

Michael Stolberg

„Mein äskulapisches Orakel!“

Patientenbriefe als Quelle einer Kulturgeschichte der Krankheitserfahrung im 18. Jahrhundert*

Die Geschichte von Krankheitserfahrung und Krankheitsbewältigung aus Patientensicht hat in den vergangenen Jahren wachsende Aufmerksamkeit gefunden. Sie erhellt einen zentralen Aspekt menschlicher Daseinsbewältigung. Sie eröffnet Wege zur empirischen Überprüfung makrohistorischer Theorien, etwa zu den Wirkungen von Macht und Recht, von Diskursformationen und disziplinierenden Institutionen auf das konkrete Erleben und Handeln. Und sie läßt nicht zuletzt die spezifischen Züge unserer eigenen, modernen Medikalkultur in ihrer historischen Kontingenz schärfer hervortreten.

In Briefen, Tagebüchern und Autobiographien ist neben vielen anderen Dingen mitunter auch von Krankheit und Heilkunde die Rede, allerdings in sehr unterschiedlicher Ausführlichkeit und Anschaulichkeit, je nach der Bedeutung, die der einzelne Verfasser diesem Geschehen zumißt. Die systematische Auswertung solcher Quellen im Rahmen der Patientengeschichtsschreibung hat sich deshalb bisher fast ausschließlich auf die verdienstvolle, aber nur begrenzt repräsentative Analyse der gedruckten Überlieferung beschränkt.¹ Dichter und in breiterer sozialer Streu-

* Der Beitrag bietet erste Ergebnisse eines größeren Forschungsvorhabens, das teilweise mit Mitteln aus dem Heisenbergprogramm der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert wird.

1 Roy Porter, Hg., *Patients and practitioners. Lay perceptions of medicine in pre-industrial society*, Cambridge 1985; ders. u. Dorothy Porter, *In sickness and in health. The British experience 1650–1850*, New York 1988; dies., *Patient's progress. Doctors and doctoring in eighteenth-century England*, Cambridge u. Oxford 1989; Lucinda McCray Beier, *Sufferers and healers. The experience of illness in seventeenth-century England*, London 1987; Claudine Herzlich u. Janine Pierret, *Kranke gestern, Kranke heute. Die Gesellschaft und das Leiden*, München 1991; Jens Lachmund u. Gunnar Stollberg, *Patientenwelten. Krankheit und Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien*, Opladen 1995. Zum jüngsten Aufschwung der

ung kommt die individuelle Krankengeschichte in ärztlichen Fallbeschreibungen zu Tage, einer weniger bekannten, in der älteren Medizin aber beliebten literarischen Form.² Barbara Duden hat aufgrund der Fallsammlung eines Eisenacher Arztes aus dem frühen 18. Jahrhundert in beispielhafter Anschaulichkeit zeitgenössisches Körper- und Krankheitsverständnis nachgezeichnet. Ihre Untersuchung zeigt jedoch zugleich die Schwierigkeit, anhand solcher Quellen das Körper- und Krankheitserleben der Kranken von der Perspektive des behandelnden und berichtenden Arztes mit ausreichender Sicherheit zu unterscheiden.³

Dagegen verbindet eine bisher weitgehend vernachlässigte Quellengattung die dichte Darstellung der ärztlichen Fallberichte mit der Unmittelbarkeit von Selbstzeugnissen: Patientenbriefe.⁴ Es war von der frühen Neuzeit bis ins 19. Jahrhundert hinein verbreitete Praxis, daß sich Kranke (oder deren Angehörige oder Freunde) brieflich an einen berühmten Arzt in der Ferne wandten und ihn auf der Grundlage einer ausführlichen Krankheitsbeschreibung um medizinischen Rat baten. Solche Briefe sind, sondierenden Nachforschungen zufolge, in Ärztenachlässen in beachtlicher Zahl überliefert und bieten vorzügliche Einblicke in die Wahrnehmung und Deutung von Krankheit aus Patientensicht. Bei keiner anderen Gelegenheit sahen sich Männer und Frauen getrieben, so genau und detailliert über ihren Körper und ihre Krankengeschichte zu sprechen. Von der Genauigkeit und Vollständigkeit ihrer Darstellung hing ab, ob der Arzt aus der Ferne zu einer korrekten Diagnose und Behandlung gelangen konnte. Die Kranken, oder jene, die an ihrer Stelle schrieben, konnten es sich zudem meist nicht verkneifen, dem Arzt ihre eigenen Vermutungen über die Art der Erkrankung und deren richtige Behandlung mitzuteilen. Auch ihre Interpretationsraster treten somit in einer Dichte zu Tage, wie sie Fallgeschichten,

(Auto-)Pathographie, in der die Beschreibung der persönlichen Krankheitserfahrung ganz im Mittelpunkt steht, vgl. Anne Hunsaker Hawkins, *Reconstructing illness. Studies in pathography*, West Lafayette 1993.

2 Vgl. Christa Habrich, Pathographische und ätiologische Versuche medizinischer Laien, in: Wolfgang Eckart u. Johanna Geyer-Kordesch, Hg., *Heilberufe und Kranke im 17. und 18. Jahrhundert: Die Quellen- und Forschungssituation*, Münster 1982, 99–123; Jutta Dornheim u. Wolfgang Alber, *Ärztliche Fallberichte des 18. Jahrhunderts als volkscundliche Quelle*, in: *Zeitschrift für Volkskunde* 78 (1982), 28–43.

3 Barbara Duden, *Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730*, Stuttgart 1987.

4 Kurze Hinweise auf den Wert dieser Quellengattung geben Habrich, *Versuche*, wie Anm. 2, und Porter u. Porter, *Patient's progress*, wie Anm. 1, 76–78; zur Bedeutung für die Homöopathieschichtsschreibung vgl. Jörg Meyer, „... als wollte mein alter Zufall mich jetzt wieder unter kriegen“. Die Patientenbriefe an Samuel Hahnemann im Homöopathie-Archiv des Instituts für Geschichte der Medizin in Stuttgart, in: *Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert-Bosch-Stiftung* 3 (1986), 63–79.

Autobiographien, Tagebücher und Privatbriefe nur selten bieten, und wir erhalten vielfältige Aufschlüsse über das komplexe Zusammenspiel der Krankheits- und Therapieauffassungen von Kranken und Ärzten.

Allerdings stammen die Patientenbriefe wie die anderen bisher erwähnten Selbstzeugnisse fast ausschließlich von Angehörigen der schreibfähigen und somit – zumindest in älterer Zeit – der gebildeteren Schichten. Manche Schreiber der von uns untersuchten Briefe aus dem 18. Jahrhundert hatten sichtlich Mühe mit Rechtschreibung und Satzbau, und andere ließen sich von Angehörigen oder gar von einem professionellen Schreiber helfen. Doch im wesentlichen markieren Schullehrer, einfache Landgeistliche, Nonnen und die mittleren militärischen Ränge die Untergrenze der Schichten, aus denen die weit überwiegende Mehrzahl der Kranken stammte.⁵

Patientenbriefe aus dem Nachlaß des bekannten Schweizer Arztes Simon André Tissot (1728–1797) sollen uns im folgenden dazu dienen, einige zentrale Aspekte von Krankheitserfahrung in ihren Kontexten in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts näher zu beleuchten.⁶ Tissot bot sich wie kaum ein anderer Arzt seiner Zeit als Adressat ratsuchender Kranker aus ganz Europa an. Erste Aufmerksamkeit in einer breiteren Öffentlichkeit erregte sein energisches Eintreten für die Verbreitung der umstrittenen Pockeninokulation.⁷ Den eigentlichen Grundstein für seinen spektakulären Aufstieg zu einem der bekanntesten Ärzte Europas legte er jedoch 1760 mit seinem Buch *Onanisme*, der erweiterten französischen Fassung seines *Tentamen de morbis ex manustupratione* aus dem Jahr 1758.⁸ 1761 kam sein größter Publikumserfolg, der *Avis au peuple sur sa santé*, ein allgemeinverständlich gehaltener, mit einer Liste einfach anzuwendender Medikamente versehener medizinischer Ratgeber.⁹ Zwei weitere internationale Bestseller folgten mit *De la*

5 Wichtige Einblicke in Krankheits- und Therapieauffassungen der übrigen Schichten versprechen neben Schilderungen aus zweiter Hand, wie den frühneuzeitlichen Visitationsberichten oder den zahlreichen ärztlichen Landes- und Volksbeschreibungen des 18. und 19. Jahrhunderts, vor allem Prozeßprotokolle etwa in Inquisitions- oder „Pfuscherei“-Verfahren.

6 Bibliothèque cantonale et universitaire, Lausanne, Handschriftenabteilung, Fonds Tissot, IS 3748 (im folgenden: Fonds Tissot); zur Biographie vgl. Antoinette Emch-Dériaz, Tissot. Physician of the Enlightenment, New York u. a. 1992; Emch-Dériaz erwähnt auch diese Briefe kurz, doch scheint bisher niemand ihren Wert für die Patientengeschichtsschreibung erkannt zu haben.

7 *L'inoculation justifiée*, 1754. Wenn nicht anders angegeben, ist der Verlagsort im folgenden Lausanne.

8 Der volle französische Titel lautet: *L'onanisme, dissertation sur les maladies produites par la masturbation*.

9 Spätere Auflagen mit dem Titel: *Avis au peuple sur la santé*; deutsche Übersetzung von H. C. Hirzel unter dem Titel: *Anleitung für das Landvolk in Absicht auf seine Gesundheit*, Zürich 1767.

santé des gens de lettres et des personnes sédentaires von 1768¹⁰ und dem *Essai sur les maladies des gens du monde* von 1770. Die Bücher wurden in zahlreiche Sprachen übersetzt und bis weit ins 19. Jahrhundert hinein vielfach neu aufgelegt – die jüngste, immer noch nicht vollständige Aufstellung nennt weit über 500 Ausgaben.¹¹

Tissot wurde zu einem der gefragtesten Ärzte bei Adelligen und Bildungsbürgern. Kaiser Joseph rief ihn als Professor nach Pavia, der polnische König suchte ihn als Leibarzt zu gewinnen. Hochstehende Kranke aus ganz Europa reisten nach Lausanne, um sich von Tissot behandeln zu lassen. Zeitgenossen berichten, der Zustrom der Kranken habe es zuweilen sogar schwierig gemacht, in Lausanne eine annehmbare Unterkunft zu finden.¹² Tissots Ruhm sprach sich auch in einfacheren bürgerlichen Kreisen herum. Hunderte, wenn nicht Tausende von Patienten wandten sich an ihn, aus Frankreich vor allem, aber auch aus deutschen und italienischen Ländern, aus Holland und aus Belgien. Auffällig viele Briefe wurden von Frauen verfaßt, insbesondere auch solche, in denen Angehörige um Rat baten. Tissots Antwortschreiben sind nur selten überliefert, doch tragen viele der Patientenbriefe kurze Notizen von seiner Hand, meist mit der mutmaßlichen Diagnose und den empfohlenen diätetischen und therapeutischen Maßnahmen.¹³

Eine patientenzentrierte Medizin

Ungeachtet zahlloser diagnostischer und therapeutischer Fortschritte ist die moderne Medizin seit einigen Jahrzehnten in der Krise. Unbehagen herrscht ob der mangelnden Berücksichtigung der subjektiven Bedürfnisse der Kranken nach Zuwendung und Sinnstiftung, ob der Konzentration des ärztlichen Blicks auf einzelne Organe, apparative Befunde und Laborwerte anstatt auf den „ganzen“ Menschen, ob der Kluft zwischen professionellem Jargon und dem Krankheits- und Körpererleben der Laien. Vor diesem Hintergrund hat die Medizin des 18. Jahrhunderts in der jüngeren Forschung ein recht günstiges Urteil gefunden. Die Medizin, so der

10 Auf einer lateinischen Antrittsrede Tissots aus dem Jahr 1766 basierend; eine freie Übersetzung erschien schon 1767 unter dem Titel „*Avis aux gens de lettres et aux personnes sédentaires*“ in Paris.

11 Emch-Dériaz, Tissot, wie Anm. 6, Anhang II.

12 Charles Eynard, *Essai sur la vie de Tissot*, Lausanne 1839, 221 f.

13 Die Notizen scheinen einem Sekretär Tissots dazu gedient zu haben, einen entsprechenden Antwortbrief zu verfassen. Vgl. Antoinette Emch-Dériaz, *The non-naturals made easy*, in: Roy Porter, Hg., *The popularization of medicine 1650–1850*, London u. New York 1992, 134–159, hier 141 f.

Grundtenor, habe damals der Persönlichkeit des Kranken eine Schlüsselstellung eingeräumt und das *patient narrative*, die sprachliche Darstellung der je individuellen Beschwerden und des Krankheitsverlaufs aus der Sicht des Patienten, zur maßgeblichen Grundlage für die ärztliche Diagnose und Therapie gemacht.¹⁴

Die Patientenbriefe bringen das Gewicht der Patientennarrative in der Medizin des 18. Jahrhunderts differenziert zum Ausdruck. Schon die Praxis der Ferndiagnose und Fernbehandlung als solche gründete ja in der Prämisse, daß der Arzt auf eine persönliche Untersuchung notfalls verzichten und ausschließlich aufgrund der schriftlichen Schilderungen der Patienten zu einer korrekten Diagnose und Behandlung gelangen könne. Die Patienten waren sich der besonderen Verantwortung bewußt, die sich daraus ergab. Ihre Schilderungen sind durchdrungen von dem Bemühen, dem Arzt in der Ferne ein möglichst umfassendes Bild zu vermitteln, in dem auch das kleinste, für die korrekte Diagnose und Therapie möglicherweise wichtige Detail nicht fehlen durfte. Menge und Beschaffenheit der Ausscheidungen werden eingehend beschrieben, von Kot und Urin über Schweiß und Speichel bis hin zum Aderlaßblut, unangenehme oder ungewöhnliche subjektive Empfindungen werden vermerkt, wie Bitterkeit im Mund oder Brennen, Schmerz-, Völle- oder Spannungsgefühle im Bauch, Schlafstörungen, über Appetit und Geschlechtsleben wird berichtet. Die kleinsten Veränderungen alltäglicher körperlicher Funktionen werden genau nachgezeichnet, ungewöhnliche Wahrnehmungen und die Wirkungen bisheriger Therapien verfolgt, und dies jeweils in ihrer zeitlichen Beziehung zueinander, zum Krankheitsverlauf und zu äußeren Ereignissen. Die Geduld der Ärzte dürfte dabei nicht selten auf eine harte Probe gestellt worden sein. Vielen Kranken fiel es sichtlich schwer, zu einem Ende zu kommen. Immer noch weitere Fakten und Beobachtungen fügten sie ihrer Beschreibung an. Postscripta sind eher die Regel als die Ausnahme, oder es folgt gar am gleichen Tag ein ergänzendes zweites Schreiben mit versehentlich weggelassenen, aber für unabdinglich erachteten Informationen.

Neben der Darstellung des aktuellen Krankheitsgeschehens nimmt der biographische Rückblick oft großen Raum ein. Die Kranken sehen ihr Leiden nicht als isoliertes Krankheitsereignis, sondern als Teil und Ergebnis eines letztlich lebenslangen Krankheitsprozesses. Eingehend schildern sie die zahlreichen Narben, die spezifischen Schwächungen und Beeinträchtigungen, die ihr Organismus im

14 N. D. Jewson, Medical knowledge and the patronage system in 18th-century England, in: *Sociology* 8 (1974), 369–385; ders., The disappearance of the sick man from medical cosmology, 1770–1870, in: *Sociology* 10 (1976), 225–244; Mary E. Fissell, The disappearance of the patient's narrative and the invention of hospital medicine, in: Roger French u. Andrew Wear, Hg., *British medicine in an age of reform*, London u. New York 1991, 92–109.

Lauf der Zeit erlitten hat und aus denen ihr gegenwärtiges Leiden erst erklärlich erscheint. Ein 31jähriger Rechtsberater aus Brescia begann beispielsweise seinen Bericht mit der Erwähnung kleinerer Fieberkrankheiten, Erkältungen und wiederkehrender Kopfschmerzen in seiner Jugendzeit. Sie hätten „keine merkliche Veränderung“ seines Temperaments hinterlassen. Von einem heftigen Fieber mit 20 Jahren (1770) aber sei ihm, trotz erfolgreicher Behandlung mit Aderlässen, eine „Schwäche“ und eine „düstere Melancholie“ geblieben, und hier sah er den Beginn seiner Wechselfälle („peripezie“). Melancholie und Traurigkeit hätten ihn in den folgenden Jahren ständig geplagt, mitunter von nervöser „Überspanntheit“ („stravaganze“) und Blähungen begleitet. 1773 folgte ein Faulfieber, und er magerete stark ab. Von einer heftigen Ruhr 1780 blieben ihm starke Blähungen und eine hochgradige „Magenschwäche“. Schließlich zog er sich in der Herbstkälte eine Erkältung zu und sah mit Schrecken wiederholt kleine Beimengungen von Blut im Auswurf. Gegenwärtig leide er an Atemnot, Blähungen, einem Druckgefühl in der Brust, Muskelzuckungen und beschleunigtem Puls.¹⁵

Eines folgt hier auf das andere, in einer Abfolge von nach heutigem Verständnis höchst unterschiedlichen Symptomen, die jedoch in der Geschichte des Betroffenen und seines Leibes eine einheitliche, zusammenhängende Gestalt bilden und in ihrer Gesamtheit zum Gegenstand ärztlicher Diagnose und zur Grundlage der Therapie gemacht werden.

Wie sich hier über die Betonung der biographischen Dimension hinaus zudem andeutet, wurde die krankheitsbedingte Veränderung des Seelen- und Gefühlslebens regelmäßig als konstitutiver Teil des Krankheitsgeschehens erlebt und begriffen. Vor allem Niedergeschlagenheit und Traurigkeit werden in den Briefen genannt, verbunden mit der Neigung zum sozialen Rückzug, mitunter aber auch wiederkehrende, kaum beherrschbare Wutanfälle, innere Unruhe, quälende blutrünstige Phantasien oder auch Anfälle unmotivierter Heiterkeit. Umgekehrt wirkten nach Überzeugung der Kranken starke Affekte auf das körperliche Geschehen zurück und waren eine ebenso wichtige Krankheitsursache wie schädliche physikalische oder stoffliche Einwirkungen.

In zwei vielbeachteten Beiträgen hat der britische Soziologe Nicholas Jewson in den 1970er Jahren einige Thesen zu den Gründen formuliert, warum sich damals eine derart patientenzentrierte, der individuellen Persönlichkeit des Patienten anscheinend soviel nähere Medizin durchsetzen oder behaupten konnte.¹⁶ Die Stellung der akademisch gebildeten Ärzte in der medizinischen Versorgung sei im 18.

15 Fonds Tissot, Brief von Orazio Gelisenti [?] vom 20.2.1782.

16 Wie Anm. 14.

Jahrhundert noch prekär gewesen.¹⁷ Ihr Lebensunterhalt und ihr berufliches Fortkommen seien vom Wohlwollen jener zahlenmäßig sehr begrenzten, gesellschaftlich meist über den Ärzten stehenden Eliten abhängig gewesen, die im Gegensatz zur übrigen Bevölkerung der gelehrten Medizin der akademischen Ärzte den Vorzug gaben und sich diese auch leisten konnten. Jewson skizziert zwei wesentliche Konsequenzen dieser Situation. Zum einen sei daraus eine für heutige Verhältnisse außerordentlich starke Position des Kranken in der Arzt-Patienten-Beziehung erwachsen. Wenn der Arzt seinen Ruf sichern und seine wenigen einträglichen Patienten nicht an einen Konkurrenten verlieren wollte, mußte er sich in seinem Verhalten und in seinen Verordnungen so weit wie möglich nach den Bedürfnissen der Patienten richten. Zum anderen habe es noch kaum eigenständige Forschungseinrichtungen gegeben. Die meisten Forscher seien vielmehr zugleich als praktische Ärzte tätig gewesen. Dank seiner überlegenen Stellung habe das gebildete Publikum daher nicht nur in dem geschilderten Sinne über die Karriere des einzelnen Arztes, sondern zugleich auch über den Erfolg oder Mißerfolg medizinischer Innovationen und damit über die inhaltliche, theoretische und praktische Weiterentwicklung der Medizin als solcher entschieden.

Indem die gebildeten Patienten die Vertreter bestimmter Theorien oder Positionen förderten und anderen die Unterstützung verweigerten, hätten sie dank ihrer Machtposition den Ärzten jenes stark individualisierende Krankheitsverständnis diktieren können, das Symptome nicht als bloße Zeichen innerer pathologischer Prozesse, sondern in ihrer je individuellen Kombination als die eigentliche Krankheit in den Mittelpunkt stellte und damit den Bedürfnissen der Kranken in besonderem Maße entsprach. Erst mit der zunehmenden ärztlichen Professionalisierung und der Verlagerung der Forschung aus der Privatpraxis in die großen städtischen Krankenhäuser habe sich die Situation im 19. Jahrhundert grundlegend verändert. An den Krankenhäusern hätten die Ärzte es fast ausschließlich mit ungebildeten, ihnen gesellschaftlich weit unterlegenen Patienten zu tun gehabt. Damit seien die Voraussetzungen für den von Michel Foucault analysierten neuen, objektivierenden, primär auf spezifische Organpathologien abzielenden Blick der modernen Medizin entstanden.¹⁸

Die von Jewson als Prämisse postulierte starke Stellung des Patienten in der Arzt-Patienten-Beziehung findet in den Patientenbriefen im wesentlichen Bestäti-

17 Claudia Huerkamp, *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten. Das Beispiel Preußens*, Göttingen 1985.

18 Vgl. Michel Foucault, *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*, München 1973.

gung. Nicht nur im Rückblick auf den bisherigen Krankheitsverlauf nahmen die Verfasser ganz selbstverständlich für sich in Anspruch, die diagnostischen Aussagen und therapeutischen Maßnahmen ihrer bisherigen Ärzte kompetent beurteilen zu können. Einzelne warfen diesen unverblümt vor, die Krankheit mit ihrer Behandlung nur noch verschlimmert zu haben – seine Mutter sei schon mit 60 gestorben, berichtete ein Patient lakonisch, „weil sie in ihrer letzten Krankheit zu stark zur Ader gelassen wurde“.¹⁹ Auch in der Beziehung zu der berühmten Koryphäe legen sie, nach einleitenden Lobeshymnen auf Tissots unvergleichliche Fähigkeiten, großes Selbstvertrauen an den Tag. Sie schlagen spezifische Diagnosen und Maßnahmen vor, fordern unter Hinweis auf ihre besondere Sensibilität oder auf unangenehme Nebenwirkungen eine Veränderung des therapeutischen Vorgehens oder nehmen diese eigenmächtig vor. Ein regelrechtes Feilschen begann da zuweilen, um diätetische Auflagen etwa, um die Notwendigkeit und Dosierung unangenehmer Arzneien, oder um den Zeitpunkt der Einnahme im Tagesablauf. Ließ die erhoffte Besserung gar auf sich warten, so mußte auch Tissot mit heftiger Kritik oder dem Abbruch der Behandlung rechnen.

Tissots Erfolg als ärztlicher Autor bietet zudem ein anschauliches Beispiel für die von Jewson skizzierte Karrieredynamik. Ohne prestigeträchtige berufliche Position, ohne einflußreiche Fürsprecher unter seinen Kollegen sowie im wissenschaftlichen Abseits des provinziellen Waadtlandes wurde er fast ausschließlich dank der großen Resonanz seiner Schriften unter dem gebildeten Laienpublikum zu einem der berühmtesten und erfolgreichsten Ärzte Europas.

Die Patientenbriefe lassen jedoch auch wesentliche Grenzen von Jewsons Erklärungsmodell erkennen. Es liefert eine plausible Begründung, warum sich damals eine Medizin durchsetzen konnte, die den subjektiven Empfindungen und Bedürfnissen der Kranken breiten Raum zubilligte und warum diese Medizin im 19. Jahrhundert unter den veränderten Verhältnissen der Krankenhausmedizin einem neuen ärztlichen Blick weichen konnte, obwohl dieser zunächst, im rückblickenden Urteil, lange Zeit keinen wesentlichen therapeutischen Fortschritt mit sich brachte. Die Konfiguration der Arzt-Patienten-Beziehung kann jedoch nicht erklären, warum unter zahllosen denkbaren medizinischen Modellen, die den Symptomen und dem subjektiven Empfinden der Kranken eine zentrale Rolle einräumen, im 18. Jahrhundert gerade jene Krankheitsmodelle vorherrschten, die uns in ihrer spezifischen Bildlichkeit schon andeutungsweise begegneten.

19 Fonds Tissot, Brief des Chevalier de Rotalier vom 1.11.1771.

Die subjektive Wahrnehmung von Körper und Krankheit

Vor allem zwei Krankheitstheorien lassen sich den Briefen entnehmen, die im ausgehenden 18. Jahrhundert die Aufmerksamkeit der Kranken auf die Veränderungen in ihrem Körper lenkten und die Symptom- und Krankheitswahrnehmung entscheidend prägten: Zum einen verschiedene Spielarten der traditionellen, auf die Antike zurückgehenden Säfte- und Temperamentenlehre. Ihr zufolge war der einzelne Mensch körperlich und charakterlich durch eine spezifische Mischung der vier Säfte geprägt, von gelber und schwarzer Galle, Blut und Schleim und den Qualitäten warm, kalt, feucht und trocken, die sich mit ihnen verbanden. Krankheiten entstanden aus einem Ungleichgewicht dieser Säfte und Qualitäten, aus ihrer krankhaften Veränderung oder aus unzureichend assimilierten oder schädlich veränderten Abfallstoffen aus der Nahrung.

In den Patientenbriefen kommt die Wahrnehmung des eigenen Körpers nach diesem Modell zunächst in einer aus heutiger Sicht fast zwanghaft anmutenden Beschäftigung mit den eigenen Körperausscheidungen zum Ausdruck. Der Körper erscheint stets gefährdet durch die unzureichende Elimination schädlicher Säfte oder „Schärfen“, die sich dann womöglich auf eines der Organe „werfen“ und Krankheitserscheinungen hervorrufen. Schon eine bloße Verstopfung ist ein ernstzunehmendes Warnzeichen, und groß ist die Sorge, wenn die monatliche Reinigung durch die weibliche Monatsblutung ausbleibt oder unvermutet abbricht. Auch beim Mann können periodische Blutungen auftreten, etwa aus Hämorrhoiden oder aus der Nase, mit deren Hilfe der Körper überflüssige oder schlechte Säfte ausscheidet. Ihr Sistieren wird mit Unruhe vermerkt und beispielsweise als Ursache von Krämpfen der Gesichtsmuskulatur angeführt.

Eine qualitative oder quantitative Veränderung der gewöhnlichen Ausscheidungen (wie nächtlicher Schweiß) oder die Eröffnung neuer Austrittswege (etwa nässende Hautausschläge oder Hämorrhoiden) deuten andererseits auf einen bereits aktiven Krankheitsprozeß im Körper hin, gegen den der Organismus durch verstärkte Ausscheidungsbemühungen ankämpft. Besorgt berichten die Patienten von galligen Beimengungen im Stuhl, von der unnatürlich dicken, zähen Beschaffenheit des Aderlaßbluts, von dem schaumigen oder trüben Aussehen ihres Urins, von seiner „roten“ oder blassen Farbe. Manchmal wird ihnen schon die „unnatürliche“ Farbe oder Konsistenz der Ausscheidungen als solche zum Grund der Klage, ohne daß das Befinden ansonsten gestört wäre. Hoch befriedigt teilen sie andererseits mit, daß beim Aderlaß, ungeachtet ihres hohen Alters, noch reichlich „klares“ Blut geflossen sei.

Die Ausscheidungsbemühungen des Körpers galt es folgerichtig durch medizinisches Eingreifen zu unterstützen, mit Aderlaß und Blutegeln, mit Abführ- und Brechmitteln, mit menstruationsfördernden Bädern, mit blasenziehenden Pflastern und schweißtreibenden Medikamenten, und im Einzelfall sogar mit Verfahren, die für einen stetigen Abfluß von Eiter aus einer absichtlich gesetzten schwärenden Wunde sorgten. Wer glaubt, die Patienten hätten die Nutzlosigkeit solcher Verfahren doch rasch erkennen müssen, sieht sich gründlich getäuscht. In zahllosen Fällen berichteten die Kranken über einen günstigen Krankheitsverlauf nach einem Aderlaß oder der Gabe von Abführmitteln. Trat aber keine günstige Wirkung ein, so ließ sich das damit erklären, daß der Arzt doch das falsche Mittel gewählt oder den Aderlaß zu einem ungünstigen Zeitpunkt oder am falschen Gefäß vorgenommen hatte. Ein Witwer machte Tissot für den Tod seiner Frau verantwortlich: Tissot habe ein künstlich gesetztes Beingeschwür geschlossen, ohne auf andere Weise für die Ausscheidung der schädlichen Säfte zu Sorgen. Ein tödlicher Tumor – als Folge einer lokalen Absonderung der Säfte – sei daraufhin entstanden.²⁰

Die Kategorien der Säftelehre prägten darüber hinaus die Wahrnehmung der eigenen körperlichen und seelischen Identität: „Ich bin von galligem Temperament“ heißt es da etwa, oder „mein Blut ist stets erhitzt und eingedickt“. Gewiß mögen hier frühere Aussagen der behandelnden Ärzte übernommen worden sein. Doch die Selbstverständlichkeit, mit der sich Kranke dieser Kategorien bedienen und sie mit den spezifischen Krankheitsneigungen verbinden, die sich ihrer Erfahrung nach daraus ableiten, zeigt, wie weit sie sich diese Deutungen und Kategorien bereits angeeignet hatten. Immer wieder weisen sie den Arzt in der Ferne, der ihren Körper nur aus der Beschreibung kennt, auf idiosynkratische Besonderheiten hin, vor allem wenn es darum geht, Diätetik oder Therapie gemäß ihren Vorstellungen zu verändern. „Ich habe bemerkt, wie die Duschen mein Blut ausgetrocknet haben“, heißt es da beispielsweise. „Meine Galle neigt zur Erhitzung“ berichtet ein anderer, und da Tissots Behandlung geeignet sei, die Galle im Körper noch weiter zu vermehren, befürchte er daraus örtliche Absonderungen galliger „Schärfen“.

Das zweite zentrale Krankheitsmodell, das uns in den Briefen entgegentritt, geht zwar ähnlich wie die Säftelehre auf antike Wurzeln zurück, war aber weniger in sich geschlossen als dieses und ist in der konkreten Ausgestaltung im wesentlichen ein Produkt des 18. Jahrhunderts: Die Nerven, die den ganzen Körper durchziehen und ihn mit dem Gehirn verbinden, steuern das Geschehen im Inneren des

20 Schreiben vom 15.3.1792, zit. in William de Charrière de Severy, *La vie de société dans le pays de Vaud à la fin du dix-huitième siècle*. Salomon et Catherine de Charrière de Sévery et leurs amis, Bd. 2, Lausanne u. Paris 1912, 175–177.

Körpers und erklären die geheimisvollen Wechselwirkungen zwischen den Körperteilen und Organen, die man früher dem neoplatonischen Begriff der „Sympathie“ zugeordnet hatte. Das daraus abgeleitete Konzept der „Nervenkrankheiten“ stellte eine überaus anpassungsfähige Matrix zur Einordnung vielfältiger körperlicher und seelischer Veränderungen dar und eröffnete zudem durch die „faserartige“ Struktur der Nerven eine lockere Verbindung mit älteren, mechanistischen Auffassungen von einer krankhaften Erschlaffung oder übermäßigen Anspannung der „Fasern“ im Körper. Zahlreiche Störungen von Organen ließen sich beispielsweise auf eine Affektion der Magennerven mit nachfolgender Erschlaffung des Magens und Ansammlung schädlicher unverdauter Stoffe zurückführen. Asthma stellte sich als Folge einer Reizung der Lungennerven dar. Tissots berühmter Zeitgenosse Robert Whytt hielt letztlich alle Krankheiten in gewisser Weise für Nervenleiden.²¹

Die Nerven standen zudem im Mittelpunkt einer der wichtigsten und folgenreichsten Entdeckungen der zeitgenössischen Physiologie, nämlich der Phänomene von Irritabilität und Sensibilität. Da sich diese ausschließlich am lebenden Organismus nachweisen ließen, untergrub ihre Entdeckung die zuvor dominanten mechanistischen Erklärungsmodelle und förderte eine Renaissance des Vitalismus, die vor allem von Montpellier, dem Studienort Tissots, ihren Ausgang nahm. Die spezifischen, gegebenenfalls von einer Schwächung bedrohten „Kräfte“ des Körpers und seiner Organe fanden wieder vermehrte Aufmerksamkeit. Durch die Transformation der Sensibilität von einer allgemeinen Eigenschaft der Nerven zu einem quantifizierbaren Zustand der Nerven in einem spezifischen Organismus führte dieses Modell schließlich, in Analogie zur herkömmlichen Temperamentenlehre, zur Vorstellung von einer individuellen „Nervenkraft“ und „Sensibilität“, die den Organismus für krankmachende Umwelteinflüsse in sehr unterschiedlicher Weise empfänglich mache.²²

Wie im Falle der Säftelehre machen die Patientenbriefe auch hier den unmittelbaren wahrnehmungsprägenden Erlebnischarakter dieser Auffassungen deutlich. Das galt nicht nur für die Wahrnehmung mangelnden geistigen oder körperlichen Elans oder vermehrter Reizbarkeit, die wir heute noch mit Begriffen wie „fehlende

21 *Observations on the nature, causes, and cure of those disorders which have been commonly called nervous hypochondriac or hysteric*, Edinburgh 1765, 93. Tissot zählte mehr als die Hälfte der chronischen Krankheiten zur Gruppe der Nervenkrankheiten. Vgl. Tissot, *Anleitung*, wie Anm. 9, 539–544, 644 f.

22 Sergio Moravia, *From homme machine to homme sensible. Changing eighteenth-century models of man's image*, in: *Journal of the History of Ideas* 39 (1978), 45–60; Elizabeth Williams, *The physical and the moral. Anthropology, physiology, and physiological medicine in France, 1750–1850*, Cambridge 1994.

Spannkraft“ oder „schlechtes Nervenkostüm“ umschreiben. Die Nerven erscheinen in den Briefen vielmehr oft ganz unmittelbar als Gegenstand der subjektiven Wahrnehmung. „Sie sehen daraus, daß ich sehr delikate Brustnerven habe“ heißt es da etwa, oder „meine Nerven haben sich übermäßig verlängert“ oder „mein ganzes Nervensystem ist geschwächt“, oder „ich leide grausam an den Nerven“.

Die neue Schlüsselstellung von Nerven und Sensibilität bot zugleich, weit mehr noch als die alte Säfte- und Temperamentenlehre, die Grundlage für eine „ganzheitliche“ Sicht des kranken Menschen, für die Einbeziehung der Welt der Gefühle und Affekte in ihren Wechselwirkungen mit dem übrigen körperlichen Geschehen. Ein Fall mag dies veranschaulichen:

Eine 24jährige Witwe klagte über „eine beträchtliche Schwächung des Magens und des gesamten Nervensystems („genie nerveux“), mit häufigen Anfällen von „vapeurs“, von Ängsten und panischer Furcht und weiteren Beschwerden, die alle auf eine übermäßige Reizbarkeit („irritabilité“) hinwiesen. Die Ursache ihres Zustandes sah die Witwe in einigen vorangegangenen Krankheiten und mehr noch in ihrem verzehrenden Kummer. Angefangen habe es vor fünf Jahren kurz nach ihrer Hochzeit mit schweren Koliken und erschöpfendem galligen Erbrechen. Die Betrübnisse und Beschwerlichkeiten einer zweijährigen unglücklichen Ehe hätten in der Folgezeit ihre Nerven angegriffen und eine tiefe Melancholie hervorgebracht. Nach dem Tod ihres Mannes vor drei Jahren habe sie tagelang an Krämpfen gelitten, und eine zweiwöchige Fieberkrankheit habe sie ganz abmagern lassen. In der Folgezeit sei es zu Erstickungsanfällen, Weinkrämpfen, heftigen Kopfschmerzen und schließlich zu einem galligen Faulfieber gekommen. Nach einer zwischenzeitlichen Besserung hätten die „vapeurs“ jüngst wieder zugenommen, vor allem in der Zeit der Menstruation, ausgelöst durch starke Eindrücke und Emotionen, die [Darm-?] Bewegungen („mouvemens“) seien verstärkt krampfartig, die Nerven zögen sich von den Fasern des Gesichts bis zur Gebärmutter zusammen. Neuerdings wechsle sie rasch und unwillkürlich zwischen Anfällen von Weinen und Schluchzen zu unmäßigem Gelächter. Das Herz schlage ihr zuweilen bis in den Hals. Unterhalb der Rippen spüre sie einen starken Schmerz, begleitet von Brechreiz. Trotz ihrer „ziemlich guten Brust“ habe sie mehrfach Blut gespuckt, und einmal sei danach ein achttägiges Fieber aufgetreten.²³

Besonders medizinisch vorgebildete Leser können heute angesichts von Krankheitsschilderungen aus früherer Zeit der Versuchung zu einer rückblickenden Diagnosestellung oft nicht widerstehen – „reaktive Depression“ und „Lungentuberkulose“ wären hier etwa naheliegende Möglichkeiten. Beispiele wie dieses machen

23 Fonds Tissot, Brief von Mme. de Ruiff, geb. Mathieu, Straßburg vom 26.5.1777.

jedoch die Problematik eines solchen Vorgehens mehr als deutlich. Nach heutigen Begriffen gänzlich unzusammenhängende Symptome, bedrohliche Krankheitszeichen wie das Blutspucken und geringfügige Befindlichkeitsstörungen werden hier zu einem einheitlichen Ganzen zusammengefügt. Nicht erst die ausdrückliche Deutung von Symptomen, sondern bereits die Wahrnehmung und Gewichtung körperlicher und seelischer Veränderungen verdankt sich kulturell geprägten Annahmen über Bau und Funktion des Körpers und vorgängigen, und hier in erster Linie von den Ärzten vertretenen Krankheitskategorien.²⁴ Auch im Blick auf unsere eigene Geschichte gilt es den kulturalanthropologisch vielfach erhärteten Befund ernstzunehmen: selbst scheinbar elementarste körperliche Empfindungen wie der Schmerz unterliegen in hohem Maße kulturellen Einflüssen, und weit mehr noch gilt das für die Ordnung subjektiver Wahrnehmungen zu komplexen Krankheitseinheiten, die im Extremfall der *culture bound syndromes* überhaupt nur in bestimmten Kulturen vorzufinden sind, wie die asiatische „Windkrankheit“, die „couvade“, die männliche Schwangerschaft – oder die „Nervenkrankheiten“, die „Hypochondrien“ und „vapeurs“ des 18. Jahrhunderts.²⁵

Sinnfindung, Kontrollbedürfnis, Identität

Warum konnten sich im 18. Jahrhundert wesentliche Teile der gebildeten Eliten unter Beibehaltung der alten säftemedizinischen Konzepte gerade mit den Paradigmen der „Sensibilität“ und der von ihr abhängigen „Nervenkrankheiten“ so gut

24 Nur in wenigen Ausnahmefällen werden in den Briefen Veränderungen oder Empfindungen in einer eigenwilligen Weise beschrieben, die im Rahmen gängiger zeitgenössischer Theorien nicht unmittelbar erklärlich erscheint, etwa wenn Patienten das Blut in ihren Adern wie Sand rinnen fühlen oder über das „Aufschäumen“ („effervescence“) oder die „Fermentierung“ ihres Blutes klagen; selbst hier finden sich jedoch zumindest verwandte Konzepte in der älteren ärztlichen Medizin wie die paracelsischen „tartarischen“ Krankheiten und die iatrochemische Gärungslehre.

25 Vgl. Irving Kenneth Zola, *Culture and symptoms. An analysis of patients' presenting complaints*, in: *American Sociological Review* 31 (1966), 615–630; Arthur Kleinman, *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, London 1980. Die Möglichkeit einer Differenzierung in „Biologie“ und „Kultur“ der Krankheit, etwa im Sinne der Unterscheidung von „disease“ und „illness“ im Englischen/Amerikanischen, bleibt umstritten. Eine erfrischende Darlegung der teilweise verblüffenden Differenzen in den bevorzugten medizinischen Erklärungsmodellen, Diagnosen und therapeutischen Praktiken in verschiedenen nationalen Kulturen heute bietet Lynn Payer, *Medicine and culture. Notions of health and sickness in Britain, the U.S., France and West Germany*, London 1989.

identifizieren und ihnen – hier wieder durchaus im Sinne Jewsons – zum Durchbruch verhelfen?

Unsere notwendigerweise ein wenig spekulative Antwort lautet: Die neuen Konzepte und die Bilder drückten in hervorragender Weise das Selbstbild und die Kontrollbedürfnisse der zeitgenössischen gebildeten Eliten aus.

Die Selbststilisierung zum überaus sensiblen Adligen oder Bürger erlaubte es vor dem Hintergrund des neuen Ideals der „Natürlichkeit“, in anschaulicher Weise das wachsende Unbehagen ob der Schattenseiten des modernen, vor allem städtischen Lebens zum Ausdruck zu bringen: ob der Vielzahl der Eindrücke und Begegnungen in den immer hektischeren Städten, ob des erzwungenen massenhaften Zusammenlebens auf engem Raum, der Künstlichkeit der Lebensrhythmen, der Zwänge konventioneller Geselligkeit, ob des wirtschaftlichen Konkurrenzkampfes, aber auch ob eines als sinnentleert empfundenen Müßiggangs. Die Nervenkrankheiten nahmen ständig zu, hatte schon 1733 George Cheyne erklärt, und Tissots Schriften lassen sich über weite Strecken als medizinische Variation auf die Thesen Jean-Jacques Rousseaus lesen, etwa wenn er seine Epoche zu einem Zeitalter der Schwäche erklärt und die Krankheiten der Reichen und Gebildeten vor allem auf die Entfernung vom einfachen, gesunden Leben des Landmanns zurückführt.²⁶ Die Briefe zeigen, wie Tissots Konzepte von der übermäßigen „Sensibilität“ und den „Nervenkrankheiten“, einschließlich der durchaus als körperliche Krankheiten verstandenen Hypochondrie²⁷ und der „vapeurs“, seinen Lesern erlaubten, auch vagen Befindlichkeitsstörungen, Stimmungsschwankungen, Gefühlen von Leere und Ennui medizinische Bedeutung zu geben. In einer Zeit, da das Streben nach jenseitiger Seligkeit immer mehr der Utopie vollkommener Gesundheit wich, erwarben so selbst verhältnismäßig geringfügige Beeinträchtigungen einen eigenen Krankheitswert und den Anspruch auf Zuwendung und Rücksichtnahme.

In der Ausweitung des Sensibilitätsbegriffs von einer Eigenschaft der Nerven zu einem Charaktermerkmal wurde ‚Sensibilität‘ zudem ein Zeichen erlesener Kultiviertheit und geistig-emotionaler Differenziertheit und die Krankheiten, die aus ihr hervorgingen, zugleich zu einem Medium der Selbstvergewisserung.²⁸ In ihrer Empfindlichkeit schon gegenüber geringfügigen körperlichen und seelischen

26 Besonders gilt dies für den „Avis“ und den „Essai sur les maladies des gens du monde“.

27 Abhandlung über die Nerven und deren Krankheiten. Übers. v. J. C. G. Ackermann, Bd. 1, Leipzig 1781, 9.

28 Vgl. George Rousseau, Cultural history in a new key. Towards a semiotics of the nerve, in: Joan H. Pittock u. Andrew Wear, Hg., Interpretation and cultural history, Basingstoke u. London 1991, 25–81; ähnlich schon Esther Fischer-Homberger, Hypochondrie. Melancholie bis Neurose, Bern u. a. 1970.

Einwirkungen und in den Krankheiten, die sich daraus ableiteten, grenzten sich die herrschenden und aufsteigenden Schichten gegen die robuste Körperkraft der zunehmend als gefährlich erlebten Unterschichten ab, die von Nervenkrankheiten verschont blieben, aber auch keiner höheren geistigen Regung fähig, nichts zum Fortschritt der Menschheit beizutragen schienen. In dieser Zeit wurden soziale Unterschiede somit als körperliche Unterschiede biologisiert, ähnlich wie damals auch der Unterschied zwischen den Geschlechtern, stärker noch als früher, auf eine grundsätzliche biologische Differenz zurückgeführt wurde.²⁹

Ihren äußeren Ausdruck fand die außergewöhnlich hohe Sensibilität, mit der man sich in Elitekreisen ausgestattet sah, im Wunsch nach einer entsprechend „sanften“ Krankheitsbehandlung. Es galt, auf die üblichen Drastika und großzügigen Aderlässe zu verzichten, zugunsten einfacher, „natürlicher“ Mittel, die dem delikaten Organismus der Kranken in besonderem Maße gerecht wurden.³⁰ Mittel wie Eselsmilch und Wasser erhielten in Tissots Verordnungen geradezu den Rang von Allheilmitteln und wurden von seinen Patienten als solche angenommen. Eine ähnlich zentrale Rolle spielten auch kalte und warme Bäder, privat zu Hause oder demonstrativ im öffentlichen Raum eines mondänen Kurorts.

Die Überzeugung von der ausgeprägten eigenen Sensibilität wertete die Diätetik, die gesundheitsgerechte Gestaltung der Lebensweise, erheblich auf. Das diätetische Grundprinzip des Maßhaltens aber war, wie William Coleman gezeigt hat,³¹ auf die aufsteigenden bürgerlichen Schichten wie zugeschnitten. In ihm grenzten sie sich von den „Exzessen“ des „dekadenten“ Adels und der „unzivilisierten“ Unterschichten gleichermaßen ab. Und im Gegensatz zur Mehrheit ihrer Zeitgenossen hatten sie auch in der Regel die nötige Zeit und die finanziellen Mittel, die diätetischen Forderungen praktisch umzusetzen.

Die Diätetik gab dem einzelnen Bürger zudem – im Gegensatz zum Vertrauen in ärztliche Mittel, magische Rituale oder frommes Gebet – die Verantwortung für seine Gesundheit in die eigene Hand. Sie kam so zugleich zeitgenössischen bürgerlichen Idealen von Autonomie und Selbstbestimmung entgegen und befriedigte in umfassender Weise den Wunsch nach Kontrolle, rückblickend durch das Wissen um begangene Fehler und vorausschauend als konkrete Handlungsanweisung.³²

29 Thomas Laqueur, *Making sex. Body and gender from the Greeks to Freud*, Cambridge, Mass. 1990.

30 Die auffälligen Parallelen zum späteren Erfolg der ebenfalls als „sanft“ wahrgenommenen Homöopathie in den gebildeten Schichten des 19. Jahrhunderts wären noch näher zu verfolgen.

31 William Coleman, *Health and hygiene in the Encyclopédie. A medical doctrine for the bourgeoisie*, in: *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 29 (1974), 399–421.

32 Nachdrücklich warnte Tissot gerade seine wohlhabenden Leser, die sich jederzeit einen Arzt

Michel Foucault und die Paradoxie der Macht

Anders als heute, wo sich die medizinischen Vorstellungen der Laien vom Wesen und den Ursachen ihrer Krankheit mit denen der Ärzte oft nur sehr begrenzt überschneiden,³³ sahen sich die Kranken des ausgehenden 18. Jahrhunderts in ihren Krankheitsvorstellungen weithin im Einklang mit den herrschenden ärztlichen Auffassungen. Der Arzt mochte auch damals schon die unspezifischen Oberbauchbeschwerden eines Kranken auf eine entzündungsbedingte Verklebung der Leber mit dem Zwerchfell zurückführen – übrigens schon deutlich vor der vielbeschworenen Geburt des neuen klinischen Blicks in der Pariser Krankenhausmedizin des frühen 19. Jahrhunderts.³⁴ Im wesentlichen aber sprach man eine gemeinsame Sprache, und die (gebildeten) Kranken sahen sich in ihrer ganzen Persönlichkeit gewürdigt und ernst genommen. Diagnosen und Behandlung wurden in umfassender Weise als sinnvoll erlebt und fügten sich in ein gemeinsames Menschen- und Weltbild ein. Für eine zwangsweise Medikalisierung von oben, eine medizinische Akkulturation durch Repression bisher bevorzugter Formen von Heilkunde findet sich in den hier vertretenen Schichten kein Hinweis.

Mehr als jeder andere hat freilich Michel Foucault mit Nachdruck auf die Allgegenwart und die Vielgestaltigkeit von Macht hingewiesen. Macht, so die zentrale These vor allem seiner späteren Arbeiten, wirkt nicht allein durch Repression. Im „Willen zum Wissen“, in der schöpferischen Produktion von Bedeutungen, von Diskursen, in der Bestimmung dessen, was Menschen als „wahr“ anerkennen können, dringe Macht vielmehr weit stärker noch als dies durch bloße Verbote möglich sei, in das Innerste des Menschen ein, in seine persönlichsten Empfindungen und Verhaltensweisen, ja in die Konstituierung des Subjekts als solches.³⁵

leisten konnten, vor dem Glauben, sie müßten nicht auch selbst ihren Teil zur Bewahrung oder Wiederherstellung ihrer Gesundheit beitragen (Essai, XXI–XXIV).

33 Zur Charakterisierung der „medizinischen Laientheorien“ und ihrer positiven Bedeutung im Prozeß der Krankheitsbewältigung vgl. Claus Bischoff u. Helmuth Zenz, Hg., *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*, Bern u. a. 1989; Hans-Eckhard Langer u. Helmut Bormann, *Krankheits-Bild als Krankheit-(Be-)Deutung. Versuch einer Meta-Theorie der Laientheorien bei rheumatischen Erkrankungen*, in: Heinz-Dieter Basler u. a., Hg., *Psychologie in der Rheumatologie*, Berlin u. a. 1992, 55–82; David Locker, *Symptoms and illness. The cognitive organization of disorder*, London u. New York 1981; s. a. Arthur Kleinman, *The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition*, New York 1988.

34 Fonds Tissot, Schreiben an den Ehemann der kranken Mme. de Moutrand vom 10.2.1754.

35 Programmatisch formuliert in Michel Foucault, *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit 1*, Frankfurt am Main 1977; vgl. die mündlichen Erläuterungen Foucaults, in: ders., *Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit*, Berlin 1978.

Der breite Raum, den die zeitgenössische Heilkultur der subjektiven Körper- und Krankheitserfahrung der (gebildeten) Patienten und ihren sprachlichen Äußerungen zubilligte, gewinnt vor diesem Hintergrund eine neue Dimension. Zweifellos war die ‚ganzheitliche‘ Medizin Tissots und seiner Mitstreiter in besonderer Weise geeignet, in der Bedrohung durch die Krankheit persönlichen Sinn zu stiften und aus der individuellen Lebensgeschichte heraus Orientierung zu vermitteln. Dies freilich setzte auf seiten der Kranken die Bereitschaft zur umfassenden Selbstoffenbarung voraus, zum Bekenntnis selbst subtilster Wahrnehmungen und verborgenster Regungen in Körper und Gefühlsleben. Indem diese zum Gegenstand sprachlichen Ausdrucks gemacht wurden, wurden sie gleichzeitig objektiviert und zumindest ein Stück weit der formenden, normierenden Kraft der herrschenden Diskurse über den Körper unterworfen, die, wie wir sahen, schon die bloße Wahrnehmung der Krankheitserscheinungen maßgeblich prägte.

Mit dem Erlebnis von Sinn war zudem die Hoffnung auf Beherrschbarkeit untrennbar verbunden. Die Diätetik als umfassende medizinische Lebenskunst nahm nicht nur in Tissots Schriften großen Raum ein, sie war zentrales Thema der aufklärerischen Medizin. Ihre Botschaft war unmißverständlich: Gesundheit ist durch aktives Handeln des Menschen herstellbar. Es bedarf nur der Bereitschaft zur unablässigen genauen Überwachung und Kontrolle aller möglicherweise schädlichen, weil vom rechten Maß abweichenden äußeren Einflüsse und innerer Regungen. Gerade in der Fähigkeit, die Kranken vor bedrohlicher Ohnmacht und Kontrollverlust zu bewahren, erweist sich diese ganzheitliche, individualisierende Medizin gleichzeitig als hervorragend geeignet, jenen von Norbert Elias skizzierten Prozeß der Zivilisation als einer zunehmenden Verinnerlichung gesellschaftlicher Normen und der Kontrolle natürlicher Regungen durch Selbstzwang voranzutreiben.³⁶

Besonders anschaulich wird das am Beispiel jenes Krankheitskomplexes, für dessen Beschreibung Tissot bis heute am bekanntesten ist, den *morbi ex masturbatione*.³⁷ Der repressive Tenor von Tissots Onanietraktat ist vielfach gewürdigt worden. Seine Schilderung grauenvollen körperlichen und seelischen Verfalls als Folge der Masturbation (und anderer sexueller „Verfehlungen“ oder „Exzesse“) ist an Schrecken kaum zu überbieten, und sie verband sich mit der ausdrücklichen Aufforderung an Eltern und Erzieher, sogar schon Kinder vor der Pubertät entsprechend zu überwachen. In einer Zeit, in der die religiöse Sanktionierung moralischer

36 Norbert Elias, *Über den Prozeß der Zivilisation*, 2 Bde., Frankfurt am Main 1976 (Orig. 1939).

37 Der lateinische Titel ist eindeutiger: Nicht der Onanie als solcher, wie häufig angenommen (vgl. z. B. H. Tristram Engelhardt Jr., *The disease of masturbation. Values and the concept of disease*, in: *Bulletin of the History of Medicine* 48 (1974), 234–248), sondern ihren Folgen wird der Krankheitscharakter zugesprochen.

Werte immer mehr an Bedeutung verlor, machte sich die Medizin so zu einer neuen Legitimationsinstanz, die nicht mehr das „Laster“ der Onanie selbst, sondern deren angebliche körperliche und seelische Folgen in den Mittelpunkt stellte, um geltende Sexualnormen und letztlich, durch die klare Präferenz für den heterosexuellen ehelichen Verkehr, die herrschende gesellschaftliche Ordnung zu bekräftigen.³⁸

Der ausschließliche Blick auf den repressiven Charakter der zeitgenössischen Onaniediskussion wird jedoch der schöpferischen, sinnstiftenden und handlungsleitenden Kraft von Tissots Ausführungen nur unzureichend gerecht. Im Rahmen eines ganzheitlichen Körper- und Krankheitskonzepts machte die Einbeziehung des Sexuellen in die medizinische Lebenskunst durchaus Sinn – man denke etwa an die starken Emotionen, die den Akt begleiteten, den „krampfähnlichen“ Höhepunkt, der auf die Rolle der Nerven verwies, an den anschließenden Spannungsverlust, und an kulturübergreifende Ängste vor einem Verlust wertvollen (männlichen) Lebenssaftes oder, in der westlichen Tradition, feinsten, ätherähnlicher Seelengeister. Tatsächlich akzeptierten die Kranken die medizinische Bedeutung des Sexuellen und damit die Notwendigkeit einer Selbstoffenbarung auch in diesem Bereich ohne größere Vorbehalte. Gewiß, Worte wie „beschämend“ oder „Beichte“ fallen zuweilen, und im Einzelfall übernehmen auch einmal Angehörige oder Freunde den Bericht, mit der Begründung, der Kranke selbst würde womöglich das eine oder andere verschweigen. Weitaus mehr Kranke aber verbreiten sich ausführlich und offen über ihre sexuellen Erfahrungen und „Verfehlungen“: Von traumatischen ersten Begegnungen ist da die Rede, von Ängsten vor Impotenz, vorzeitigem Samenerguß und strengen Vätern, von lieblosen oder gar vergewaltigenden Ehemännern, von quälender Lust oder auch vom völligen Verlust jeglichen Begehrens und natürlich, vor allem, von einem früheren oder womöglich gar noch gegenwärtigen Hang zur Selbstbefriedigung.

Manchen Kranken bot Tissots Konstruktion einer neuen Krankheitsklasse der *morbi ex masturbatione* sogar die lang gesuchte schlüssige Deutung ihrer gegenwärtigen Leiden. M. Belfontaine beispielsweise, 43jähriger Sohn wohlhabender Eltern, war nach eigenen Worten seit zwanzig Jahren nie richtig gesund. Er leide an Verstopfungen, Blähungen, Kopfschmerzen und „vapeurs“. Eine schmerzhafte, stark juckende Hautkrankheit habe sich hinzugesellt. Seine Ärzte hätten ihm freilich nicht recht glauben wollen, ihn teilweise sogar als eingebildeten Kranken behandelt und mit unterschiedlichen Diagnosen abgefertigt. Bei seinem gegenwärtigen Arzt fühlte er sich immer noch in den besten Händen, indem dieser

38 Vgl. etwa Ludmilla Jordanova, The popularization of medicine. Tissot on onanism, in: *Textual Practice* 1 (1987), 68–79.

seine Krankheit besser als seine Kollegen als Nervenkrankheit begriffen habe und ihn entsprechend behandle. Vollständig wiederhergestellt sei er aber nach wie vor nicht. Erst die Lektüre von Tissots Onanie-Schrift habe ihn auf den Gedanken gebracht, daß womöglich „dieses unglückliche, unter den jungen Leuten so verbreitete Vergnügen“ die wahre Ursache seines Leidens sei. Sein Arzt habe zwar gemeint, er sei weit entfernt von jenem Zustand der Rückenmarksschwindsucht, den Tissot beschreibe. Doch er selbst habe immerhin ein Schwinden von Gedächtnis und Sehfähigkeit bemerkt, er schwitze an den Füßen und der Urin fließe überreichlich, manchmal „roh“ („cru“) und manchmal wiederum rot verfärbt. Sein sexuelles Begehren sei zudem gering, er leide an Erektionsschwäche und komme sofort zum Erguß, wenn er einmal ein Frau „sehe“, was er selten tue. Wahrscheinlich habe er sich in seiner Jugend zwar der Onanie nicht mehr hingegeben als andere, aber eben vielleicht doch zuviel im Verhältnis zur schwächlichen Disposition seiner Fasern. Er habe zudem schon vor der Pubertät damit angefangen – wovor Tissot besonders eindringlich warnte – und es aus Sorge, sich zu erschöpfen, nicht zum Erguß kommen lassen. Tissot warnte schon vor den Gefahren der bloßen Stimulierung. Und im Umgang mit Mädchen habe er sich aus Sorge vor seinem strengen Vater, der ihm eine Geschlechtskrankheit in so jungem Alter nicht verzeihen hätte, immer nur mit der Hand befriedigen lassen. Tissot hatte betont, wie weitaus weniger gefährlich der Samenverlust beim Austausch im heterosexuellen Verkehr sei. Jedenfalls habe er schon mit der Behandlung angefangen, die Tissot für diese Fälle vorschlage. Sich ob seines „beschämenden Bekenntnisses“ („honteuse confession“) entschuldigend, das jedoch für die vollständige Kenntnis seines Leidens notwendig gewesen sei, bat er Tissot um ergänzenden therapeutischen Rat.³⁹

M. Belfontaine war kein Einzelfall. Auch bei anderen Kranken stand zunächst der subjektive Leidensdruck im Vordergrund, den Tissots Konstrukt eines *morbus ex manustupratione* auf den Begriff zu bringen erlaubte. Tissot weigerte sich später unter Hinweis auf die zeitliche Belastung sogar, Briefe von solchen Kranken überhaupt noch zu beantworten.⁴⁰ Die Bereitschaft der Kranken, auf der Grundlage einer für heutiges Verständnis abstrusen Krankheitstheorie die Gründe ihres Leidens im eigenen Fehlverhalten zu suchen, mag auf den ersten Blick überraschen. Moderne empirische Untersuchungen zeigen jedoch vergleichbare Phänomene: Das Bewußtsein einer eigenen Mitschuld an der Krankheit wird von vielen Menschen offenbar als immer noch erträglicher erlebt als das Gefühl, ohnmächtig einem blind-

39 Fonds Tissot, Brief an Tissot, Paris, 25.11.1772.

40 Onanisme, 8. Aufl. von 1785, Vorwort.

den Schicksal ausgeliefert zu sein.⁴¹ Wieviel tröstlicher noch mußte das Wissen sein, die Krankheit bringe vor allem die unzureichende Rücksichtnahme auf die besondere Empfindlichkeit des eigenen Organismus, auf die Zartheit der Nerven, auf die Sensibilität der Person zum Ausdruck, die es in Zukunft in unablässiger Sorge noch besser zu schützen gelte.

Die Fähigkeit zur schöpferischen Gestaltung von Körperbildern und medizinischen Erklärungsmodellen, die von den Kranken vor dem Hintergrund ihrer bisherigen Auffassungen und ihrer im Wandel begriffenen gesellschaftlichen Lage als sinnvoll erlebt werden, so deutet sich hier an, ist generell ein entscheidender Faktor in der Durchsetzung medizinischer Diskurse und ihrer normierenden Kraft. Umgekehrt heißt das: Nicht nur im Rahmen des von Jewson skizzierten Patronageverhältnisses, sondern grundsätzlich solange die Kranken zwischen verschiedenen Formen von Heilkunde wählen können, reicht die Macht der Ärzte nur soweit, wie die Gesellschaft, genauer gesagt die herrschende Elite, ihnen dies zuzubilligen bereit ist. Die Professionalisierung der Schulmedizin hat diese Wahlfreiheit einschränken, aber nicht beseitigen können. So macht sich die heutige Schulmedizin unter dem Druck vor allem der gebildeteren Schichten längst schon daran, alternative „ganzheitliche“ Ansätze etwa aus Naturheilkunde und Homöopathie zu vereinnahmen und in den universitären Lehrplan zu integrieren, und immer mehr Ärzte bieten neben herkömmlicher schulmedizinischer Behandlung solche Außenseiterverfahren an. Viel spricht analog dafür, daß seit der Mitte des 19. Jahrhunderts und bis in die jüngste Vergangenheit hinein große Teile der gebildeteren Schichten gerade in der heute beklagten entindividualisierenden, Krankheit und Körper verobjektivierenden Medizin der neuen, naturwissenschaftlichen Art Sinn und Orientierung fanden und aus deren zunehmend technisiertem und spezialisiertem Zugriff auf den Körper größere Hoffnung auf eine Beherrschung ihrer Leiden schöpften als aus den zahlreichen konkurrierenden „Außenseiter“-Verfahren, die auch damals schon um Anhänger warben. Die Verdrängung der ländlichen „volksmedizinischen“ Heilkultur und ihrer „irregulären“ Vertreter durch teilweise massive staatliche Repression im 19. Jahrhundert steht freilich auf einem anderen Blatt.⁴² Akkulturation und kultureller Wandel können sich auf vielfältigen Wegen vollziehen.

41 Vgl. etwa die Beiträge in Bischoff u. Zenz, *Patientenkonzepte*, wie Anm. 33.

42 Vgl. etwa zu Bayern Michael Stolberg, *Heilkunde zwischen Staat und Bevölkerung. Angebot und Annahme medizinischer Versorgung in Oberfranken im frühen 19. Jahrhundert*, Diss. med. TU München 1986, und die günstigere Einschätzung für Baden in Franziska Loetz, *Vom Kranken zum Patienten. „Medikalisierung“ und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750–1850*, Stuttgart 1993.