sich das Vollweib der Aufgabe der Mutterschaft zu widmen. Durch ihre Fruchtbarkeit trage sie zum Erhalt der germanischen Rasse bei – die er als ‚höhere‘ Rasse bezeichnete – und wirke der Gefahr der slawischen Expandierung entgegen. Laut Stekel solle dadurch die Befreiung des Sexualtriebs der Frau vorangetrieben werden.²⁹⁶ Bei diesen Theorien spielten jene von Darwin und der ‚natürlichen‘ Bestimmung der Frau als Mutter eine wichtige Rolle.²⁹⁷ Die Hysterie wurde aufgefasst als Verweigerung ihrer ‚natürlichen‘ Rolle, da dadurch das Weiblichkeitsideal außer Kraft gesetzt wurde.²⁹⁸

Die ‚nymphomane‘ Hysterikerin war ein anderer Antitypus zur ‚normalen‘ Frau, sie würde zum Untergang der Gesellschaft beitragen und galt als ‚degenerativ‘. Zurückzuführen sei diese Krankheit auf einen ‚abnormen‘ Geschlechtstrieb, die Hysterikerin sei von ihrer Libido geradezu ‚durchdrungen‘. Sie würde sich erotischer Lektüre widmen, ihren Mann unterdrücken, ‚übermäßig‘ onanieren und ihre Sexualität ins ‚Unermessliche‘ steigern wollen.²⁹⁹ Vor der sexuell ‚hemmungslosen‘ Hysterikerin hätten sich selbst die Ärzte zu schützen, da sie unaufhaltsam versuchen würde, diese zu

²⁹¹ Ebd., 313f.

²⁹² Ebd., 319.

²⁹³ Ebd., 277–279.

²⁹⁴ Braun, Nicht ich, 185.

²⁹⁵ Wilhelm Stekel, Die Geschlechtskälte der Frau (Berlin/Wien 1921) 476. Zitiert nach Braun, Nicht ich, 185.

²⁹⁶ Braun, Nicht ich, 191–195.

²⁹⁷ Siehe dazu Kap. 6.4 und 6.5.

²⁹⁸ Showalter, Malady, 121–144.

²⁹⁹ Schaps, Hysterie, 79–80.

verführen.³⁰⁰ Besonders den Hysterikerinnen der Unterschicht wurde ein Hang zur ‚Hypersexualität‘ attestiert und dies als Grund ihrer Hysterie angegeben. Die Frauen der Arbeiterschicht wüssten ihre Wollust nicht zu zügeln – einige Ärzte gingen soweit, vermehrte Fälle von Hysterie vor allem bei Prostituierten und bei ‚zügelloser‘ Sexualität in der Ehe festzustellen.³⁰¹ Aus den Krankenakten von Marburg gelangte Nolte zum Ergebnis, dass die Ärzte sich zwar von den veralteten Hysterielehren mit Hauptaugenmerk auf die Sexualorgane distanzieren, aber in ihrem therapeutischen Umgang bezogen sie diese Lehren nach wie vor ein und blieben darin verhaftet. Das Verhalten der Hysterikerin erschien demnach erotisch und sexuell orientiert. Die Patientinnen wurden in den Akten im Hinblick auf ihre Ehemänner als ‚frigide‘ bezeichnet. In den Anamnesegesprächen wiederum gaben die Patientinnen an, von diesen sexuell vernachlässigt worden zu sein. Patientinnen sowie Ärzte folgten damit dem Bild der ‚hypersexuellen‘ Hysterikerin.³⁰²

7.3 Hysterischer Charakter

Hysterikerinnen entzogen sich dem traditionellen Krankheitsverständnis der Ärzte. Kaum war ein Symptom ‚wegtherapiert‘, entstand ein neues. Die Hysterikerin galt gemeinhin als unheilbar. Aus dem ärztlichen Unverständnis und dem Unbehagen, der Krankheit nicht ‚Herr zu werden‘, erhielten Hysterikerinnen einen „schlechten Charakter“ zugeschrieben. „Sie seien boshaft, lügnerisch, launenhaft, egozentrisch, unmoralisch, aufsässig, entartet etc.“³⁰³ Ende des 19. Jahrhunderts wurden der Hysterikerin gewisse charakterliche Eigenschaften zugeschrieben – „[...] eine Charakterstruktur, die sich eher von Interpretationen des Gefühlszustands und des Wesens ableitete [...]“.³⁰⁴ Ihr Verhalten galt als beeinflussbar, labil, narzisstisch, egoistisch und oberflächlich.³⁰⁵ Ihr wurde geradezu Boshaftigkeit unterstellt, da sie nach Intrigen und Lügen lüstere und ihre Umgebung tyrannisiere³⁰⁶ – dies alles in

³⁰⁰ Weickmann, *Rebellion*, 36f.

³⁰¹ Smith-Rosenberg, *Hysterie* 285–288.

³⁰² Nolte, *Hysterie*, 239–255.

³⁰³ Duda, *Bertha Pappenheim*, 123.

³⁰⁴ Smith-Rosenberg, *Hysterie*, 282.

³⁰⁵ *Ebd.*, 282.

³⁰⁶ Esther Fischer-Homberger, *Hysterie und Misogynie – ein Aspekt der Hysteriegeschichte* (1969). In: Esther Fischer-Homberger, *Krankheit Frau und andere Arbeiten zur Medizingeschichte der Frau*. (Bern/Stuttgart/Wien 1979) 32–48, hier 42.

„theatralische[m]“ und „posenhafte[m]“ Benehmen und unsittlichem Verhalten. Diese Merkmale wurden von vielen Medizinerinnen als „hysterischer Charakter“ bezeichnet, der sich durch „wechselhafte Stimmungen“ auszeichnete.³⁰⁷

Auch bei Bertha Pappenheim wurde ein solches unstetes Benehmen vom zuständigen Arzt Breuer beobachtet. Einerseits benahm sie sich dem weiblichen Geschlechtscharakter zufolge, andererseits zeigte sie ein gegenteiliges Verhalten. Wie Sybille Duda anmerkt, wird durch solche Zuschreibungen erkennbar, dass die Kritik der Hysterikerin an ihrer zugeschriebenen Rolle als Frau nicht ernst genommen wurde. „Dieser Verstoß ist verwerflich, nicht die Zumutungen und Ansprüche, die an die weibliche Rolle gestellt werden.“³⁰⁸ Ihr Körper reagierte auf den Widerspruch: Einerseits konnte sie nicht offen gegen die verinnerlichten Normen protestieren, andererseits gelang ihr eine Anpassung an ein ‚ideales‘ Rollenverhalten nicht mehr. Deutlich zeigten sich ihre Kritik und ihre Ausweglosigkeit durch die Verweigerung der Sprache, durch Sehstörungen und Lähmungen.³⁰⁹

Ihre Krankheit gab der Frau die Möglichkeit Rollenbilder außer Kraft zu setzen. Ein solches Verhalten hätte sie sonst nicht zeigen dürfen, sie wäre als ‚schlechte‘ Mutter und Ehefrau bezeichnet worden. Durch ihren Status als Kranke wurde das Verhalten geduldet. „Bewußt oder unbewußt hatte sich die Kranke damit gegen ihre traditionelle Rolle entschieden.“³¹⁰ Auch Bertha Pappenheim sah die Flucht in die Krankheit als einzige Alternative. Hätte sie offen gegen ihre Situation rebelliert, hätte sie den der Frau zugeschriebenen Geschlechtscharakteren wie „Aufopferung, Taktgefühl, Liebenswürdigkeit, Selbstverleugnung und Ergebung“³¹¹ widersprochen. Die Pflege ihres Vaters sowie ihre Zurückhaltung im Streit und das Hinnehmen von falschen Anschuldigungen wurden von ihr als selbstverständlich erwartet. Ihre Sehstörungen zeugten von dieser Ausweglosigkeit, da sich ihre Welt verzerrte und ihre bisherige Wahrnehmung aufgelöst wurde. Durch die Nichtbenutzung der Sinne lehnte Anna O. die Verständigung mit ihrer Umwelt ab. Durch Lähmungen und Starre verweigerte sich

³⁰⁷ Karen Nolte, „...die Unfähigkeit des Weibes, Affektstürmen zu widerstehen“. Hysterie und Weiblichkeit um 1900. In: Bettina Brand-Claussen, Viola Michely (Hg.), *Irre ist weiblich. Künstlerische Interventionen von Frauen in der Psychiatrie um 1900* (Heidelberg 2004) 53–61, hier 54.

³⁰⁸ Duda, Bertha Pappenheim, 133.

³⁰⁹ Ebd., 130–136.

³¹⁰ Smith-Rosenberg, *Hysterie*, 290.

³¹¹ Duda, Bertha Pappenheim, 134.

ihr Körper gegen die auferlegten Pflichten und verlangte nach größerem Freiraum. Ihr Körper kam einer „existentiellen Anklage“ gleich.³¹²

Initiiert wurde der psychiatrische Diskurs über den „hysterischen Charakter“ von Richard von Krafft-Ebing. Dadurch wurden misogyn³¹³ Ansichten gegenüber den Hysterikerinnen geschürt. Der „hysterische Charakter“ sei jedoch allen Frauen zu Eigen, in der Hysterikerin würde er sich extrem steigern.³¹⁴

„Mit diesem Konzept wurde Hysterie eine geschlechtliche Konnotation verliehen, da Eigenschaften von Hysterikerinnen quasi als Steigerung des weiblichen Geschlechtscharakters festgeschrieben bzw. hysterischen Männern in diskriminierender Absicht weibliche Eigenschaften zugewiesen wurden.“³¹⁵

Damit wurde der „hysterische Charakter“ zunehmend mit den ‚natürlichen‘ Eigenschaften der Frau assoziiert und zu einer ‚Naturgegebenheit‘ gemacht. Ein Vertreter dieser Theorie war Emil Kraepelin. Ein weiterer Zeitgenosse, Otto Weininger (1880–1903), schuf mit „Geschlecht und Charakter“ ein Werk, das jeder Frau Lügenhaftigkeit unterstellte und die Hysterikerin als deren Extrem verstand. Er begriff das Weib, ganz im Gegensatz zu Paul Julius Möbius, als teilweise berechnend und schlau, um egoistische Ziele zu verfolgen. Die Frau sei für ihn ein „Nichts“ und besitze „kein Ich“, ihre Persönlichkeit werde erst durch den Mann ausgebildet und aufgesetzt. Die Frau sei sich dieser Pseudopersonlichkeit nicht bewusst, da sie empfänglich sei für das Überstülpen einer „zweite[n] Natur“³¹⁶. Dadurch eigne sich die Frau etwas an und glaube an eine Lüge. Aus dieser Verbindung heraus, ihrer „eigentlichen kupplerischen nichtigen Natur“ und ihrer aufgesetzten Natur, entstehe laut Weininger die Hysterie. Zwar seien nicht alle Frauen so verlogen wie die Hysterikerinnen, jedoch prinzipiell vorbelastet.³¹⁷

³¹² Ebd., 130–136.

³¹³ „Misogynie – die Abneigung gegen das weibliche Geschlecht“. Siehe Fischer-Homberger, Hysterie, 32.

³¹⁴ Nolte, Unfähigkeit, 54.

³¹⁵ Ebd., 54.

³¹⁶ Otto Weininger, Geschlecht und Charakter. Eine prinzipielle Untersuchung (Wien/Leipzig 1904) 345f, 358–362, 381, 388, 394, 407, 418. Zitiert nach Fischer-Homberger, Hysterie, 47.

³¹⁷ Fischer-Homberger, Hysterie, 42–47.

Der Neurologe Siegfried Placzek sah in der Hysterikerin eine „gesellschaftliche Gefährdung“. Zeitgenössische Autoren wie Erich Wulffen, Friedrich Mörchen betonten den ‚gesellschaftlichen, zerstörerischen und degenerativen Charakter‘ der Hysterikerin und setzten sie gleich mit Verbrechern. Schuld daran sei ihre ‚abnorme‘ Sexualität. Da auch Formen des ‚hysterischen Charakters‘ bei der ‚normalen‘ Frau zu finden seien, setzte man das Frausein mit Krankheit gleich und kriminalisierte die Hysterikerin zunehmend.³¹⁸ Von Seiten der Medizin als auch der Gerichte wurde die Hysterikerin als gefährlich eingestuft.³¹⁹ Jene Hysterikerinnen, die bewusst zur Lüge griffen, wurden unter dem Begriff der ‚moral insanity‘ zusammengefasst. Ausdrücken würde sich dabei ihr ‚degenerativer‘ Charakter.³²⁰ Eine weitere Gruppe von Hysterikerinnen würde einen unbewussten Hang zur Unwahrheit haben. Die Suggestibilität der Hysterikerinnen sei es auch, die es ihnen unmöglich mache zwischen Traum, Gelesenem und Wirklichkeit zu unterscheiden. Ihre ‚Willenlosigkeit‘ mache sie zu einem unbewussten und fremdbestimmten Wesen.³²¹

Im Fall bewusster Lüge hatte die Hysterikerin auch strafrechtliche Konsequenzen zu tragen, war sie ‚unfähig‘ zwischen Realität und Phantasie zu unterscheiden, konnte sie einer Strafe entgehen.³²² Dabei entstand ein Zwei-Klassen-System zum Zug, da vor allem die Frauen der Oberschicht von mildereren Urteilen profitierten. Argumentiert wurde mit Unzurechnungsfähigkeit und Lügenhaftigkeit der Hysterikerin, was ihrer zweiten ‚Natur‘ entsprechen würde.³²³ Einzig bei sexuellen Anschuldigungen – wie sexuelle Belästigungen durch die Arbeitgeber – machte die Justiz keine Unterschiede, sondern erklärte sie zu erotischen Phantasien der Frau.³²⁴ Hauptargumente waren der Einfluss der Sexualorgane oder die Lektüre von Romanen, die solche Anschuldigungen erst entzünden würden.³²⁵ Kleptomanie wurde ebenso als nervöse Schwäche gedeutet und in unmittelbare Nähe zur Hysterie gesetzt.³²⁶ Eine ‚abnorme‘ Sexualität sei Schuld an den kriminellen Vergehen. Weil ihre Libido nicht befriedigt werde, würden sich

³¹⁸ Schmersahl, Medizin, 238–240.

³¹⁹ Schaps, Hysterie, 102.

³²⁰ Lamott, Frau, 102.

³²¹ Nolte, Hysterie, 272–281.

³²² Lamott, Frau, 103.

³²³ Weickmann, Rebellion, 60.

³²⁴ Ebd., 62f.

³²⁵ Nolte, Unfähigkeit, 54.

³²⁶ Nolte, Hysterie, 255f.

„lasterhafte[...] Auswüchse[...]“³²⁷ entwickeln.³²⁸ Besonders bei den Damen der Oberschicht fände die Kleptomanie Verbreitung, da ohne Motiv gestohlen würde. Die Diebinnen seien ‚willensschwach‘ und entgingen aufgrund ihrer Geschlechtscharaktere einer Bestrafung. Nolte, die auch von Diebinnen bzw. Kleptomaninnen in der Landesheilanstalt Marburg begutachtete, traf ebenfalls auf eine solche Verbindung von Sexualität und Diebstahl. Die Marburger Ärzte machten die einstmaligen Strafmilderungen nicht mehr geltend.³²⁹ Wie Schmersahl aufzeigt, trug die von Freud entwickelte „Verführungstheorie“ dazu bei, dass der Ursprung der Hysterie in sexuellen Übergriffen während der Kindheit durch nahe männliche Verwandte gesehen wurde und die Glaubhaftigkeit der Hysterikerin bestärkt wurde. Später wandelte er die Theorie insoweit ab, als dass er diese Anschuldigungen als Wunschphantasien deutete. Auch sexuelle Übergriffe auf die ‚normale‘ Frau erschienen so als zweifelhaft. Die hysterischen Frauen wurden zu den eigentlichen Täterinnen und die männliche Gewalt vehement verneint. Besonders Dienstmädchen standen in Verdacht bürgerliche Jungen verführen zu wollen. Ihre sexuelle ‚Abnormität‘ äußere sich in ihrer sexuellen Aktivität, die der passiven Sexualität der bürgerlichen Frau gegenüber stand und ihre angeblich klassenspezifische, ‚minderwertige‘ Entwicklung betonen würde.³³⁰

Wie Smith-Rosenberg anmerkt, war der „hysterische Charakter“ durch Eigenschaften bestimmt, die der Hysterikerin seit ihrer Kindheit antrainiert wurden. Sie äußerten sich mittels ihrer seit der Kindheit geförderten Emotionen. Die hysterische Frau reagierte mittels ihres ‚übertriebenen weiblichen‘ Charakters auf die Ansprüche, die an sie gestellt wurden, bzw. um ihren Unmut auszudrücken. Laut Smith-Rosenberg kann die Hysterie deshalb als „[...] Produkt ihrer Kultur“ verstanden werden, da „eine enge Beziehung zwischen diesem Sozialisationsmuster [d. h. weiblichen Geschlechtscharakter] und der ‚Wahl‘ hysterischen Verhaltens [...]“³³¹ bestand. Gleichzeitig drückte die Hysterikerin damit auch ihre Kritik an vorgegebenen Weiblichkeitsidealen und Rollenbildern aus.³³²

³²⁷ Friedrich Mörchen, Über degenerierte Frauen höherer Stände. In: ZfgPN, 4 (1911) 108–116, hier 110. Zitiert nach Schmersahl, Medizin, 239.

³²⁸ Schmersahl, Medizin, 239.

³²⁹ Nolte, Hysterie, 255–269.

³³⁰ Schmersahl, Medizin, 241–253.

³³¹ Smith-Rosenberg, Hysterie, 294.

³³² Ebd., 293–295.

Die Ärzte betrachteten die Hysterie als „Wille zur Macht“. Die Hysterikerin bediene sich der Krankheit, um ihren Willen durchzusetzen bzw. ihre Umgebung mit ihren Willen zu kontrollieren. Es sei ein Weg, um ihrer Rolle als Frau und Mutter zu entkommen und stattdessen „die geltungssüchtigen und narzißtischen Bestrebungen auszuleben“.³³³ Der Psychoanalytiker Alfred Adler verstand diesen „Willen zur Macht“ als ursächlich für die Entstehung von Neurosen und der Hysterie.³³⁴ Er ging davon aus, dass es zum Einsatz von Männlichkeit komme, mit der die psychisch Kranke den „Willen zur Macht“ durchsetze. Hingegen würde die Kranke durch die Ausprägung weiblicher Eigenschaften ihre ‚Minderwertigkeit‘ kompensieren. Die Hysterikerin tausche also die weibliche Opferrolle gegen eine männliche, aktive Rolle aus. Ziel sei es durch „männlichen Protest“ Macht zu gewinnen. Aber auch ‚extrem weibliche‘ Eigenschaften, in ihrer Ausformulierung als „übertriebene Reinlichkeit, Koketterie, Herrschsucht, Geiz, Neid, Gefallsucht, Neigung zu Grausamkeit usw.“³³⁵ bezeichnet, seien als männliche Protestform zu verstehen, da dadurch ebenso versucht würde, Überlegenheit zu erreichen.³³⁶ Diese Rebellion gelinge auch durch „weibliche Koketterie“, die den eigentlichen Willen und die Macht über den Mann gekonnt überdecke, und sich die Hysterikerin des Musters einer passiven Frau bediene.³³⁷ Schmersahl kritisierte an Adler, dass er zwar die kulturelle Deutung der Geisteskrankheiten anerkannte, jedoch nicht daran interessiert war, an dieser Ordnung etwas zu ändern, und stattdessen Krankheiten diagnostizierte. Die Vorstellung, Weiblichkeit sei von ‚Inferiorität‘ und Männlichkeit von ‚Superiorität‘ geprägt, spiegle sich auch in der Sexualität wieder. Demzufolge würde sie die männliche, aktive Rolle in der Ausübung freier Sexualität und Sittenlosigkeit genauso zeigen wie im unkeuschen und treuelosen Verhalten und in der Homosexualität.³³⁸

7.4 Bildung und Lektüre

Das ambivalente Konzept der weiblichen – besonders ‚schwach‘ oder ‚stark‘ ausgeprägten – Libido war es, das die Intelligenz der Frau in Frage stellte. Der

³³³ Schaps, Hysterie, 98.

³³⁴ Ebd., 97–100.

³³⁵ Schmersahl, Medizin, 297.

³³⁶ Ebd., 294–297.

³³⁷ Schaps, Hysterie, 97–100.

³³⁸ Schmersahl, Medizin, 297–300.

‚ausgeprägte‘ Sexualtrieb würde das gesamte Denken der Frau hemmen. Mit diesem Konzept versuchte man laut Lamott dem weiblichen Streben nach Intelligenz mittels der Hysterie entgegenzuwirken.³³⁹ Die von Showalter beschriebene „New Woman“ der Jahrhundertwende strebte nach „self-cultivation and self-fulfillment“ in Arbeit und Ausbildung.³⁴⁰ Wie Nolte aufzeigt, warnten Nervenärzte sowie Psychiater um 1900 vor einer nicht kontrollierten Lektüre, die zu Nervosität führen könnte. Dabei wurde den ‚Schundromanen‘ – zu denen Schauer- und Kriminal- als auch Liebesliteratur gehörte, ein Einfluss bei der Etablierung der Hysterie zugestanden. Diese würden die Nerven und die Seele des Leser bzw. der Leserin beeinträchtigen. Um 1900 konzentrierte sich dieser Kampf gegen die ‚Schundromane‘ auf die Jugendlichen, jedoch auch auf das weibliche Hauspersonal, das die wöchentlichen Fortsetzungsromane in den Zeitungen verfolgte. Dieses Lesen entzog die Dienstmädchen der Bewachung des Dienstgebers und galt deshalb als verwerflich. Außerdem sollte wegen der ‚Schundlektüre‘ das Arbeitspensum nicht mehr erzielt werden können.³⁴¹

Neben der ‚Schundliteratur‘ galt auch die anspruchsvolle Literatur als nervositätsfördernd. Da Lehrerinnen im ausgehenden 19. Jahrhundert Zugang zu Bildung hatten, würde ihre Profession besonders unter der „geistigen Überbürdung“ leiden, was zu einer hohen Nervositätsrate führe. Richard von Krafft-Ebing sah den ‚schwachen‘ Körper und die hohen Anforderungen an eine Lehrerin als Ursachen für die Ausbreitung von Nervenkrankheiten. Auch Paul Julius Möbius warnte vor einer geistigen Betätigung, da die Frau von ‚Natur‘ aus nicht intellektuell zu sei, und sie dies überfordern würde. Emil Kraepelin schloss sich dieser Position geistiger Überbürdung von Lehrerinnen an und meinte, dass es bei ihnen zu einer anscheinend nicht reflektierten Aneignung des Wissens komme, was sinnlos sei. Eine Kontraposition nahm der Nervenarzt Ralf Wichmann ein, der das enorme Arbeitspensum und die schlechte Bezahlung als Gründe für die geistige Überbürdung zu erkennen glaubte, ebenso die Doppelbelastung durch Beruf und Haushalt. Eine Lösung sah er in einer ärztlichen Begutachtung vor der Ausbildung als Lehrerin.³⁴²

³³⁹ Lamott, Frau, 92–94.

³⁴⁰ Showalter, Malady, 121.

³⁴¹ Nolte. Hysterie, 210–219.

³⁴² Ebd., 229–233.

Die ‚Gefahr‘ des Denkens für die Mutterrolle wurde in erschreckenden Szenarien gezeichnet. Die Hysterikerin würde ihre ‚natürliche‘ Rolle als Mutter in Frage stellen und ihre ‚Natur‘ verleugnen. Nach dem Ersten Weltkrieg versuchte man durch wissenschaftliche Studien zu belegen, dass Studentinnen körperlich zu entkräftet seien für die Mutterrolle. Die zeitgenössische Hysterie-Forschung sprach den Hysterikerinnen eine ‚hohe‘ Intelligenz zu und bezeichnete diese Frauen auch als „vermännlicht“.³⁴³ Zwei prominente Fälle, Anna O. und Dora, die als strebsame und intellektuelle Schülerinnen galten, zeugen von dieser ‚abweichenden‘ Rolle.³⁴⁴ Anna O. äußerte sich am Ende nur mehr in Englisch und glänzte mit ihren Sprachkenntnissen und ihrem Bildungsdrang. Gleichzeitig betrachtete sie die Zeit, in der sie häuslichen Tätigkeiten nachging, als verloren.³⁴⁵

7.5 Disziplinierung und Erziehung durch die Medizin

Barbara Ehrenreich und Deidre English gehen davon aus, dass die Medizin eine „Schlüsselposition“ zur Kontrolle der Frau einnahm, mithilfe derer über die Fortpflanzung und Sexualität bestimmt und die Unterdrückung der Frau vorangetrieben wurde. Sie sei ein ‚defektes‘ Wesen – ganz im Gegensatz zum Mann – und sie könne den Mann krank machen, wodurch sie von der Öffentlichkeit auszuschließen sei.³⁴⁶ Wie Smith-Rosenberg aufzeigt, reagierten die Ärzte auf die Hysterie unterschiedlich, großteils verärgert und mit Bestrafungen. „Diese Patientinnen funktionierten nicht so, wie sie zu funktionieren hatten [...]“.³⁴⁷ Die Frauen sollten ihre soziale Rolle als ‚gute‘ Mutter und Partnerin wieder wahrnehmen können. Die Ärzte hätten dafür zu sorgen, dass sie diese Aufgaben erfüllen. Der Gatte einer Hysterikerin galt als ‚schwach‘ und nicht in der Lage seine Frau angemessen zu erziehen und zu lenken. Einhergehend mit dieser Überlegung sollte die Patientin isoliert und von ihrer Umwelt abgeschottet

³⁴³ Lamott, Frau, 92–94.

³⁴⁴ Showalter, Malady, 159.

³⁴⁵ Duda, Bertha Pappenheim, 130–136.

³⁴⁶ Barbara Ehrenreich, Deidre English, Zur Krankheit gezwungen. Eine schichtenspezifische Untersuchung der Krankheitsideologie als Instrument zur Unterdrückung der Frau im 19. und 20. Jahrhundert am Beispiel der USA (München 1976) 4–6.

³⁴⁷ Smith-Rosenberg, Hysterie, 283.

werden. Durch ein den Pflegern und Pflegerinnen angewiesenes Reglement sollte einer Anteilnahme und Solidarisierung entgegengewirkt werden.³⁴⁸

Durch Isolation sollte die Frau diszipliniert werden, ihr Wille gebrochen und sie erst danach wieder der Gesellschaft zugeführt werden. Methoden dafür waren, ihr keine Aufmerksamkeit zukommen zu lassen und sie ins Lächerliche zu ziehen. Die Hysterie brachte somit den Konflikt zwischen internalisiertem Weiblichkeitsideal und Selbsterfüllung zum Ausdruck.³⁴⁹ Die Ärzte verschrieben der Patientin eine Auszeit, um sie dann wieder in die Familie einzugliedern, wo sie ihre ‚natürliche‘ Rolle wahrnehmen könnten. Sie trugen damit dazu bei, das Familien- und Weiblichkeitsideal zu erhalten. Indem sie den Willen der Hysterikerin mit allen erdenklichen Mitteln brachen, war eine ‚Heilung‘ möglich.³⁵⁰

Die Ärzte zeigten sich darüber besorgt, dass die Hysterikerin diesen besonderen Status genießen würde. Ihre Krankheit drücke sich durch ihren ‚unnatürliche[n]‘ Wunsch nach Unabhängigkeit und Privatsphäre aus.³⁵¹ Die Hysterikerin wurde zunehmend diffamiert, ihre Krankheit als Ausdruck der Rebellion verstanden. Mithilfe der Medizin wurden ihr Strafen zuteil und die Unterdrückung propagiert. Freud und die Psychoanalyse brachte zwar eine gewisse Befreiung von medizinisch-operativen Eingriffen an der Frau. Insgesamt wurde die Unterdrückung fortgeschrieben, da die weibliche ‚Schwäche‘ nun aufgrund eines mangelnden Penis galt.³⁵² Wie Katrin Schmersahl aufzeigt, wird in dokumentierten Krankenfällen von Hysterikerinnen der ‚erzieherische und sozialdisziplinarische‘ Charakter erkennbar, der in den medizinischen Diagnosen und Therapien verfolgt wurde. Insbesondere anhand der Sexualität und dem Sexualverhalten der Hysterikerin wurden Norm und Abnorm definiert. Je nach Ausmaß des Sexualtriebes initiierten die Mediziner Maßnahmen zur Kontrolle und Disziplinierung der Frau.³⁵³

Wie Marietta Meier und Brigitta Bernet erläutern, ging die Geisteskrankheit mit geschlechterspezifischen Verhaltensnormen einher. ‚Krankheit, besonders

³⁴⁸ Weickmann, Rebellion, 52–58.

³⁴⁹ Showalter, Malady, 121–144.

³⁵⁰ Smith-Rosenberg, Hysterie, 290–293.

³⁵¹ Showalter, Malady, 132–137.

³⁵² Ehrenreich, English, Krankheit, 40–46.

³⁵³ Schmersahl, Medizin, 236f.

Geisteskrankheit – erscheint in dieser Perspektive als eine sozial konstruierte Kategorie, die immer auch moralische, ästhetische oder soziale Wertungen enthält.“³⁵⁴ Anhand der weiblichen Geschlechtscharaktere machte man ‚Norm‘ und ‚Abweichung‘ fest. In diesem Zusammenhang trat das bürgerliche Familienmodell in den Vordergrund, mit der weiblichen ‚Bestimmung‘ zur Mutter. Damit wurde die patriarchale Ordnung weitergetragen und aufrechterhalten. Dieser Drang wurde von den Menschen soweit internalisiert, dass sie dem Bedürfnis nacheiferten, ‚normal‘ zu sein und nicht von der gesellschaftlichen Vorgaben ‚abzuweichen‘. Daneben entwickelten sich seit Ende des 18. Jahrhunderts humanere Behandlungsmethoden, die darauf abzielten, den Kranken bzw. die Kranke zu einem gesunden Menschen zu erziehen – „Erziehung zur Selbstbeherrschung“ lautete das Motto. Nach dem „No-Restraint-Prinzip“, das sich von England ausgehend in Deutschland verbreitete, sollte auf Zwang verzichtet werden. Doch ganz darauf verzichten wollte man besonders bei ‚komplizierten‘ psychisch Kranken dennoch nicht.³⁵⁵ Für Frauen der Oberschicht zeigten die Autorinnen, wie die Medizin die Frau in ihre Grenzen verwies und ihr Verhalten veränderte. Bei einer ganzen Palette von Krankheiten wurden Therapien verschrieben, welche die Passivität förderten – Bäder, eine Diät und die Abgeschlossenheit von Familie und Verwandtschaft sowie operative Eingriffe in die Genitalien sollten dazu nützen; zudem Bettruhe und das Verbot, intellektuell tätig zu sein. Neben diesen inhumanen Behandlungsmethoden wurde vor allem auch eines gefördert: der Frau einzuprägen, sie sei krank – so betrachtete sie sich selbst als ‚schwach‘ und geriet noch stärker in die Abhängigkeit des Mannes.³⁵⁶

³⁵⁴ Marietta Meier, Brigitta Bernet, Grenzen der Selbstgestaltung. Zur „Produktion“ der Kategorie Geschlecht in der psychiatrischen Anstalt. In: Bettina Brand-Claussen, Viola Michely (Hg.), Irre ist weiblich. Künstlerische Interventionen von Frauen in der Psychiatrie um 1900 (Heidelberg 2004) 37–44, hier 40.

³⁵⁵ Ebd., 39–42.

³⁵⁶ Ehrenreich, English, Krankheit, 33–40.

8 Patientin K. und Patientin V. – zwei Hysterikerinnen der NLHPA

Der hier analysierte Diskurskorpus ist sehr eng gefasst und beinhaltet nicht die gesamte Bandbreite an Medien, Institutionen und Personen wie es, laut Landwehr, zu einem „vollständigen Diskursfaden“³⁵⁷ gehört. Die Diskursanalyse wird sich auf zwei Patientinnenakten beschränken. Ebenso werden die Analyseschritte aus Kapitel 2 als Anregung verstanden und nicht detailgetreu nachvollzogen. Wie bereits dort erläutert, wird durch die folgende Kontextanalyse (situativer, medialer, institutioneller, historischer) der ausgewählte Quellenkorpus in den sozialen Kontext eingebettet. Daraus soll ersichtlich werden, inwieweit der Hysterie-Diskurs von Institutionen und Personen geprägt war. Durch die anschließende Makroanalyse nähern wir uns dem Text und die zentralen Themen werden bestimmt. Der Verfasser berichtete in der Krankengeschichte über die Patientin und ihren Zustand. Es handelt sich dabei um die Verschriftlichung des Gesprächs bei der Aufnahme und der Anamnese sowie um Gedanken, die sich der Arzt während des Gesprächs machte. Der Autor war dabei um eine objektive Darstellung bemüht. Die Distanz zwischen der Hysterikerin und dem Arzt sollte gewahrt bleiben. Durch die abschließende Mikroanalyse sollen Diskurse ausföndig gemacht werden, die bedeutend für die zweite Fragestellung sind.

Anlehnend an Noltes Überlegungen zum Machtverhältnis zwischen Anstaltspsychiatrie und Patientinnen, kann behauptet werden, dass letztere diese Beziehung nicht als reines „Macht-Ohnmacht-Verhältnis“ betrachteten. Meine Analyse folgt diesem theoretischen Konzept. „Somit kann z. B. die Einweisung in die Anstalt und das Finden einer Diagnose als interaktiver Prozess begriffen und analysiert werden.“³⁵⁸ Denn bei der Konstruktion eines Krankheitsbildes wirkten ihrer Meinung nach verschiedenste „soziale AkteurInnen“ zusammen und es kann eher von einer Wechselbeziehung zwischen Arzt und Patientin bzw. Angehörigen gesprochen werden als von einem „vertikale[n] Oben-Unten-Gefüge“. Das Gutachten wurde zwar vom Arzt ausgefüllt und die Krankheit diagnostiziert, jedoch spielten dabei die Darstellungen der Patientin selbst, der Familienangehörigen oder anderer Personen eine Rolle. Wie bei Nolte ist auch in den Krankenakten der NLHPA eine „[...] Erhebung der sozialen und persönlichen Lebensumstände sowie der subjektiven Krankheitswahrnehmungen der

³⁵⁷ Landwehr, Diskursanalyse, 100.

³⁵⁸ Nolte, Hysterie, 19.

Patientinnen³⁵⁹ relevant für die Diagnosefindung.³⁶⁰ Aufbauend auf dieses Konzept werde ich im Folgenden die Krankenakten dahingehend untersuchen und zeigen, welche ‚atypischen‘ Weiblichkeitsformen die Patientinnen der NLHPA aufwiesen aufgrund der Konfliktpotenziale und Problemfelder sich aus dem Umfeld der Hysterikerinnen ergaben.

Kontextanalyse

In der ersten zu analysierenden Krankenakte wurde der Fall Frau K. behandelt. Die 19jährige Frau (geboren 1900 in Wien) wurde am 20.05.1920, nach einem zweitägigen Aufenthalt im Beobachtungszimmer des Allgemeinen Krankenhauses Wien, in die NLHPA überwiesen. Dieser Aufenthalt war bereits der zweite und erstreckte sich über einen Zeitraum von drei Monaten und einen Tag. Sie wurde anschließend in die ‚Irrenanstalt‘ Sternberg transferiert. Bei ihrem ersten Aufenthalt (17.12.1919–8.1.1920) wurde sie 22 Tage aufgenommen und dann als geheilt entlassen. Frau K. war ledig und als Hausgehilfin tätig.

Bei der zweiten Patientin, die laut Krankenakte an Hysterie litt, handelte es sich um die 29jährige Frau V. (geboren 17.03.1894 in Prag), die am 11.2.1924 nach einem dreitägigen Aufenthalt in der „Psychiatrischen Klinik und Beobachtungsstation“ des Wiener Allgemeinen Krankenhauses erstmals überwiesen wurde. Dort befand sie sich drei Monate und sechs Tage in Behandlung, bevor sie aufgrund eines Reverses entlassen wurde. Frau V. war zum Zeitpunkt der Einweisung geschieden und lebte mit ihren drei Kindern und einem Untermieter im sechzehnten Wiener Gemeindebezirk. Beruflich war sie Hausnäherin und als Vermieterin tätig. Sie stand, laut Krankengeschichte, seit mehreren Wochen im „Psychoanalytischen Ambulatorium“ in Behandlung, da sie unter „schweren Angstzuständen“³⁶¹ litt.

Die Patientinnenakten sind im Zuge der Aufenthalte in der NLHPA und im AKH entstanden. Die Krankengeschichten setzten sich aus mehreren Teilen zusammen, die

³⁵⁹ Ebd., 308.

³⁶⁰ Ebd., 18f, 308f.

³⁶¹ WStLA, M.Abt. 209 – Otto-Wagner-Spital (Baumgartner Höhe; Steinhof), A11/1 – Krankengeschichten Frauen / 1918–1927, Schachtel 7, Frau V.

vom zuständigen Arzt ausgefüllt wurden.³⁶² In diesem Fall handelte es sich um Krankengeschichten der NLHPA und den Abgangsbögen für die ‚Irrenanstalt‘ aus der Psychiatrischen Klinik. Die Krankengeschichten der erstgenannten Institution sind detaillierter und deshalb wird ihnen mein Hauptaugenmerk zuteil. Einerseits sind die vorkommenden Diskurse in der Krankenakte durch die Erzählung der Patientin geprägt und andererseits von den Aufzeichnungen, die der Arzt vorgenommen hat.

Die Krankenakten sind geprägt von der institutionellen Vorgehensweise, die bei jeder Patientin nach einem bestimmten, schon vorgefertigten Muster zur Anwendung kam. Dennoch blieb ein Spielraum im Examen bzw. in der Anamnese vorhanden, da dieser Teil durch direkte und indirekte Rede von Seiten der Patientin geprägt war. Die Krankenakte wurde angefertigt, um den Krankheitsverlauf der Patientin nachzuvollziehen und die Heilung und Pflege in der Anstalt voranzutreiben sowie bei Überweisungen bzw. beim Arztwechsel dem neuen Arzt Informationen über den Zustand der Patientin zukommen zu lassen. Demnach stellte die Krankenakte einen informativen und medizinischen Bestandteil des medizinischen Apparates dar.

8.1 Patientin K.

Makroanalyse

Bei der Aufnahme „erzählt [die Patientin K.] lächelnd, dass sie wegen Suicidabsicht hereingekommen sei“³⁶³, da ihr Freund und sie sich getrennt hätten. Für die Trennung wurden zwei Gründe genannt: Einerseits sei sie von Freunden ihres Freundes der Untreue beschuldigt worden und andererseits habe dieser ihr vorgeworfen, ihm ihre Unfruchtbarkeit, aufgrund einer Operation der Gallenblase und des Blinddarms, verheimlicht zu haben. Deshalb wollte sie sich in die Donau stürzen, bekam dabei aber einen Anfall. Keine Rolle bei der Trennung spielte hingegen ihre ‚Frigidität‘ beim Sexualverkehr mit ihrem Partner. Im Abgangsbogen des AKHs wurde ihr Suizidversuch in verkürzter Form geschildert. Die zweite Einweisung folgte auf einen weiteren

³⁶² Näheres zum Aufbau der Krankenakten vgl. Kapitel 3.2.

³⁶³ Die weiteren Zitate beziehen sich, sofern nicht anders angegeben, auf: WStLA, M.Abt. 209 – Otto-Wagner-Spital (Baumgartner Höhe; Steinhof), A11/1 – Krankengeschichten Frauen / 1918–1927, Schachtel 10, Frau K.

Selbstmordversuch der Patientin, da sie sich beim Geschlechtsverkehr mit einem weiteren Mann mit einem Ausfluss infiziert habe und ihr Freund sich wegen der Affäre von ihr getrennt habe. Es geht aus der Krankenakte nicht hervor, ob es sich beim Freund um denjenigen handelte, der eine Rolle beim ersten Aufenthalt spielte. Im Abgangsbogen des AKHs wurde zusätzlich geschildert, sie würde sich mehr Sorgen über den Ausfluss machen als über die Trennung von ihrem Freund.

Mikroanalyse

Die Krankengeschichte ihres ersten Aufenthaltes der NLHPA ist bestimmt von negativen Zuschreibungen über das Verhalten der Patientin. So heißt es in der Anamnese, dass Freunde durch „falsche Beschuldigungen“ behaupteten, die Patientin habe sich wie eine „Dirne“ benommen, sie sei „schlecht“, der Freund habe ihr die Operation „vorgehalten“ und zwar wiederum mit dem „Vorwurf“, sie habe ihm „verheimlicht“, unfruchtbar zu sein. Sie sei von den Freundinnen ihres Freundes „schlecht“ gemacht worden. Trotz dieser Vorwürfe betonte sie, dass dies nicht der Grund ihrer Trennung gewesen sei, er hätte sie sogar heiraten wollen. Die Äußerungen der Bekannten, sie sei eine „Dirne“, habe er zur Kenntnis genommen und sie darauf angesprochen, doch er habe dies „ohne jeden Skandal, in guter Weise gesagt“. Die Anamnese ist bestimmt durch Vorwürfe und Unterstellungen von Seiten des Arztes, der ihr den „Vorhalt“ machte, die Leute hätten keine Zeit, sich um sie zu kümmern, wenn sie sich wirklich ins Wasser gestürzt hätte. Zusätzlich bemerkte er des Öfteren ein „verschmitztes Lächeln“. Er notierte, dass sie während der Anamnese als anfangs „heiter“, gegen Ende „traurig“ gewesen sei, sie „nimmt an den Vorgängen in der Umgebung keinen Anteil, blickt traurig vor sich hin“. Die Anamnese des zweiten Aufenthaltes ist kürzer und die Bemerkungen des Arztes sind deutlich zurückhaltender. Die Patientin hätte in „gedrückter Stimmung“ erzählt. Sie selbst sei „mutlos und ohne jede Zuversicht auf ein besseres Leben“, sie habe „jede Hoffnung verloren“ seit sie sich beim Freund ihres Geliebten, beim einmaligen Geschlechtsverkehr, infiziert hätte.

8.1.1 Geschlechter- und Familienordnung

Aus der Krankenakte von Frau K. wird deutlich, dass sie mit den Rollenanforderungen nicht zurechtkam. Laut einer These von Smith-Rosenberg konnten Mädchen in der

Kindheit eine gefühlsbetonte Rolle einnehmen, die sie mit der Heirat aufzugeben hatten. In diesem Fall war die Patientin zwar nicht verheiratet, hatte aber dennoch mit den Rollenanforderungen zu kämpfen. Sie schilderte „als Kind immer lustig gewesen zu sein“, erwähnte, dass es ihr „jetzt wehe tut“, wenn andere lustig sind und berichtete im gleichen Absatz, dass sie sich ihren Lebensunterhalt allein bestreiten würde – „sie verdiente sich ihr Brot allein durch Arbeit in der Fabrik“. Durch den ersten Satz wird erkenntlich, für wie schwierig sie dies empfand, ganz im Gegensatz zu ihrer lustigen Kindheit. Daher lässt sich die These bestätigen, dass trotz sich ändernder Wirtschaftsstrukturen und zunehmender Beschäftigung von Frauen in einer Arbeit die Rollenbilder gleich blieben und Kritik durch Hysterie zum Ausdruck kam.

8.1.2 Sexualität

In der Krankenakte von Frau K. wird das doppelbödige Bild der weiblichen Sexualität deutlich. In ihrer Person vereinigte sich das einerseits ‚geringe‘ und andererseits ‚übermäßige‘ Sexualempfinden und nahm in der Hysterie eine extreme Positionierung ein. „Die Freunde haben gesagt, Patientin habe sich als Dirne benommen, sie sei schlecht; [...]“ Im ungefähr zeitgenössischen Meyers Konversationslexikon wird der Begriff „Dirne“³⁶⁴ im Zusammenhang mit Prostitution erwähnt und kann in diesem Kontext damit gleichgesetzt werden. Die Patientin fühlte sich sehr betroffen, dass sie als eine solche bezeichnet wurde. Ihr wurde von Seiten der anderen Freunde ein ‚übermäßiges‘ sexuelles Verlangen unterstellt. In dieser Textpassage wird auch der Vorwurf angesprochen, sie hätte ihrem Freund verheimlicht, dass sie nach zwei Operationen unfruchtbar sei. „Auch habe ihr der Verehrer wegen der Operation etwas vorgehalten [...], dass Patientin ihm verheimlicht habe, sie sei nicht mehr empfänglich für Kinder [...].“ Sie konnte also nicht mehr dem Mutterideal folgen, das zum Ziel hatte Kinder in die Welt zu setzen und die Gesellschaftsstruktur zu erhalten. Der Zusammenhang von Dirne und Unfruchtbarkeit wird auch textlich sichtbar, da beides nur durch ein Semikolon getrennt ist. Im weiteren Verlauf der Anamnese sprach die Patientin über ihre Sexualität und ihre sexuelle Unzufriedenheit. „Patientin hat auch schon mit ihrem Verehrer geschlechtlich zu tun gehabt, hat aber nie daran einen Genuss

³⁶⁴ In Meyers Konversationslexikon wird unter dem Schlagwort „prostituieren“ angegeben: „bloßstellen, öffentlich preisgeben, entehren, schänden; Prostituierte, s. v. w. [so viel wie] öffentliche Dirne. Prostituierten. In: Meyers Konversationslexikon Bd. 13 (Leipzig/Wien ⁴1885–1892) 417. In: <http://www.retrobibliothek.de/retrobib/seite.html?id=113253> [04.08.2009].

gefunden.“ Damit entsprach sie dem Bild der ‚hypersexuellen‘ Hysterikerin, die sich selbst als sexuell unbefriedigt bezeichnete. Gleichzeitig wurde jedoch das Bild der ‚femme fragile‘ konstruiert: „Patientin glaubt nicht, dass er deshalb ihrer überdrüssig wurde“. Für ihren Freund stelle ihre ‚Frigidität‘ kein Problem dar und sei nicht der Grund ihrer Trennung gewesen. Ob ‚femme fatale‘ oder ‚femme fragile‘, beide Figuren seien laut zeitgenössischen Vorstellungen von Erotik durchdrungen und würden eine ‚normale‘ Sexualität und die ‚angebliche‘ natürliche Rolle als Mutter verweigern. Interessant ist, dass der Krankenakte auch über eine angeblich falsche Beschuldigung wegen Diebstahl von Seiten ihres Dienstgebers verzeichnet ist, worauf sie einen Selbstmordversuch unternommen hätte. In den Hysterielehren erschien Kleptomanie und Sexualität in enger Relation. „Einmal beschuldigte sie ihre Dienstgeberin fälschlich eines Diebstahls, damals drehte sie den Gashahn auf und fiel dann zusammen.“ Auch wenn sich die Anschuldigung als falsch erwies, so betonte sie trotzdem den „hysterischen Charakter“ der Patientin. Beim zweiten Aufenthalt in der Anstalt wurde ihre ‚Frigidität‘ nicht mehr erwähnt und der Prostitutionsvorwurf fehlte, dafür wurde sie im AKH als „untreu“ bezeichnet, in der Anstalt gab sie an „sich einmal eingelassen“ zu haben mit dem Freund ihres Freundes. Hier wurde an der ‚femme fatale‘ weitergesponnen und ihr ein Seitensprung vorgeworfen: „Sie habe vorgestern ein Zerwürfnis mit ihrem Geliebten gehabt, der von ihr lassen will, weil sie im vorigen Monate ihm einmal untreu war; ein Freund des Geliebten habe sie dazu verleitet [...]“. Bezeichnend ist, dass sie angab, ihre Anfälle hingen mit dem Auftreten ihrer Menstruation zusammen. Das passte in das Konzept, wonach Hysterie mit den Sexualorganen, insbesondere mit der Menstruation, in Verbindung gebracht wurde. Ihrer körperlichen ‚Schwäche‘ unterliege die Frau bis ins Alter, hier sollten die Ärzte ansetzen.

8.1.3 Hysterischer Charakter

Der ‚hysterische Charakter‘ der Patientin würde zur Boshaftigkeit, egozentrischen Verhalten und zum Theatralischen neigen, so die zeitgenössischen Hysterielehren. Auch im vorliegenden Fall beobachtete der zu untersuchende Arzt des Öfteren ein „verschmitztes Lächeln“ während des Gesprächs. Es scheint, als ob der Arzt dies als Angriff bzw. Rebellion auffassen würde und der Hysterikerin eine gewisse Aufmüpfigkeit unterstellt wurde. In Meyers Konversationslexikon wird

„verschmitzt“³⁶⁵ gleichgesetzt mit raffiniert, schlau, abgefeimt. Dies kam dem ‚hysterischen Charakter‘ sehr nahe, der in jeder Hysterikerin ein boshafes Wesen vermutete. Eine Hysterikerin lüge, intrigiere und durchsetze die Umwelt mit ihrem egozentrischen Verhalten. Bei Patientin K. wurde dies mit der verheimlichten Operation relevant. Ihr Verhalten wurde als bewusstes Täuschungsmanöver und Lüge beschrieben: „Auch habe ihr der Verehrer wegen der Operation etwas vorgehalten [...], dass Patientin ihm verheimlicht habe, sie sei nicht mehr empfänglich für Kinder [...].“

Die Krankengeschichte belegt, dass die Rolle der Patientin in Zweifel gezogen, bzw. ihre Problematik als nicht ernsthaft bezeichnet wurde. Der Patientin wurde wenig Glaubwürdigkeit geschenkt, ihre Leiden wurden nicht ernst genommen. Selbst der Anfall sei nicht ernst genug gewesen, ihre gesamte Situation hätte nicht genug Aufmerksamkeit erlangt. Dies stimmt mit der These Dudas überein, die davon ausgeht, dass Rollenkritik der Frau und ihre Ansprüche nicht ernst genommen wurden.

Der ‚hysterische Charakter‘ äußere sich auch im Wechsel zwischen dem geschlechtskonformen Verhalten und der ‚Abweichung‘ davon. In diesem Sinn ist auch das Verhalten der Patientin während der Anamnese zu betrachten, das als weiblichkeitskonformes Verhalten eingeordnet wurde. „Sie macht ihre Angaben tonlos, ohne besonderen Affekt, ist zu Beginn der Unterredung heiter, später traurig.“ Laut Arzt „nimmt [die Patientin] an den Vorgängen in der Umgebung keinen Anteil, blickt traurig vor sich hin“. Durch diese Beschreibung wurde das Bild der passiven Frau gefestigt. Beim zweiten Aufenthalt ist die Krankenakte auch von pessimistischen Zügen durchzogen, so erzähle die Patientin in „gedrückter Stimmung“, sie sei „mutlos und ohne jede Zuversicht auf ein besseres Leben“. Jedoch wurde in diesem Zusammenhang eine Teilnahmslosigkeit nicht mehr erwähnt. Diese Passivität wurde auch durch die Patientin bestärkt, indem sie erzählte, ein Freund ihres Freundes hätte „sie dazu [zur Affäre] verleitet“.

³⁶⁵ In Meyers Konversationslexikon scheint „verschmitzt“ unter dem Schlagwort „Raffinieren“ auf. „[...] bildlich s. v. w. [so viel wie] grübeln, ausklügeln, schlau und berechnend auf etwas sinnen; daher raffiniert, s. v. w. verschmitzt, schlau, abgefeimt; mit Raffinement (s. d. [siehe dieses]) ersonnen. In der offiziellen Polzeisprache bezeichnet R. das Herumstreichen öffentlicher Dirnen.“ In: Meyers Konversationslexikon, Bd. 13 (Leipzig/Wien ⁴1885–1892) 553. In: <http://www.retrobibliothek.de/retrobib/seite.html?id=113390> [04.08.2009]. Unter „Raffinement“ steht: „Feinheit, Schlauheit, ausgesuchte Berechnung, besonders in Ausbeutung alles zur Förderung eines bestimmten Zwecks Dienenden.“ In: Ebd.

Von Alfred Adler wurde der Hysterikerin ein ‚Wille zur Macht‘ unterstellt. Sie wolle ihre ‚inferiore‘, weibliche Rolle gegen eine männliche austauschen. Unter diesem Aspekt kann auch die Krankenakte der Patientin K. gelesen werden, die von negativen Beschreibungen ihrer Person und positiven Attributen für ihren Freund, zeugen. Dieser hätte die „ehrlichsten Absichten“ und „wollte sie sogar heiraten“. Sie hingegen wurde von Freunden als „schlecht“ und untreu bezeichnet. Ihr Freund reagierte auf diese Schilderungen „ohne jeden Skandal, in guter Weise“. So gesehen funktionierte ihre angeblich ‚zügellose‘ Sexualität als Auflehnung gegen ihre weibliche ‚Inferiorität‘ durch Untreue, Unkeuschheit und ‚freier‘ Sexualität. Beim zweiten Aufenthalt hatte sie ein „Zerwürfnis“ mit ihrem Freund, „weil sie im vorigen Monate ihm einmal untreu war“. Verstärkt wurde dies durch ein direktes Zitat in der Krankenakte, worauf die Patientin meinte, sie werde sich nicht mehr wegen des Geliebten ärgern, denn „andere Mütter haben auch schöne Kinder“. Eine weitere Auflehnung kam in ihrem Bestreben zum Ausdruck sich operieren zu lassen. Trotz eines Verbots durch ihre Mutter, habe sie sich „doch“ operieren lassen. Auch wenn sie in diesem Fall nicht gegen eine männliche Autorität rebelliert hat, setzte sie doch ihren Kopf gegen eine höhere Autorität durch: „Die Mutter hatte damals der Pat. [Patientin] mit einer Karte die Operation verboten, Pat. hat sich aber doch operieren lassen.“

8.1.4 Disziplin durch Medizin

Aus den kargen und weitgehend unleserlich geschriebenen Tagesnotizen kommt hervor, dass sich die Patientin bei ihrem zweiten Aufenthalt anfangs „ruhig“ verhielt, „ist aber in ihrer Stimmung recht labil, manchmal weinerlich, unzufrieden“. Nach weiteren zwei Monaten wurde vermerkt, dass „Pat. immer gereizt [sei], droht anderen Teller an den Kopfe zu werfen“. Bald darauf wurde sie in die ‚Irrenanstalt‘ Sternberg überwiesen. Der disziplinierende Charakter der Anstalt schien anfangs zu wirken, da sich die Patientin ruhig und ihrem Geschlechtscharakter entsprechend verhielt. Nachdem sie zunehmend dem ‚hysterischen Charakter‘ entsprach, wurde sie in eine andere ‚Irrenanstalt‘ überwiesen. Dies deutet auf den sozialdisziplinierenden Charakter der Anstalt hin, worauf die Hysterikerin erst entlassen werden sollte, wenn sie wieder dem Weiblichkeitsideal entsprach. Verstärkt wird der disziplinierende Anstaltscharakter auch durch die Tatsache, dass Frau K. bei ihrem zweiten Aufenthalt aufgrund eines gerichtsarztlichen Gutachtens bis zu sechs Monaten in einer „geschlossenen“ Anstalt

festgehalten werden konnte. Dies kam einem Zwangsaufenthalt gleich. Bei ihrem ersten Aufenthalt wurde in den Tagesnotizen „ruhig, geordnet“ vermerkt, weshalb sie wohl auch nach 22 Tagen als geheilt entlassen wurde. In diesem Fall wurde der „Beschluss über die Anhaltung in einer geschlossenen Anstalt“ vom Richter abgewiesen.

8.2 Patientin V.

Makroanalyse

Aus der Krankenakte von Frau V. geht hervor, dass die Patientin in die NLHPA überwiesen wurde, nachdem sie ihren kleinen Sohn mit einem Messer bedrohte. Zuvor hätten ihre Kinder sie verbal und tätlich angegriffen. Aus Angst, was für eine „Bestie [sie] hätte sein können“³⁶⁶, bat sie den in Miete befindlichen Fleischhauergehilfen seine Messer zu versperren. Aus der Anamnese erfährt man, dass ihr erster Mann früh verstarb, ihr zweiter Mann sie verließ, da er ihre Kinder aus der ersten Ehe nicht akzeptierte. Sorgen bereite ihr die Versorgung ihrer Kinder, da sie aufgrund der schlechten Arbeitslage als Näherin wenig verdiene. Im angefügten Abgangsbogen des AKHs sind weitere Details enthalten. So war sie bereits einmal wegen Selbstmordabsichten in einer psychiatrischen Klinik, wurde gegen Revers entlassen und war über mehrere Wochen wegen Angstzuständen wieder in psychoanalytischer Behandlung. Anlass war ein „Angsttraum“ über den Tod eines ihrer Kinder, worauf sie die Sprache verlor. Zehn Tage vor der Aufnahme litt sie unter heftigeren Angstzuständen. Weiter befürchtete sie, eines ihrer Kinder zu ermorden, da sie von einem Vorfall dieser Art gelesen hatte. Laut Angaben ihrer Nachbarn leide sie unter Anfällen, an die sich die Patientin jedoch nicht erinnern könne.

Mikroanalyse

Die Patientinnenakte ist bestimmt von Begriffen, die eine Nichterfüllung der Mutterrolle signalisieren. Frau V. machte während der Anamnese einen „gedrückten“

³⁶⁶ Die weiteren Zitate beziehen sich, sofern nicht anders angegeben, auf: WStLA, M.Abt. 209 – Otto-Wagner-Spital (Baumgartner Höhe; Steinhof), A11/1 – Krankengeschichten Frauen / 1918–1927, Schachtel 7, Frau V.

Eindruck und erzählte, „von den Kindern sekiert und brutal behandelt“ und von ihnen „geschlagen“ worden zu sein. Sie sei „wütend“ mit einem Messer auf ihren Sohn „losgegangen“ und befürchtete, dass sie eine „Bestie“ hätte sein können. Gleichzeitig hob sie ihre Bemühungen, eine ‚gute‘ Mutter zu sein, hervor. „Den Kindern zuliebe“ ließ sie ihren zweiten Ehemann „fallen“, da er diese nicht akzeptierte. Vom schwierigen Gleichgewicht zwischen ‚guter‘ und ‚schlechter‘ Mutter zeugt auch die Tatsache, dass sie nur Hausarbeiten übernehmen konnte, „da sie die Kinder nicht sich selbst überlassen kann“.

8.2.1 Geschlechter- und Familienordnung

In der Krankenakte von Frau V. kommt deutlich zum Ausdruck, dass sie mit den Rollenanforderungen überlastet war. Einerseits sollte sie als Alleinerzieherin eine ‚gute‘ Mutter sein und sich den weiblichen Geschlechtscharakteren entsprechend verhalten, andererseits musste sie alleine für ihre Kinder sorgen, um ihr Überleben zu sichern. „Sie steht nun allein den Kindern gegenüber, gegen die sie nicht aufkommt, muß außerdem für die Kinder alleine sorgen und kann nur Hausarbeiten übernehmen da sie die Kinder nicht sich selbst überlassen kann, und habe oft schwere Nahrungssorgen, da es jetzt mit der Arbeit schlecht bestellt ist.“ Diese Aussagen des Arztes kommen einem Versagen ihrer ‚angeblichen‘ Mutterinstinkte gleich sowie ihre ‚Unfähigkeit‘, als Hysterikerin, die Mutterrolle übernehmen zu können. Als Hysterikerin konnte sie sich aus den erdrückenden Verhältnissen befreien und sich ihrer Rolle als funktionierende Hausfrau und Mutter entledigen. Die diskrepanten Rollenerwartungen, die sie nicht erfüllen konnte erschienen deutlich. So sei sie „von den Kindern sekiert und brutal behandelt worden und sei auch von den Kindern geschlagen worden“. Im Gegenzug habe sie „das lange Küchenmesser erwischt“ und ihren Kindern damit gedroht.

Patientin V. wollte einerseits dem bürgerlichen Mutterideal entsprechen. Indem sie sich diesem, wie von Braun formulierten, aufoktroierten Mutterttypus gleichzeitig widersetzte, kritisierte sie dieses Modell. Ihr übertriebenes Muttergefühl kommt in der Akte des Öfteren zum Vorschein. Durch die Übertreibung der Hysterikerin, so Braun, wurde ihre Kritik am Mutterideal deutlich. Mehrmals betonte sie, sie könne die „Kinder nicht sich selbst überlassen“ und übernehme deshalb nur Nährarbeiten, die sie zuhause erledigen konnte. Sie sei „in grosser Sorge um ihre Kinder, von denen sie sich nicht

trennen will, bevor sie nicht ihre neue Unterkunft weiss“. Und „den Kindern zu liebe“ verließ sie auch ihren zweiten Ehemann, da er die Kinder erster Ehe „wegbringen wollte“, und stellte ihn vor die Wahl, entweder „die Kinder [zu] behalten oder aber von ihr weg[zu]gehen“. Hier wird ihre Bereitschaft zur Aufopferung ersichtlich, das Bild der geborenen Dienerin, wie es Smith-Rosenberg gezeichnet hat.

8.2.2 Hysterischer Charakter

Auch wenn der Terminus des ‚hysterischen Charakters‘ in der Krankenakte nicht auftaucht, lässt er sich dennoch zwischen den Zeilen herauslesen. So tyrannisierte sie beispielsweise ihre Umgebung: „Als einmal ein Bub auf sie ein Stück Holz warf, sei sie wütend geworden und habe das lange Küchenmesser erwischt und damit sei sie auf den Buben losgegangen.“ Als sie sich ihres Verhaltens bewusst wurde, wollte sie alle Messer aus dem Haus entfernt wissen, aus Angst, „was für eine Bestie [sie] hätte sein können“. Laut Meyers Konversationslexikon bezeichnet der Begriff „Bestie“³⁶⁷ ein wildes Tier, ist aber auch Ausdruck für einen „tierisch-rohen Menschen“. Mit dieser begrifflichen Zuschreibung etikettierte sie ihren ‚schlechten‘ Charakter, der in den zeitgenössischen Theorien so typisch für die Hysterikerin erschien. Außerdem rückte sie die weibliche ‚Natur‘ in die Nähe des Tieres und schrieb sich selbst animalisches Verhalten zu. Ein solches würde von einer ‚niederen‘ Evolutionsstufe zeugen, und die Frau in die Nähe des Verbrechertums setzen. Man könnte auch meinen, dass sie durch grausamen männlichen Protest ihre weibliche Rolle überwinden wollte. Aus den kargen Tagesnotizen ist auch aufgrund von Unleserlichkeit wenig – über Verhaltensänderungen – zu ermitteln, nach ca. einem Monat wurde jedenfalls festgestellt, dass die Patientin „ruhig, fügsam, einsichtig“ sei. Dieses dem weiblichen Geschlechtscharakter entsprechende Verhalten stand im klaren Widerspruch zu ihrer vorherigen ‚Bestialität‘.

8.2.3 Lektüre

Bereits die ‚normale‘ Frau würde zur Lügenhaftigkeit neigen in ihrer Steigerung würde die Hysterikerin durch bewusste oder unbewusste Lügen ihre Umgebung in die Irre leiten. Und dadurch dass alle Frauen ein ‚Nichts‘ seien, wie es Weininger definierte,

³⁶⁷ In: Meyers Konversationslexikon, Bd. 2 (Leipzig/Wien 1885–1892) 820. In: <http://www.retrobibliothek.de/retrobib/seite.html?id=102082> (04.08.2009).

seien sie leicht der Suggestion ausgeliefert, insbesondere die Hysterikerin. Deshalb würde ihnen eine Unterscheidung zwischen Realität und Phantasie, Gelesenem sowie Geträumten schwerfallen. Diese Zuschreibung kam auch bei Frau V. vor. Als Vorgeschichte wurde angegeben, dass die Patientin vor einigen Wochen aufgrund eines „Angsttraum[s]“ über den Verlust eines ihrer Kinder ‚mutistisch‘ (sprachlos und verschlossen) geworden war und in das psychoanalytische Ambulatorium aufgenommen wurde: „Vor einigen Wochen hatte sie einen schweren Traum, sie habe ein Kind durch Tod verloren, erwachte, fühlte neben sich den kalten Körper des Kindes, verlor aus Schrecken die Sprache.“ Auch stellten sich „Zwangsgedanken“ ein, eines ihrer Kinder umzubringen – „nach Lektüre der Ermordung eines Kindes [...] Zwangsgedanken entwickelte, eines ihrer Kinder mit dem Messer abzustechen“. Sie plagten heftige Angstzustände. Hier kommt eine weitere Eigenheit der Hysterikerin zum Vorschein, nämlich zwischen Phantasie und Realität nicht unterscheiden zu können. Wie die Ärzte vermerkten könnte selbst Schundlektüre der Frau schaden. Laut Krankenakte war Frau V. während der Anamnese in Erinnerung „an das Erlebnis derart versunken“, dass sie „auf das Heftigste erschrickt“, als man sie ansprach, und sich „längere Zeit besinnen“ musste, bis sie antworten konnte. Beim Lesen dieser Notizen entsteht der Eindruck, dass die Patientin auch bei der Anamnese in eine Traumwelt eintauchte.

8.2.4 Disziplin durch Medizin

Mediziner und Psychiater versuchten die Hysterikerin durch Disziplinierungs- und Erziehungsmaßnahmen wieder herzustellen. Dies sollte durch Bestrafung, Isolation und Kontrolle erreicht werden. Die machtvolle Position der Medizin ist auch aus der Krankenakte von Frau V. erkennbar. In der Anamnese des AKHs wurde folgendes verzeichnet: „[Sie] fürchtet interniert zu werden“, und die Patientin sei „auf die Psychiatrie zu verschaffen“. Im AKH wurde ihr die Anstalt in Aussicht gestellt. „Auf die Drohung nach Steinhof zu kommen, bittet sie, hierbleiben zu dürfen.“ In die NLHPA zu kommen, bedeutete in eine isolierte Anstalt eingeliefert zu werden, die nach einer strikten Ordnung funktionierte. Den Wunsch nach ‚Normalisierung‘ äußerten auch die Patientinnen. Bei Frau V. ging es um ihre Kinder, die sie aufgrund ihrer Arbeit und sonstigen Probleme nicht vollends versorgen und erziehen konnte. Sie wurde, wie

bereits Frau K., aufgrund eines gerichtsärztlichen Gutachtens in der Anstalt festgehalten. Erst aufgrund eines Reverses wurde sie entlassen.

9 Resümee

Die Hysterikerin stellte den ‚Antitypus‘ der ‚normalen‘ Frau dar und drückte ‚atypische‘ Weiblichkeit aus. Sie schaffte es, die bürgerliche Familienordnung auf den Kopf zu stellen, wies auf deren einengendes Korsett und Unterdrückungspotenzial hin und erregte damit Aufmerksamkeit. Das bürgerliche Weiblichkeitsideal verlangte von der Frau, ihre Rolle auf den häuslichen Raum zu begrenzen und ihre Familie zu umsorgen. Damit einhergehend sollte sie ihre Mutterfunktion erfüllen, an deren Bewerkstelligung sie gemessen wurde. Dieses Mutterideal wurde den Frauen anerzogen und einverleibt, sodass sie sich an die Regeln hielten, ohne sich deren bewusst zu sein. Nach dieser Norm wurden Frauen, die sich dem Mutterideal verweigerten oder es ‚schlecht‘ erfüllten, verurteilt. Der Diskurs zur ‚verdrehten‘ Geschlechterordnung lässt sich auch in den zwei Patientinnenakten der NLHPA finden. Frau K. lebte nicht nach dem Ideal der bürgerlichen Kleinfamilie: Sie war ledig, erwerbstätig, hatte weder Kinder noch Ehegatten, jedoch einen Freund oder Geliebten, ihr wurde Promiskuität unterstellt. Auch wenn ihr Leben selbstbestimmt wirkte, trug sie dennoch einen Konflikt mit den Rollenanforderungen aus, was vor allem an ihren Äußerungen zur Erwerbstätigkeit deutlich wurde. Berufstätigkeit und für sich zu sorgen empfand sie als belastend, ob ihre Anstellung als Hausgehilfin konfliktbelastet war lässt sich kaum sagen. Ein möglicher Hinweis auf ein schwieriges Verhältnis könnte ein unterstellter Diebstahl sein.

Frau V. hingegen war Mutter von drei Kindern, für deren Unterhalt sie zu sorgen hatte. Eine traditionelle Kleinfamilie bestand auch hier nicht: Verwitwet – der zweite Mann verließ sie – lebte sie mit den Kindern und einem Untermieter zusammen. Auch wenn in den Krankenakten keine Wertungen für eine solche Familienstruktur enthalten sind, geht aus ihnen eine ‚Unfähigkeit‘ zur Erfüllung der Mutterfunktion hervor. Für ihre Kinder stellte sie die ‚geborene Dienerin‘ dar, gleichzeitig hatte sie, um zu überleben, Stärke zu zeigen. Dieser Diskrepanz hielt sie nicht stand, sie wurde zur Hysterikerin. Die von Braun formulierte These, wonach Hysterikerinnen ihre Mutterschaft übertrieben, kann hier bestätigt werden. Während der gesamten Anamnese sprach die Patientin immer wieder von ihrer fürsorgenden und kümmernden Rolle gegenüber ihren Kindern.

Nymphomane, frigide und homosexuelle Frauen verkörperten einen Typus, der dem Mutterideal entgegentand und sich zudem in der Verweigerung einer ‚normalen‘ Sexualität äußerte. Solche Frauen würden sich der Fortpflanzung, der Erhaltung der Gesellschaft und der Unterwerfung unter einen Mann entgegenstellen. Beide, die ‚frigide‘ als auch ‚nymphomane‘ Hysterikerin, seien von Erotik ‚durchdrungen‘ und würden deshalb im Alltagsleben versagen und ihre ‚natürliche‘ Rolle als Mutter verweigern. Doch schon der ‚normalen‘ Frau wurden zwei diskrepante Seiten ihres Sexualtriebes zugeschrieben – dieser würde sich entweder in einer ‚schwach‘ ausgeprägten oder einer ‚übermäßigen‘ Libido äußern. In der Krankenakte von Frau K. wurde dieses ‚abweichende‘ Sexualverhalten beschrieben: Sie wurde sowohl als ‚femme fatale‘ als auch als ‚femme fragile‘ dargestellt – beides widersprach dem Weiblichkeits- und Mutterideal. Mit devianter Sexualität in Zusammenhang gebracht wurde auch ihr vermuteter Diebstahl als Hausangestellte. Der Erwähnung in der Krankenakte wurde eine Relation zu Theorien beigelegt, welche die Frau unter anderem aufgrund ihrer ‚spezifischen‘ Sexualität in die Nähe von Kriminellen rückte.

Die Hysterikerin wich von den ihr zugeschriebenen Geschlechtscharakteren ab. Die passive und emotionale Frau, wie sie in Kapitel 6 dargestellt wird, stellte das bürgerliche Weiblichkeitsideal dar. Kurz zusammengefasst sollte sie schwach, ergeben, hingebend, wankelmütig, bescheiden, abhängig, betriebsam, emsig, bewahrend, empfangend, selbstverleugnend, anpassungsfähig, liebend, gütig, sympathisch, gefühlsbetont, gemütvoll, empfindsam, keusch, schicklich, liebenswürdig, taktvoll, verschönernd, anmutig und schön sein. Vom geschlechterkonformen Verhalten wich die Hysterikerin ab, indem sie sich diesem verweigerte oder ein übertriebenes Verhalten – den ‚hysterischen Charakter‘ – an den Tag legte. Die zeitgenössischen Ärzte meinten zwar, dass dieser Charakter im Prinzip jeder Frau zu Eigen sei, sich aber in der Hysterikerin extrem steigern würde. Besonders die Lügenhaftigkeit, die von der Hysterikerin bewusst als auch unbewusst betrieben würde, wäre Ausdruck dieses Charakters. Die Verlogenheit rückte die Hysterikerin auch in die Sphäre der Kriminellen. Durch ihre Suggestibilität sei es ihr kaum möglich, zwischen Realität und Phantasie zu unterscheiden. Selbst die Lektüre von Romanen könne sie nicht von der Realität unterscheiden. Sexuelle Übergriffe von Männern wurden als Wunschphantasien der Hysterikerin abgewiesen oder sie selbst als Täterinnen hingestellt. Sexualität wurde bei der Hysterikerin zur kriminellen Handlung. Ihre nicht befriedigte Libido würde sie

zu solchen Handlungen treiben. Viele dieser Frauen folgten dabei einem ‚Willen zur Macht‘, indem sie versuchten ihre ‚inferiore‘ weibliche Rolle durch eine männliche zu ersetzen. Ausgedrückt werde dies durch ‚männliches Verhalten‘ oder eine ‚Übersteigerung‘ des weiblichen, sowie eine aktive Sexualrolle. Der ‚hysterische Charakter‘ wurde in der Krankenakte von Frau K. vermerkt, etwa im ‚verschmitzten Lächeln‘ während der Unterredung. Auch ihre Lügen und Verheimlichungsstrategien untermauerten eine solche Sicht. Ihre Anfälle wurden verurteilt, nicht jedoch die an sie gestellten Rollenerwartungen. Das hysterische Verhalten von Frau K. drückte sich in ihrem ‚hysterischen Charakter‘ und ihrer übertriebenen Passivität aus. Der ‚Wille zur Macht‘ äußerte sich bei der Hysterikerin durch treuloses Verhalten, etwa auch ihren Seitensprung. Auch die Auflehnung ihrer Mutter gegenüber passte in dieses Konzept, auch wenn hier nicht einer männlichen Autorität getrotzt wurde. Auch nach drei Monaten Anstalt blieb sie bei ihrem ‚atypischen‘ Verhalten und sie wurde deshalb in eine ‚Irrenanstalt‘ weiterverwiesen. Dem Bild der tyrannischen Hysterikerin entsprach auch Frau V. Auch wenn es zu keinen folgenreichen Handlungen kam, sah sie sich als ‚Bestie‘ und grausam und passte damit in das Bild der vermännlichten Hysterikerin. Da nach längerem Aufenthalt bei der Patientin ein geschlechterkonformeres Verhalten beobachtet wurde, konnte man sie gegen Revers entlassen.

Dass Frauen nach Bildung und Selbsterfüllung im Beruf riefen, kommt ebenso in den Krankenakten zum Ausdruck. Wobei intellektuelle Betätigungen, aber auch triviale Lektüre als ‚Abweichen‘ und von den Ärzten als Grund für die Entstehung der Hysterie erkannt wurden. Intellektuelle Bildung würde den weiblichen Organismus schädigen und zur sexuellen ‚Abnorm‘ führen. Des Weiteren würde dadurch die Suggestibilität der Hysterikerin verstärkt, die Grenzen zwischen Realität und Phantasie würden noch weiter verschwimmen und sie zur bewussten oder unbewussten Lüge führen. Den Hysterikerinnen wurde eine für Frauen ungewöhnliche Intelligenz zugesprochen. Anatomisch bedingt sei sie aber auch ganz ihrem Körper unterworfen. Frau V. widmete sich der anspruchslosen Lektüre und selbst das genügte für die Vorstellung eines ihrer Kinder umzubringen. Ihre ‚Zwangsgedanken‘, und ihre ‚versunkene‘ Art führten zur Annahme, sie könne kaum zwischen Realität und Phantasie unterscheiden.

Die Mediziner sollten die Hysterikerin wieder dem Weiblichkeitsideal anpassen: Wer keine ‚gute‘ Mutter und Ehefrau war, sollte durch Therapie und Behandlung dazu

erzogen und diszipliniert werden. Vielfach war dieser Wunsch soweit internalisiert, dass sich die Hysterikerinnen danach sehnten, wieder diesen Normen zu entsprechen. Zu den medizinisch-psychiatrischen Maßnahmen gehörten Isolation, Bestrafung, Kontrolle und das Bestreben der Ärzte, den Willen der Hysterikerin zu brechen. Frau K. wurde aufgrund eines gerichtsärztlichen Gutachtens in der NLHPA festgehalten und nach drei Monaten in eine andere ‚Irrenanstalt‘ weiterverwiesen, da die ‚Behandlung‘ nicht zu wirken schien. Bei Frau V. wird das disziplinierende Bestreben deutlich erkennbar: Ihr wurden Zwangsmaßnahmen im Revers und Überwachung angedroht.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die beiden Patientinnen der NLHPA nicht dem bürgerlichen Weiblichkeitsideal entsprachen, sondern in das Bild der hysterischen und ‚atypischen‘ Weiblichkeit passten. Dabei ist auf die Wechselwirkung zwischen Arzt und Patientin zu verweisen, die ausschlaggebend für die Diagnosefindung war. In den beiden Krankenakten wurde diese Beziehung insoweit analysiert, als dass hysterisches Verhalten einerseits vom Arzt und andererseits von den Patientinnen selbst wahrgenommen wurde. Die hier unternommene Forschungsarbeit wirft neue Fragen auf: Inwieweit ist eine ‚atypische‘ Weiblichkeit auch in anderen Krankheitsbildern dieser und ähnlichen Anstalten zu finden? Inwiefern lassen sich dort Unterschiede zur Hysterie feststellen? Ebenso erfolgsversprechend wäre es, den Blick auf die männliche Hysterie auszuweiten und in den Krankenakten danach zu forschen, wie sich eine solche Diagnose ausdrückte. Lässt sich dabei eine ‚Verweiblichung‘ des männlichen Geschlechts feststellen oder andere ‚Abweichungen‘ von männlicher Aktivität und weiblicher Passivität? Zeitlich ließe sich das Spektrum ebenso erweitern: Die hier durchgeführte Diskursanalyse bezog sich auf Krankenakten, die im Zeitraum 1918–1927 entstanden, genauer genommen aus den Jahren 1919–1920 und 1924. Es stellt sich die Frage, wie sich das Krankheitsbild über diesen Zeitraum hinaus gestaltet hat. Das Forschungsfeld bietet noch viele Möglichkeiten in die Geschichte der Rollenverteilung der Geschlechter einzudringen.

Quellen- und Literaturverzeichnis

Quellen

WStLA, M.Abt. 209 – Otto-Wagner-Spital (Baumgartner Höhe; Steinhof), A11/1 – Krankengeschichten Frauen / 1918–1927, Schachtel 1–30.

Einzelakten

WStLA, M.Abt. 209 – Otto-Wagner-Spital (Baumgartner Höhe; Steinhof), A11/1 – Krankengeschichten Frauen / 1918–1927, Schachtel 7, Frau V.

WStLA, M.Abt. 209 – Otto-Wagner-Spital (Baumgartner Höhe; Steinhof), A11/1 – Krankengeschichten Frauen / 1918–1927, Schachtel 10, Frau K.

Literaturverzeichnis

Monika Ankele, Alltag und Aneignung in Psychiatrien um 1900. Selbstzeugnisse von Frauen aus der Sammlung Prinzhorn (Wien/Köln/Weimar 2009).

Elisabeth Badinter, Die Mutterliebe. Geschichte eines Gefühls vom 17. Jahrhundert bis heute (München²1985).

Janet Beizer, Ventriloquized Bodies. Narratives of Hysteria in Nineteenth-Century France (Ithaca/London 1994).

Dirk Blasius, Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses (Frankfurt am Main 1980).

Christina von Braun, Nicht ich. Logik, Lüge, Libido (Frankfurt am Main 1985).

Christina von Braun, „Frauenkrankheiten“ als Spiegelbild der Geschichte. In: Farideh Akashe-Böhme, Von der Auffälligkeit des Leibes (Edition Suhrkamp 1734 = Neue Folge Band 734: Gender Studies, Frankfurt am Main 1995) 98–129.

Joachim Heinrich Campe, Väterlicher Rath für meine Tochter. Ein Gegenstück zum Theophron (Quellen und Schriften zur Geschichte der Frauenbildung 3, Braunschweig 1796, Neudruck Paderborn 1988).

Jean-Martin Charcot, Description de la Grande Attaque Hystérique. In: Prog. Méd 7 (11. Januar 1879) 17–20.

Georges Didi-Huberman, Erfindung der Hysterie. Die photographische Klinik von Jean-Martin Charcot (München, 1997).

Sybille Duda, Bertha Pappenheim (1859-1936) Erkundungen zur Geschichte der Hysterie oder „Der Fall Anna O.“. In: Sibylle Duda, Luise Pusch (Hg.), WahnsinnsFrauen Bd.1 (Suhrkamp-Taschenbuch 1876, Frankfurt am Main 1992) 123–145.

Franz X. Eder, „Durchtränktsein mit Geschlechtlichkeit“. Zur Konstruktion der bürgerlichen Geschlechterdifferenz im wissenschaftlichen Diskurs über die „Sexualität“ (18.–19. Jahrhundert). In: Margret Friedrich, Peter Urbanitsch (Hg.), Von Bürgern und ihren Frauen (Bürgertum in der Habsburgermonarchie 5, Wien/Köln/Weimar 1996) 25–47.

Franz X. Eder. Historische Diskurse und ihre Analyse – eine Einleitung. In: Franz X. Eder (Hg.), Historische Diskursanalysen. Genealogie, Theorie, Anwendungen (Wiesbaden 2006) 9–23.

Barbara Ehrenreich, Deidre English, Zur Krankheit gezwungen. Eine schichtenspezifische Untersuchung der Krankheitsideologie als Instrument zur Unterdrückung der Frau im 19. und 20. Jahrhundert am Beispiel der USA (München 1976).

Esther Fischer-Homberger, Hysterie und Misogynie – ein Aspekt der Hysteriegeschichte (1969). In: Esther Fischer-Homberger, Krankheit Frau und andere Arbeiten zur Medizingeschichte der Frau. (Bern/Stuttgart/Wien 1979) 32–48.

Esther Fischer-Homberger, Krankheit Frau. Zur Geschichte der Einbildungen. (Sammlung Luchterhand 498, Darmstadt 1984).

Renate Flich, Wider die Natur der Frau? Entstehungsgeschichte der höheren Mädchenschulen in Österreich (Frauenforschung 3, Wien 1996).

Joseph Grasset, „Hystérie“. In: A. Dechambre, L. Lereboullet, Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales 15 (Paris 1889) 241.

Karin Hausen, Die Polarisierung der „Geschlechtscharaktere“ – Eine Spiegelung der Dissoziation von Erwerbs- und Familienleben. In: Werner Conze (Hg.), Sozialgeschichte der Familie in der Neuzeit Europas (Industrielle Welt, Schriftreihe des Arbeitskreises für moderne Sozialgeschichte 21, Stuttgart 1976) 363–393.

Bettina Heintz, Claudia Honegger, Zum Strukturwandel weiblicher Widerstandsformen im 19. Jahrhundert. Vorbemerkung. In: Claudia Honegger, Bettina Heintz, Listen der Ohnmacht. Zum Strukturwandel weiblicher Widerstandsformen (Frankfurt am Main 1981) 7–68.

Hans-Georg Hofer, Nervenschwäche und Krieg. Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie (1880–1920) (Wien 2004).

Claudia Honegger, Die Ordnung der Geschlechter. Die Wissenschaften vom Menschen und das Weib 1750–1850 (Frankfurt/New York 1991).

Isabel V. Hull, ‚Sexualität‘ und bürgerliche Gesellschaft. In: Ute Frevert (Hg.), Bürgerinnen und Bürger, Geschlechterverhältnisse im 19. Jahrhundert (Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 77, Göttingen 1988) 49–66.

Dianne Hunter, Hysterie, Psychoanalysis, and Feminism: The Case of Anna O. In: *Feminist Studies* 9, H. 3 (1983) 465–488.

Reiner Keller, *Diskursforschung. Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen* (Qualitative Sozialforschung 14, Wiesbaden 2007).

Richard von Krafft-Ebing, *Ueber gesunde und kranke Nerven* (Tübingen 1885).

Richard von Krafft-Ebing, *Psychopathia Sexualis. Mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung* (Wien ¹⁴1912).

Alma Kreuter, *Deutschsprachige Neurologen und Psychiater. Ein biographisch-bibliographisches Lexikon von den Vorläufern bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts*. 3 Bde. (München 1996).

Franziska Lamott, *Die vermessene Frau. Hysterien um 1900* (München 2001).

Achim Landwehr, *Historische Diskursanalyse* (Historische Einführungen 4, Frankfurt am Main 2008).

Marietta Meier, Brigitta Bernet, *Grenzen der Selbstgestaltung. Zur „Produktion“ der Kategorie Geschlecht in der psychiatrischen Anstalt*. In: Bettina Brand-Claussen, Viola Michely (Hg.), *Irre ist weiblich. Künstlerische Interventionen von Frauen in der Psychiatrie um 1900* (Heidelberg 2004) 37–44.

Stavros Mentzos, *Unser Verständnis der Phänomenologie und Psychodynamik der Hysterie am Ende des 20. Jahrhunderts*. In: Alfried Längle (Hg.), *Hysterie* (Wien 2002) 23–34.

Mark S. Micale, *Approaching Hysteria. Disease and Its Interpretations* (New Jersey 1995).

Konstanze Mittendorfer, Häuslich und glänzend – die Biedermeierin. In: Elisabeth Vavra (Hg.), Aufmüpfig & angepaßt. Frauenleben in Österreich (Katalog des Niederösterreichischen Landesmuseums N. F. 419, Wien/Köln/Weimar 1998) 85–100.

Paul Julius Möbius, Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes (Halle ⁸1905, Faksimiledruck München 1977).

Friedrich Mörchen, Über degenerierte Frauen höherer Stände. In: ZfgPN, 4 (1911) 108–116.

Karen Nolte, Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900 (Geschichte und Geschlechter 42, Frankfurt/New York 2003).

Karen Nolte, „...die Unfähigkeit des Weibes, Affektstürmen zu widerstehen“. Hysterie und Weiblichkeit um 1900. In: Bettina Brand-Claussen, Viola Michely (Hg.), Irre ist weiblich. Künstlerische Interventionen von Frauen in der Psychiatrie um 1900 (Heidelberg 2004) 53–61.

Birgit Panke-Kochinke, Die anständige Frau. Konzeption und Umsetzung bürgerlicher Moral im 18. und 19. Jahrhundert (Frauen in Geschichte und Gesellschaft 31, Pfaffenweiler 1991).

Siegfried Placzek, Das Geschlechtsleben der Hysterischen. Eine medizinische, soziologische und forensische Studie (Bonn 1919).

Christa Putz, Von der ehelichen Pflicht zur erotischen Befriedigung. Heterosexualität und ihre Störungen in der deutschsprachigen Medizin und Psychoanalyse (1880–1930) (ungedr. geisteswiss. Diss., Florenz 2009).

Joachim Radkau, Zum historischen Quellenwert von Patientenakten. Erfahrungen aus Recherchen zur Geschichte der Nervosität. In: Dietrich Meyer, Bernd Hey (Hg.), Akten betreuter Personen als archivische Aufgabe. Beratungs- und Patientenakten im Spannungsfeld von Persönlichkeitsschutz und historischer Forschung (Neustadt an der Aisch 1997) 73–101.

Susanne Regener, Die Pathologische Norm. Visualisierungen von Krankheit in der Psychiatrie. In: Gert Theile (Hg.), Anthropometrie. Zur Vorgeschichte des Menschen nach Maß (München 2005) 179–193.

Regina Schaps, Hysterie und Weiblichkeit. Wissenschaftsmythen über die Frau (Reihe Campus 1054, Frankfurt am Main/New York 1992).

Katrin Schmersahl, Medizin und Geschlecht. Zur Konstruktion der Kategorie Geschlecht im medizinischen Diskurs des 19. Jahrhunderts (Sozialwissenschaftliche Studien 36, Opladen 1998).

Pia Schmid, Sauber und schwach, stark und stillend. Der weibliche Körper im pädagogischen Diskurs der beginnenden Moderne. In: Farideh Akashe-Böhme, Von der Auffälligkeit des Leibes (Edition Suhrkamp 1734 = Neue Folge Band 734: Gender Studies, Frankfurt am Main 1995) 55–79.

Yvonne Schütze, Mutterliebe – Vaterliebe. Elternrollen in der bürgerlichen Familie des 19. Jahrhunderts. In: Ute Frevert (Hg.), Bürgerinnen und Bürger, Geschlechterverhältnisse im 19. Jahrhundert (Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 77, Göttingen 1988) 118–133.

Edward Shorter, Moderne Leiden. Zur Geschichte der psychosomatischen Krankheiten (Reinbek bei Hamburg 1994).

Elaine Showalter, The Female Malady. Women, Madness, and English Culture, 1830–1980 (London 1993).

Elaine Showalter, Hysteria, Feminism, and Gender. In: Sander L. Gilman, Helen King, Elaine Showalter et al., Hysteria beyond Freud (Berkeley/Los Angeles/London 1993) 286–344.

Elaine Showalter, Hystorien. Hysterische Epidemien im Zeitalter der Medien (Berlin 1997).

Carroll Smith-Rosenberg, Weibliche Hysterie. Geschlechterrollen und Rollenkonflikt in der amerikanischen Familie des 19. Jahrhunderts. In: Claudia Honegger und Bettina Heintz, *Listen der Ohnmacht. Zum Strukturwandel weiblicher Widerstandsformen* (Frankfurt am Main 1981) 276–300.

Statut für die Niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenranke „Am Steinhof“ in Wien, XIII. (Wien 1907). In: Eberhard Gabriel, *100 Jahre Gesundheitsstandort Baumgartner Höhe. Von den Heil- und Pflegeanstalten Am Steinhof zum Otto Wagner-Spital* (Wien 2007) 221–248.

Wilhelm Stekel, *Die Geschlechtskälte der Frau* (Berlin/Wien 1921).

Ilza Veith, *Hysteria. A History of a Disease* (Chicago 1965).

Ruth Waldeck, Zur Produktion des „schwachen Geschlechts“. In: Jutta Sippel-Süsse (Red.), *Körper Krankheit und Kultur (Ethnopschoanalyse 3)*, Frankfurt am Main 1993) 198–213.

Dorion Weickmann, *Rebellion der Sinne. Hysterie – ein Krankheitsbild als Spiegel der Geschlechterordnung (1880–1920)* (Frankfurt am Main/New York 1997).

Otto Weininger, *Geschlecht und Charakter. Eine prinzipielle Untersuchung* (Wien/Leipzig³1904).

Samuel Alexander Kinnier Wilson, *The Approach to the Study of Hysteria*. In: *Journal of Neurology and Psychopathology* 11 (1931) 193–206.

Internetseiten

„Bestie“ In: Meyers Konversationslexikon Bd. 2 (Leipzig/Wien ⁴1885–1892) 820. In: <http://www.retrobibliothek.de/retrobib/seite.html?id=102082> [04.08.2009]

„Prostituieren“ In: Meyers Konversationslexikon Bd. 13 (Leipzig/Wien ⁴1885–1892) 417. In: <http://www.retrobibliothek.de/retrobib/seite.html?id=113253> [04.08.2009].

„Raffinieren“ In: Meyers Konversationslexikon Bd. 13 (Leipzig/Wien ⁴1885–1892) 553. In: <http://www.retrobibliothek.de/retrobib/seite.html?id=113390> [04.08.2009]

„Raffinement“ In Meyers Konversationslexikon, Bd. 13 (Leipzig/Wien ⁴1885–1892) 553. In: <http://www.retrobibliothek.de/retrobib/seite.html?id=113390> [04.08.2009].

Anhang

Abkürzungsverzeichnis

AKH:	Allgemeines Krankenhaus Wien
BZ:	Beobachtungszimmer der „Psychiatrischen Klinik und Beobachtungsstation“ des AKH
k. A.:	keine Angaben
NLHPA:	„Niederösterreichische Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geisteskranke „Am Steinhof““
WStLA:	Wiener Stadt- und Landesarchiv

Abstract

Die Hysterie wurde seit ihrer erstmaligen Erwähnung bei Hippokrates als eine Frauen zugeschriebene Krankheit definiert, deren Ursache in der Gebärmutter zu suchen sei. Die Hysterietheorien und –therapien änderten sich über die Zeit, aber auch die Hysterikerin schien sich anzupassen und wechselte die Symptome. Ohne organische Ursachen zu finden, rückte die Krankheit in die Sphäre des Unbegreifbaren. Eine weibliche Konnotation der Krankheit blieb in den Hysterielehren bis in das 20. Jahrhundert aufrecht, deren Ursache in der weibliche Anatomie und ihrem Charakter vermutet wurde. Wie sich die Situation der Hysterikerin in Wien gestaltete ist Thema dieser Arbeit. Anhand von 60 Patientinnenakten der „Niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geisteskranke ‚Am Steinhof‘“ (NLHPA) wurde das soziale Umfeld der Hysterikerin in der Zwischenkriegszeit (1918-1927) sowie deren Aufenthalt und Diagnose quantitativ ausgewertet. Aufgrund der Forschungsergebnisse lässt sich für Wien eine ‚typische‘ Klientel feststellen. Die Mehrheit der Hysterikerinnen war ledig, jung und gehörte der klein- und unterbürgerlichen Gesellschaftsschicht an. Weiters wurden sie nach einem kurzen Aufenthalt vom Beobachtungszimmer des Allgemeinen Krankenhauses in die NLHPA überwiesen, wo sie nach einem Aufenthalt von 20 Tagen bis zu einem halben Jahr entlassen wurden. Hysterie schien in den meisten Fällen als alleinige Diagnose auf. Einerseits kann die Hysterie als Konstrukt, das der zerfallenden Geschlechterordnung entgegenzuwirken versuchte, andererseits als weiblicher Protest gegen diese Ordnung, verstanden werden. Für die Ausformulierung der Hysterie spielten das bürgerliche Weiblichkeitsideal, das sich aus der Aufklärung entwickelte, und die damit verbundenen Moralvorstellungen, eine Rolle. Mittels der historischen Diskursanalyse wurde anhand zweier Patientinnenakten der NLHPA eruiert, inwieweit diese dem bürgerlichen Weiblichkeitsideal widersprachen und in das Bild der Hysterikerin passten. Dabei konnte eine ‚abweichende‘ Weiblichkeit festgestellt werden. Die beiden Patientinnen lebten in einem ‚atypischen‘ Familienverhältnis, hatten eine ‚abweichende Sexualität, verweigerten ihren ‚weiblichen Geschlechtscharakter‘ und versuchten mittels eines ‚hysterischen Charakters‘ ihre Probleme zu äußern. Zudem gingen sie einen Beruf nach und widmeten sich der ‚Schundlektüre‘. Außerdem wird der disziplinierende und erzieherische Charakter der Psychiatrie ersichtlich, der auf die ‚Heilung‘ und das ‚Funktionieren‘ der Frau abzielte und auch von den Patientinnen erwünscht wurde.

Akademischer Lebenslauf

Persönliche Daten

Name Sofia Weissenegger
Geboren 18.02.1983 in Bozen, Italien

Ausbildung

seit 2003 Diplomstudium Geschichte, Universität Wien

September 2005 – Mai 2006 Erasmus, Fachrichtung Geschichte, University College Dublin

2002 – 2003 Internationale Betriebswirtschaft,
Wirtschaftsuniversität Wien

1997 – 2002 Handelsoberschule „Heinrich Kunter“, Bozen

1994 – 1997 Mittelschule „Leo Santifaller“, Kastelruth

1989 – 1994 Grundschule, Völs am Schlern