

DIE KLAGE DES SUBJEKTS

(2004-2006: FWF- Charlotte Bühlerstipendiatin/ 2006-2007: Erstellung der Habilitationsschrift & Publikation)

Die großen Nervenkrankheiten um 1900 – die Hysterien, Neurasthenien und traumatischen Neurosen – sind „epidemischer“ Gestalt und periodischen Auftretens. Als sogenannte „Transient Mental Illnesses“ (Ian Hacking) kommt ihnen an der Wende vom 19. ins 20. Jahrhundert mehrfach strategische Bedeutung zu.

Wie keine anderen bestimmten sie die zeitgenössische Diskussion zur Ordnung der Geschlechter, der Geschlechterbeziehungen und des Generationenverhältnisses im allgemeinen. Ihre Diskursivierung intervenierte mit Erfolg in die „Krisendebatte der Moderne“, flankierte die Auseinandersetzung um die „soziale Frage“, moderierte die Debatte um „Schädlichkeit und Nützlichkeit des Krieges“ und arrangierte die Fragen nach erblicher Disposition und Konstitution, Entartung, Degeneration und schließlich Eugenik an ihrem Gegenstand neu und kontrovers. Mediziner, Psychologen, Sozialhygieniker und Pädagogen wurden gleichermaßen als „Behandler“ und „Interpreten“ aufgerufen. Die neuen Nervenkrankheiten erlangten in kurzer Zeit eine Publizität, die es rechtfertigt, sie - in einem modernen (!) Sinn - als erste mediale Krankheiten der Geschichte zu bezeichnen. Sie rückten die Psychiatrie um 1900 in den Rang einer „Gesellschaftswissenschaft“, mobilisierten ihre Spezialisierungen und hatten Anteil an der Vervielfachung ihrer „kurativen“ Einrichtungen. Die an ihnen entwickelten Krankheitsmodelle und Konzepte können vielfach als paradigmatisch für ihre gegenwärtige Fassung gelten, und die mit ihnen entstandenen Teildisziplinen und therapeutischen Verfahren heute vielfach Allgemeingültigkeit beanspruchen.

Als allgemeinste Bedingung dieser Entwicklung gelten die Prozesse der sozialen und ökonomischen Modernisierung samt Mobilisierung der Subjekte und in ihrem Rahmen eine sich zusehends durchsetzende „Medikalisierung“ der Gesellschaft an der Wende vom 19. ins 20. Jahrhundert. In diesem Zusammenhang wuchs die wissenschaftliche Medizin zur wesentlichsten Akteurin der Gesundheitspolitik an und avancierte im Sinne der Aufrechterhaltung der Gesundheit des einzelnen und der Bevölkerung nicht nur zur Science de Science, sondern wurde auch zur Gestalterin sozialer und politischer Angelegenheiten und Maßnahmen.

Als eine dieser Maßnahmen gilt neben den bereits existierenden Asylen die „flächendeckende“ Einrichtung psychiatrischer Kliniken, als integrierte Stätten der Behandlung, Forschung und Ausbildung (Eric Engström). Hier generierte sich Wissen, hier versammelten sich die zentralen Daten der Kranken, hier entfaltete die Institution Psychiatrie, über die Produktion ihrer Narrative hinaus, ihre entscheidendste Wirkung. Hier aber werden auch die Herstellungsweisen psychiatrischer Entitäten als ungleiche Aushandlungsprozesse zwischen den PatientInnen, ihren Heilern und der sie umgebenden Kultur am deutlichsten sichtbar und ihre objektive Stellung wird historisch spezifisch befragbar.

Vier Analyseebenen

1. Analyse der psychiatrischen Primärliteratur

Die Analyse der zeitgenössischen, für das psycho-somatische Krankheitspanorama relevanten, Diskurse der Medizin, insbesondere die Psychiatrie und der in ihrem Rahmen entstandene Teildisziplinen (die Sexualwissenschaften, die Sozialhygiene, die Pädagogische Pathologie und experimentelle, klinische Psychologie) stellt die erste von drei respektive vier Analyseebenen dar. Sie diene zu aller erst dazu, das Feld zu überblicken und inhaltlich auszuarbeiten, Diskursstränge zu gliedern, Diskursverdichtungen aufzufinden, ihre gesellschaftlichen und kulturellen Anschlussstellen zu untersuchen, sie zu Themenfeldern zu bündeln und für die Fragestellung der Habilitationsarbeit fruchtbar zu machen.

2. Analyse der klinisch-psychiatrischen Fallgeschichte

Die Analyse der klinisch-psychiatrischen Fallgeschichte ist die mittlere von drei respektive vier Analyseebenen. Eingebettet in eine Diskursgeschichte der Psychiatrie im Übergang vom 19. ins 20. Jahrhundert liefert die Fallgeschichte als abgrenzbares Diskursfragment *diskursanalytisch* und als Textsorte, die auf die Her- und Darstellung von Fällen spezialisiert ist *narrationsanalytisch* Einsicht in den Zusammenhang zwischen den Bedingungen wissenschaftlicher Wissensproduktion und den Formen ihrer Generierung und Darstellung. Schließlich – und für die vorliegende Arbeit noch entscheidender – bietet sie vertieften Einblick in die Herstellungsweisen moderner Subjektivität, Stichwort: Fremd- und Selbsterzählung, Binnenerzählung der PatientInnen und wissenschaftliche Rahmenerzählung des Klinikers. Da die Fallgeschichte um 1900 eine weit über die Klinik hinauswirkende Kraft entfaltet, eignet sie sich zudem besonders zur Untersuchung von Interdiskursivität und Intertextualität.

3. Analyse der klinisch-psychiatrischen Krankengeschichte

Die Analyse der klinisch-psychiatrischen Krankengeschichte an der Wende vom 19. ins 20. Jahrhundert entlang des Krankenaktenbestandes der Innsbrucker Klinik (1891-1918) ist die vorletzte und ausführlichste von vier Analyseebenen. Sie ist gleichsam jene, die trotz des schriftlichen Quellenmaterials der Praxis am nächsten kommt. Als Arbeitsdokumentationsmittel einer zusehends arbeitsteilig organisierten Krankenanstalt, gibt die Krankenakte Auskunft über Arbeitsorganisation, Datenerhebungsverfahren, Aufzeichnungspraxis und Theorieverarbeitung der Klinik um 1900. Die Quelle Krankenakte eignet sich auf herausragende Weise, die Vermittlungs- und Rezeptionspraxis psychiatrischer Diskurse am Beispiel der Klinik zu untersuchen, aber auch umgekehrt die Praxis empirischer Erkenntnisgewinnung durch die Klinik nachzuvollziehen. Nicht nur, dass die Krankengeschichte als solche in systematischer und zentral verwalteter Form erst mit Beginn der Klinik entsteht, sie gibt mit Hilfe einer Analyse ihrer Inhalts- und Formbestandteile auch die Rationalität der historischen Klinik als integrierter Stätte der Behandlung, Ausbildung und Forschung preis. Als Erhebungs-, Verarbeitungs-, Dokumentations- und Adressierungsmittel von Krankendaten liefert sie Einblick in Anamnesegeohnheit, Diagnoseerstellung und –häufung, Behandlungspraxis und Einsatz spezieller Mittel, in die soziale Herkunft und das Geschlecht ihrer PatientInnen, sowie in die vorherrschenden Sprachregelungen hinsichtlich der Interaktion zwischen Arzt und PatientIn, bezogen auf die Leiden der Kranken und ihre Artikulation.

4. Analyse der Patientendossiers und -briefe

Die vierte Analyseebene, die Bearbeitung der Patientendossiers und –briefe, kann trotz ihrer medizingeschichtlichen Bedeutung, wegen der mangelnden Datenlage nicht systematisch, sondern bloß exemplarisch erfolgen. Das aber schmälert nicht ihren Wert. Ein nicht unbeträchtlicher Teil der Krankenakten enthielt neben der ausgefüllten Formularvorlage der Krankenakte selbst noch eine von Fall zu Fall unterschiedlich große Anzahl anderer Dokumente: von Untersuchungsbegehren an andere klinische Abteilungen, über Befundungen, Überweisungsprotokolle, hausärztliche oder gerichtliche Einweisungsbegehren, bis zu (abgefangenen) Briefen der PatientInnen an ihre Angehörigen und vielfach unter ärztlicher Aufforderung oder auch ohne diese, verfasste, meist recht ausführliche Patientendossiers, Aufzeichnungen der Kranken also über Entstehung, Verlauf, Art, Veränderung und Grund ihrer Leiden. Die von den PatientInnen verfassten Dokumente sind bedeutsame Zeugnisse gesund/kranker Selbstverhältnisse, aufschlussreiche Interaktionsprotokolle des Verhältnisses zwischen Arzt und PatientIn und Fundstellen sozialer Deutungssysteme und Sinngebungsverfahren von Krankheiten und Gesundheit an der Wende vom 19. ins 20. Jahrhundert, selbst dann, wenn berücksichtigt wird, dass sie im Rahmen der Klinik und unter dem Verdikt der bereits erfolgten Diagnosestellung verfasst wurden.

Ich freue mich über Ihre Rückmeldungen & Hinweise: Michaela Ralsler

Institut für Erziehungswissenschaften

Tel: 0512-507/4054

e-mail:Michaela.Ralsler@uibk.ac.at