

Der Teufel als Ohrwurm

Über das Hören und Spüren von Stimmen im Sinnesraum der Irrenanstalt

Abstract: The Devil as an Earworm. On Hearing and Sensing Voices in the Sensory Space of the Asylum. This article examines sensory experiences as well as spatial practices in the asylum. The case history of an unmarried maid who was treated at the insane asylum in Hall in Tyrol around the middle of the nineteenth century serves as a central thread. Her medical record thematizes senses and spaces 'outside' and 'inside' the body, focusing on individualized dimensions of experiencing psychiatric sensescapes. The spatial and sensual references in medical records often point beyond the epistemic institutional place and can be elaborated based on more dynamic concepts of space, such as those provided by Henri Lefebvre. This article further links the case of the young woman plagued by terrible visions and haunted by inner voices with reflections on spatial and metaphorical resonance phenomena and addresses the space-arranging practices of physicians in the asylum.

Key Words: psychiatry, asylum, hallucinations, bodily sensations, sensory space, spatial practices, Henri Lefebvre, Sound History, resonance, Tyrol, nineteenth century

1. Anregungen und Verortungen¹

Wie haben Patient*innen mit wahnhaften Erfahrungen den ‚Sinnesraum‘ einer psychiatrischen Anstalt im 19. Jahrhundert konstruiert und wahrgenommen, als noch keine symptomatische Behandlung durch Neuroleptika möglich war? Und

DOI: <https://doi.org/10.25365/oezg-2022-33-1-4>



Accepted for publication after external peer review (double blind)

Maria Heidegger, Institut für Geschichtswissenschaften und Europäische Ethnologie, Universität Innsbruck, Innrain 52d, 6020 Innsbruck. Österreich; maria.heidegger@uibk.ac.at

1 Dieser Beitrag entstand im Rahmen des FWF-FWO Joint-Projekts I 3545-G28 „Patients and Passions. Catholic Views on Pain in Nineteenth-century Austria“, das an den Universitäten Innsbruck und Antwerpen durchgeführt wird.

wie hörten und spürten manche von ihnen die Stimmen innerhalb ihrer eigenen Körper – als laut, schmerzhaft und qualvoll, als Strafe oder als etwas ganz anderes? Reflektierten ihre Visionen und Halluzinationen erlebte Sinneswahrnehmungen, imaginierte Gefühlsräume wie Himmel und Hölle, und wo wurden Stimmen und Laute im Körperinneren verspürt – auf der Haut, im Bauch oder im Kopf?

Meine Annäherung an Sinneserlebnisse und Raumpraktiken in der Anstalt fokussiert exemplarische ‚Blickwinkel‘ von ‚Ohrenzeug*innen‘. Als roter Faden dient die Fallgeschichte der unverheirateten Dienstmagd Maria P., die um die Mitte des 19. Jahrhunderts in der kaiserlich-königlichen Provinzial-Irrenanstalt in Hall in Tirol behandelt wurde, nachdem sie zuvor an verschiedenen anderen Orten Zuflucht gesucht hatte.² Maria P.s Krankengeschichte schildert Sinne und Räume von ‚außen‘ und ‚innen‘ und rückt individualisierte Erfahrungsdimensionen der psychiatrischen *Sensespaces* in das Blickfeld. Die Krankengeschichte wurde von einem Arzt an einer Irrenanstalt verfasst und ist Teil einer Krankenakte, die sich als „vielstimmige, heterogene, systematische und doch lückenhafte Zusammenstellung“ personenbezogener Narrative charakterisieren lässt.³ Anhand dieser Krankengeschichte rücke ich in einem ersten Schritt die Raumpraktiken der Maria P., einer jungen Frau, die von Visionen geplagt und von inneren Stimmen verfolgt wurde, in den Fokus. Im zweiten Schritt wird das Innen, die mit dem Teufel assoziierten Halluzinationen im Körperraum, thematisiert. Durch eine erneute Drehung der Linse werden drittens die äußeren Sinnesraum-Praktiken in der Anstalt sichtbar gemacht, um an die Überlegungen zu raumakustischen und metaphorischen Phänomenen der Resonanz anzuknüpfen.⁴ Konkret sind hier resonante Antworten auf leidvolle und schmerz-

2 Historisches Archiv des Landeskrankenhauses Hall in Tirol [HA LKH]: Krankenakten Frauen 1849, Maria P. I/269 [Aufnahmebuch I/Kopfzahl]. Im Folgenden werden aus der Akte die sogenannte Irrengeschichte und Irrenprotokolle zitiert. Zur epistemischen Relevanz von Einzelfällen vgl. Susanne Düwell/Nicolas Pethes, Fall, Wissen, Repräsentation – Epistemologie und Darstellungsästhetik von Fallnarrativen in den Wissenschaften vom Menschen, in: dies. (Hg.), Fall, Fallgeschichte, Fallstudie. Theorie und Geschichte einer Wissensform, Frankfurt am Main/New York 2014, 9–33; zum patient*innenorientierten Zugriff in der Psychiatriegeschichte vgl. Alexandra Bacopoulos-Viau/Aude Fauvel, The Patient's Turn. Roy Porter and Psychiatry's Tales, Thirty Years on, in: *Medical History* 60/1 (2016), 1–18.

3 Maria Heidegger, „Zur Erklärung kann allein meine Geschichte dienen ...“ Überlegungen zur Kommunikation der Seelenleiden am Beispiel der Irrenanstalt Hall in Tirol im Vormärz, in: Christina Antenhofer/Andreas Oberprantacher/Kordula Schnegg (Hg.), *Methoden und Wahrheiten. Geistes- und sozialwissenschaftliche Forschung in Theorie und Praxis*, Innsbruck 2011, 43–65, 45. Vgl. auch Michaela Ralsler, Der Fall und seine Geschichte. Die klinisch-psychiatrische Fallgeschichte als Narration an der Schwelle, in: Arne Höcker/Jeannie Moser/Philippe Weber (Hg.), *Wissen. Erzählen. Narrative der Humanwissenschaften*, Bielefeld 2006, 115–126.

4 Vgl. Wolfgang Auhagen, Resonanz, in: Daniel Morat/Hansjakob Ziemer (Hg.), *Handbuch Sound. Geschichte – Begriffe – Ansätze*, Stuttgart 2018, 67–70; für einen kulturgeschichtlichen Gebrauch des Resonanz-Begriffs vgl. Karsten Lichau/Viktoria Tkaczyk/Rebekka Wolf, Anregungen, in: dies. (Hg.), *Resonanz. Potentiale einer akustischen Figur*, München 2009, 11–32.

hafte Sinneserfahrungen innerhalb eines von Mauern umschlossenen medizinisch-therapeutisch konstruierten Raums gemeint.⁵

Hinweise für eine Geschichtsschreibung von Halluzinationen liefern unter anderem sinneshistorische Studien.⁶ Maria P. erfuhr ein Kribbeln auf der Haut und assoziierte mit dem Sehen, Hören und Horchen Unbehagen und Angst. Ihre Leidensgeschichte lässt sich mittels einer Verschränkung von sinnes- und emotionshistorischen Herangehensweisen untersuchen.⁷ Der Beitrag orientiert sich außerdem an Studien zur materiellen Kultur der Psychiatrie und an akustikhistorischen Annäherungen an *Sounds*⁸ in psychiatrischen Hör- und Klangumgebungen.⁹ Diese Studien zeigen auf, dass der Gestaltung der sensorischen Umgebung innerhalb der Anstalt

5 Zum Körper im Raum *intra muros* vgl. Ulrich Leitner (Hg.), *Corpus Intra Muros*. Eine Kulturgeschichte räumlich gebildeter Körper, Bielefeld 2017.

6 Vgl. zur jüngeren Sinnesgeschichte mit synästhetischen Zugängen Constance Classen (Hg.), *A Cultural History of the Senses in the Age of Empire*, London 2014; Robert Jütte, *Geschichte der Sinne*. Von der Antike bis zum Cyberspace, München 2000; Wolfram Aichinger, *Sinne und Sinneserfahrung in der Geschichte: Forschungsfragen und Forschungsansätze*, in: Robert Jütte/Franz X. Eder/Claudia Leitner (Hg.), *Sinne und Erfahrung in der Geschichte*, Innsbruck u.a. 2003, 9–28; Mark M. Smith, *Sensing the Past*. Seeing, Hearing, Smelling, Tasting, and Touching in History, Berkeley 2007. Für eine Reflexion der aktuellen Sinneswelt vgl. Peter Payer/Christopher Mavric, *Stille Stadt*. Wien und die Corona-Krise, Wien 2021. Zum Stimmenhören vgl. Leigh Eric Schmidt, *Hearing Things*. Religion, Illusion and the American Enlightenment, Cambridge, MA/London 2000; Simon McCarthy-Jones, *Hearing Voices*. The Histories, Causes, and Meanings of Auditory Verbal Hallucinations, Cambridge 2012; Oliver Sacks, *Drachen, Doppelläufer und Dämonen*. Über Menschen mit Halluzinationen, Reinbek bei Hamburg 2013; James Kennaway, „Those unheard are sweeter“. Musical Hallucinations in Nineteenth-Century Medicine and Culture, in: *Terrain. Anthropologie & sciences humaines* 68 (2017), DOI: <https://doi.org/10.4000/terrain.16426>.

7 Vgl. Rob Boddice/Mark M. Smith, *Emotion, Sense, Experience*, Cambridge 2020.

8 Zum umfassenderen englischen Begriff *Sound* für ‚Klang‘, ‚Geräusch‘, ‚Ton‘, ‚Laut‘ und ‚Schall‘ vgl. Daniel Morat/Hansjakob Ziemer, Einleitung, in: dies. (Hg.), *Handbuch Sound*, 2018, VII–XI. Als Gegenstand der *Sound Studies* ist *Sound* „immer an menschliche Wahrnehmungen und Handlungen gebunden, und in diesem Sinn verstehen wir [...] Sound als gehörten Schall“. Ebd., VIII; vgl. auch Michael Bull, General Introduction, in: ders. (Hg.), *Sound Studies. Critical Concepts in Media and Cultural Studies*, Bd. 1, London/New York 2013, 1–22; Michael Bull/Les Back (Hg.), *The Auditory Culture Reader*, 2. Aufl., Oxford/New York 2016; Holger Schulze (Hg.), *Sound Studies. Traditionen – Methoden – Desiderate*. Eine Einführung, Bielefeld 2008; Karin Bijsterveld/Trevor J. Pinch (Hg.), *The Oxford Handbook of Sound Studies*, New York 2012.

9 Vgl. James Kennaway, *From Sensibility to Pathology*. The Origins of the Idea of Nervous Music around 1800, in: *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 65/3 (2010), 396–426; ders., *Musical Hypnosis, Sound and Selfhood from Mesmerism to Brainwashing*, in: *Social History of Medicine* 25/2 (2011), 271–289; Dolly MacKinnon, *Music, Madness and the Body*. Symptom and Cure, in: *History of Psychiatry* 17/1 (2006), 9–21; dies., *Hearing Madness and Sounding Cures*. Recovering Historical Soundscapes of the Asylum, in: *Politiques de communication* (2017), 77–106; Katherine Fennelly, *Out of Sound, Out of Mind*. Noise Control in Early Nineteenth-Century Lunatic Asylums in England and Ireland, in: *World Archaeology* 43/3 (2014), 416–430; Madeline Bourque Kearin, ‚As Syllable from Sound‘. The Sonic Dimensions of Confinement at the State Hospital for the Insane at Worcester, Massachusetts, in: *History of Psychiatry* 31/1 (2020), 67–82; David Theodore, *Sound Medicine*. Studying the Acoustic Environment of the Modern Hospital, 1870–1970, in: *The Journal of Architecture* 23/6 (2018), 986–1002.

unter anderem aus therapeutischen Motiven eine wichtige Rolle zukam. Die Sinne und das Nervensystem übten nach Ansicht der historischen Psychiatrie einen direkten Einfluss auf den geistigen Zustand einer Person aus. Die Nerven sollten durch das Instrument der psychischen Kur entweder beruhigt oder angeregt werden, die Einschließung in eine Einzelzelle eine Intensivierung der Sinne bezwecken.¹⁰ Das sensorische Design der Anstalt kollidierte jedoch oftmals mit der institutionellen Alltagslogistik sowie mit der Art und Weise, wie Patient*innen ihre Sinnesumgebung nicht nur passiv erfuhren, sondern sich die daraus resultierenden Muster von beispielsweise laut und leise auch aktiv aneigneten.¹¹ Studien zur materiellen Kultur in der Psychiatrie zeigen auf, wie das Bett, das Klavier, die Kleidung, die Farben, die Nahrung im jeweiligen historischen Kontext angeeignet wurden, wie auf diese Weise Patient*innen den Raum konstruierten und wie das Materielle auf sie wirkte.¹² Kai Sammet untersucht am Beispiel der 1892 elektrifizierten Badener Musteranstalt Illenau die *Lightscapes* eines Irrenhauses, konkreter deren Außen- und Innenbeleuchtung, und verknüpft diese materiellen Raumdimensionen mit Konzepten und Metaphern von Licht und Freundlichkeit. Die Stimme der Vernunft bzw. des Arztes, so Sammet, wurde mit Helligkeit, der Wahnsinn hingegen mit Dunkelheit und Blindheit assoziiert.¹³ Nebstbei ermöglichte eine gute Ausleuchtung aller Ecken und Winkel die Beobachtung und Überwachung der Patient*innen. Monika Ankele nützt den aus dem Theaterbereich stammenden Begriff der Szenografie als Analyseinstrument, um Rauminterventionen und Wissenspraktiken in der Psychiatrie zu beschreiben.¹⁴ Sie zeigt, wie sich historische Behandlungskonzepte durch die Ausgestaltung, Möblierung und Beleuchtung des psychiatrischen Settings manifestierten und als räumlich-materielle Konfigurationen ‚inszeniert‘ und dadurch, so Ankele, „sowohl (Wissens-)Praktiken ausgebildet als auch Bedeutungen generiert“ wurden.¹⁵

Gerüche, Blicke und lautlich-akustische Ereignisse wurden mit Wahn und Verfall, Sauberkeit und Heilung oder mit *Sense* und *Nonsense* assoziiert. In Anstaltsbe-

10 Vgl. Leslie Topp, *Single Rooms, Seclusion and the Non-Restraint Movement in British Asylums, 1838–1844*, in: *Social History of Medicine* 31/4 (2018), 754–773, 755.

11 Vgl. Kearin, *Syllable*, 2020, 67.

12 Vgl. Jane Hamlett, *At Home in the Institution. Material Life in Asylums, Lodging Houses and Schools in Victorian and Edwardian England*, London 2015; Jane Hamlett/Lesley Hoskins, *Comfort in Small Things? Clothing, Control and Agency in County Lunatic Asylums in Nineteenth- and Early Twentieth-Century England*, in: *Journal of Victorian Culture* 18/1 (2013), 93–114.

13 Kai Sammet, *Silent „Night of Madness“? Light, Voice, Sounds, and Space in the Illenau Asylum in Baden between 1842 and 1910*, in: Monika Ankele/Benoît Majerus (Hg.), *Material Cultures of Psychiatry*, Bielefeld 2020, 44–73, 50.

14 Monika Ankele, *Sich aufführen. Rauminterventionen und Wissenspraktiken in der Psychiatrie um 1900*, in: dies./Céline Kaiser/Sophie Ledebur (Hg.), *Aufführen – Aufzeichnen – Anordnen. Wissenspraktiken in Psychiatrie und Psychotherapie*, Wiesbaden 2019, 71–89.

15 Ebd., 73.

schreibungen und Krankenakten werden das Geschrei oder leise gemurmelte Bit-ten von Patient*innen, Selbstgespräche, Rosenkranzgebete, die Klänge eines Klaviers oder Gesang, das laute Vorlesen, Predigten, Essens- und Arbeitsgeräusche, das Rollen der Billardkugeln im Aufenthaltsraum, das Klappern des Löffels im Blechgeschirr oder die Geräuschkulisse von Tischlerarbeiten in der anstaltseigenen Werkstatt laut. Nicht nur die Räume selbst oder historische Fotografien und Postkarten von Anstalten und Anstaltsräumen,¹⁶ auch Artefakte, die als Überbleibsel der historischen Anstaltspsychiatrie erhalten sind, erweisen sich aus dem Blickwinkel der Sinnesgeschichte als beredete Quellen für die einst erfahrene Umgebung. Mit ihren „sinnlich wahrnehmbaren Qualitäten“ waren und sind sie „beteiligt an den Emotionen, Bedeutungen und Praktiken, mit denen wir uns auf sie beziehen“ – sie tragen entsprechende Gebrauchsspuren.¹⁷

Die in der Krankengeschichte der Maria P. enthaltenen Raumbezüge weisen über den epistemischen Anstaltsraum hinaus und lassen sich anhand dynamischer und deutungsoffener theoretischer Raummodelle untersuchen.¹⁸ Ein solches stellt das bereits 1974 von Henri Lefebvre vorgeschlagene dreiteilige Raumkonzept von räumlicher Praxis, Raumrepräsentationen und Repräsentationsräumen dar. Lefebvre verbindet den sozialen Raum mit Produktionspraktiken, Machtbeziehungen, sich durchsetzenden Ordnungen und komplexen Symbolisierungen, was sich für die kritische Sozialgeschichte der Psychiatrie als höchst anschlussfähig erweist.¹⁹

Für eine Kulturgeschichte der Sinne sind auch akustische Raummodelle der *Sound Studies* relevant, die Klänge, Schwingungen, aber auch den Körper und die Interaktion dynamisch miteinander verknüpfen.²⁰ Die *Sound History* hat den 1977 von R. Murray Schafer popularisierten Begriff der *Soundscape*s rezipiert und

16 Vgl. Nicola Imrie/Leslie Topp, Psychiatrie und Moderne. Wiens Architektur für Geistes- und Nervenranke, in: Gemma Blackshaw/Leslie Topp (Hg.), *Madness & Modernity. Kunst und Wahn in Wien um 1900*, Wien 2009, 79–101.

17 Zur sinnlichen „Kooperation mit den Dingen“ vgl. Kaspar Maase, Leider schön ...? Anmerkungen zum Umgang mit Sinnesempfindungen in Alltag und empirischer Forschung, in: Karl Braun u.a. (Hg.), *Kulturen der Sinne. Zugänge zur Sensualität der sozialen Welt*, Würzburg 2017, 13–28, 25.

18 Zur Vielfalt interdisziplinärer Auseinandersetzungen mit Raum vgl. Jörg Döring/Tristan Thielmann, Einleitung: Was lesen wir im Raume? Der Spatial Turn und das geheime Wissen der Geographen, in: dies. (Hg.), *Spatial Turn. Das Raumparadigma in den Kultur- und Sozialwissenschaften*, Bielefeld 2008, 7–45, 10; Jörg Dünne/Stephan Günzel (Hg.), *Raumtheorie. Grundlagentexte aus Philosophie und Kulturwissenschaften*, 9. Aufl., Frankfurt am Main 2018; Sigrid Weigel, Zum „topographical turn“. Kartographie, Topographie und Raumkonzepte in den Kulturwissenschaften, in: *KulturPoetik* 2/2 (2002), 151–165.

19 Henri Lefebvre, Die Produktion des Raums [1974], in: Dünne/Günzel (Hg.), *Raumtheorie*, 2018, 330–342; vgl. Christian Schmid, *Stadt, Raum und Gesellschaft. Henri Lefebvre und die Theorie der Produktion des Raumes*, Stuttgart 2005; Andy Merrifield, *Henri Lefebvre. A Critical Introduction*, New York 2006, 99–120.

20 Vgl. Brandon LaBelle, *Acoustic Territories. Sound Culture and Everyday Life*, New York 2010; Steven Connor, *Sound and Self*, in: Mark M. Smith (Hg.), *Hearing History. A Reader*, Athens 2004, 54–63.

beschäftigt sich mit historischen Lautsphären.²¹ Die noch kaum untersuchte Frage nach ‚inneren‘ *Soundscapes* im Rahmen einer Geschichte von Halluzinationen und Visionen, Schmerz und Leiden zielt auf die sinnliche Wahrnehmung und die Konstruktion des Körperraums und erfordert eine Auseinandersetzung mit psychologischen und metaphorischen Raumverständnissen. Sie kann – im Anschluss an Lefebvre – auch als Frage nach den Repräsentationsräumen gestellt werden, die „mit der verborgenen und unterirdischen Seite des sozialen Lebens“ verknüpft sind.²²

Das Fallbeispiel konkretisiert Raum als soziale Praxis der Sinneswahrnehmungen und Bewegungen, von Übergängen und Fluchten, verknüpft mit biografischen Ereignissen. Erfahrungen und Erinnerungen wirkten auf Grenzbereiche zwischen konstruierten Wahn-, Angst- und Wirklichkeitsräumen ein. Sie wurden in einem als Heilanstalt ‚codierten‘ Sinnesraum problematisiert, wo Maria P. als Patientin beobachtet und gehört wurde und wo Ärzte auf Basis medizinischer Wahrnehmungen diagnostizierten, dass es sich bei ihrem Stimmenhören um eine Krankheit der getäuschten Sinne handelte. Dieser Resonanz- und Reflexionsraum wurde durch ausgrenzendes und therapeutisches Handeln hergestellt.²³ Die Anstalt machte etwas mit Maria P., die ihrerseits diesen Raum aus ihrer Perspektive konstruierte und darin etwas suchte. Dieser Raum war „weder absolut gegeben noch bloßes Wahrnehmungsphänomen“, sondern wurde „durch Bewegung und durch Wahrnehmung sowie durch soziales und symbolisches Handeln von Menschen hervorgebracht“;²⁴ wie Gertrud Lehnert in Anlehnung an Henri Lefebvre den ‚Gefühlsraum‘ definiert.

2. Auf der Flucht vor den Stimmen: räumliche Praktiken – biografische Gefühlsräume

Zu Jahresbeginn 1847 suchte die 23-jährige Dienstmagd Maria P. aus Hall in Tirol Zuflucht vor ‚inneren Stimmen‘ in einer Heilanstalt. Damit betrat sie nach längerem Leiden ein Gebäude, das sie seit ihrer Kindheit von außen gekannt haben musste. 1830 war die Tiroler Provinzial-Irrenanstalt in ihrer Heimatstadt in einem aufge-

21 R. Murray Schafer, Klang und Krach. Eine Kulturgeschichte des Hörens, Frankfurt am Main 1988 [Orig. 1977].

22 Lefebvre, Produktion, 2018, 333.

23 Vgl. Eric J. Engstrom, Placing Psychiatric Practices. On the Spatial Configurations and Contests of Professional Labour in Late-Nineteenth Century Germany, in: Leslie Topp/James E. Moran/Jonathan Andrews (Hg.), Madness, Architecture, and the Built Environment. Psychiatric Spaces in Historical Context, London 2007, 66–83.

24 Gertrud Lehnert, Raum und Gefühl, in: dies. (Hg.), Raum und Gefühl. Der Spatial Turn und die neue Emotionsforschung, Bielefeld 2011, 9–25, 10.

lassenen Klarissenkloster eingerichtet worden.²⁵ Der Schritt über die Schwelle kostete sie einige Überwindung, haftete diesem Ort doch eine bestimmte Aura an: Die Irrenanstalt vermittelte, geisteskrank zu sein, Maria P. fühlte sich jedoch nicht krank, sondern verfolgt, wie aus der von Josef Stolz, dem Hauswundarzt der Anstalt, verfassten ‚Irrengeschichte‘ hervorgeht. Dieser Text, aus dem die folgenden Zitate stammen, bildet einen wesentlichen Bestandteil der Krankenakte.²⁶ Er ordnet aus medizinischer Perspektive biografische Informationen an, die jeweils mit bestimmten Orten und den von Maria P. konstruierten Sinnesräumen verbunden sind. Wir erfahren, dass die schwer sehbeeinträchtigte junge Frau als Kleinkind in Folge der Schutzpockenimpfung an einer Bindehautentzündung erkrankt war. In ihrer Kindheit waren ihre Augen oft gerötet und tränten, helles Licht schmerzte sie. Mit zwölf Jahren verließ sie die Schule, um drei Jahre lang in einer Knopffabrik zu arbeiten. Im Alter von 18 Jahren unterzog sie sich einer sechswöchigen Badekur. Von zahlreichen Ortswechselln als Dienstmädchen in verschiedenen Haushalten ist die Rede, gleichzeitig von einer ‚sichtbaren‘ großen inneren Unruhe und Unzufriedenheit, auf die ihre Mutter mit Schlägen und Strafen antwortete. Josef Stolz stellt in der Pathografie Orte, Gefühle und Sinneswahrnehmungen als eng miteinander verwoben dar: „Während ihres ganzen Lebens machte man überall die Beobachtung, daß sie an einer gewissen Reizbarkeit des Gemüthes litt, in Folge welcher sie nach oft unbedeutenden Veranlassungen durch einige Zeit kopfhängerisch, mürrisch und schweigsam wurde.“ Vier Jahre vor ihrer Anstaltseinweisung, als sie gerade als Dienstmädchen in Reutte arbeitete, erlitt sie eine „Kopfkrankheit“ mit derart heftigen Schmerzen „in den Augen, Ohren u. im Gehirne“, dass sie beinahe bewusstlos wurde. Als sie nach Hause zurückkehrte, traten „Spuren von Hallucinationen des Gesichtes u. besonders des Gehöres“ auf. Maria P. sah sich in der Folge veranlasst, „ihren Wahn“ gegenüber den Arbeitgeber*innen entweder „zu verbergen“ oder ihren jeweiligen Dienst zu quittieren, „um den Beunruhigungen durch ihre Sinnestäuschungen“ zu entfliehen – so quälend waren die menschlichen Stimmen, „welche ihr übles nachsagen, welche sie verleumdten u. sehr beunruhigen“. Für Maria P. handelte es sich bei den Halluzinationen nicht um Sinnestäuschungen, weshalb sie die Eltern anflehte, die „Quälgeister“ mithilfe der Polizei fernzuhalten.

Der hinzugezogene Arzt Josef Stolz bemerkte zwar Momente, in denen sie sich durch „eine vernünftige Zusprache und Darstellung ihres Zustandes“ für kurze Zeit beruhigen ließ, meist wurde die Patientin aber von einem andauernden „Stimmen-

25 Die für ca. 75 Patient*innen konzipierte Anstalt positionierte sich als Heilanstalt, vgl. Maria Heidegger/Oliver Seifert, „Nun ist aber der Zweck einer Irrenanstalt Heilung ...“ Zur Positionierung des Irrenhauses innerhalb der psychiatrischen Landschaft Tirols im 19. und 20. Jahrhundert, in: Geschichte und Region/Storia e regione 12/2 (2008), 24–45.

26 HA LKH, Irrengeschichte, 1849.

andrang“ überwältigt. Diesem versuchte sie wiederholt durch Arbeit, Dienstwechsel und Ablenkung an einem Ort, der besonders viele Sinnesreize bot, auszuweichen. Es handelte sich um ein „Haus, wo sie eine Gesellschaft junger Leute, beiderlei Geschlechts u. Unterhaltung mit Gesang zur Citter u. Guitarre findet. Sie selbst singt u. spielt etwas Guitarre u. schenkt ebendort einem jungen Manne ziemliche Aufmerksamkeit. Dort ist es auch, wo sie vorgibt, von ihren Nachstellungen befreit zu sein“. Diesen Zufluchtsort betrat Maria P. gegen den elterlichen Widerstand, da die Eltern die Geselligkeit in jenem Haus gemäß den sexualmoralischen Verhaltensnormen der Zeit als verderblich ansahen. Sie vertrauten ihre Tochter nun Geistlichen an, die sie einer religiösen Behandlung unterziehen wollten, „da die Umgebung u. selbst die Eltern vermutheten, es möchte der Böse sein loses Spiel mit diesem jungen Mädchen treiben“. Maria P. musste durch Askese und oftmaliges Beichten versuchen, „von der Fußsohle an“ ein neuer Mensch zu werden, wobei sich allerdings „Patientin u. Seelenarzt einander bald überdrüssig wurden“, wie Josef Stolz anmerkt. Dieser leitete nun eine ärztliche Behandlung ein, wobei er über einen längeren Zeitraum Beichte und Askese durch andere „psychische Ableitungen“ (er gab mathematische Übungen auf) ersetzte, um die ‚Stimmen‘ zum Schweigen zu bringen. Vergleichlich: Der einzige Zufluchtsraum, in dem Maria P. „zeitweilig Ruhe vor der Hallucination fand“, blieb jenes Haus, in dem musiziert wurde. Nachdem ihr Zutritt zu diesem Haus der Sünde (Eltern und Geistlichkeit) und der sexuellen Sinnesreize (Arzt) nicht verhindert werden konnte, empfahl Stolz die Einweisung in die Irrenanstalt Hall, an der er auch selbst als Wundarzt wirkte. Maria P. weigerte sich zunächst. Sie trat zunehmend weiter von zu Hause entfernt in wechselnde Dienstverhältnisse ein und wanderte zuletzt bis in die Schweiz, „in der Hoffnung, endlich ihren vermeintlichen Nachstellungen zu entfliehen“. Doch weder die „große Entfernung von ihrer Heimath“ noch ein neuerlicher Heilungsversuch bei dem als Wunderheiler und Exorzist landesweit hochgeachteten Pfarrer von Fließ, Simon Alois Maaß, „waren im Stande ihren trostlosen Zustand zu erleichtern“. Der Pfarrer bestärkte Maria P. in ihrer Auffassung, nicht krank zu sein. Die inneren Stimmen und Visionen hätten ihren eigentlichen Ursprung nicht im Körperinneren, sondern „sowohl die erscheinenden Personen als auch die beunruhigenden Stimmen“ würden von außen, zum Teil vom Teufel, zum Teil von den „schlechten, immoralischen Burschen u. Dirnen“ herrühren. Seit dieser Begegnung mit Pfarrer Maaß, so wird weiter berichtet, vermied Maria P. ängstlich Gleichaltrige, bis das „gequälte Mädchen aus freien Stücken ihre letzte Zuflucht in der k. k. Irrenanstalt“ suchte. Kurz vor ihrer Überstellung in die Anstalt wurde sie nochmals von Josef Stolz untersucht. Nach über vierjähriger Krankheit schienen ihre Gesichtszüge und Augen matter geworden zu sein, die Patientin versicherte, ihr Sehvermögen hätte deutlich abgenommen. Ihre „Äußerungen über ihren Zustand“ waren noch „verworrener“, sie bezeichnete ihre „Gehörs-

täuschungen“ als tückische List von bereits Verstorbenen, behauptete aber gleichzeitig, gesund zu sein, und erbat sich selbst für einige Wochen die Aufnahme in die Anstalt, „damit ihr dort die Qual der Verfolgungen“ genommen werde und sie danach wieder ihrem Broterwerb als Dienstmädchen nachgehen könne. Für Maria P. wurde die Anstalt, die sie bisher von außen gefürchtet hatte, zu einem bedeutsamen Ort, den sie von Januar 1847 bis August 1849 von innen kennenlernte.

3. Innen: über Halluzinationen im Körperraum

Maria P. fühlte sich von Stimmen verfolgt, die sie auch taktil wahrnahm, die an ihr herumzupften und sie am Schlaf hinderten. Ihr Stimmenhören ging mit Schmerzgefühlen einher, mit Unbehagen, Kopf- und Bauchweh, Schwindel, einem erhöhten Puls und Verdauungsproblemen, wie aus den medizinischen Beobachtungen im ersten Monat ihres Anstaltsaufenthalts hervorgeht.²⁷ Woher genau die Stimmen an ihr Ohr drangen, von außerhalb oder innerhalb des vielfach geplagten Körpers als dem „Erlebnisraum des Ich[s]“,²⁸ aus dem Bauch, dem Magen, dem Uterus oder dem Kopf, konnte Maria P. nicht klar benennen. Überall, so sagte sie, würde sie „von einer Stimme verfolgt [...], welche sie für die Stimme eines Knaben, [...] für die Stimme eines böswilligen männlichen Verfolgers oder gar des Teufels halte“. Doch während sie früher „schwarze u. feurige Gestalten öfters erblickt u. diese für Nachstellungen böser Leute od. des Teufels gehalten habe“, sei sie nun, in der Anstalt, „von diesen frei u. höre auch nur *eine einzige Stimme*“, sodass sie hoffe, „innerhalb einiger Wochen hier von der nachstellenden lästigen Stimme endlich befreit zu werden“.²⁹

Maria P. eignete sich selbst den Standpunkt der Psychiatrie an, nachdem alle früheren Wege in Behandlungs- und Fluchträume sinnlose Um- oder verderbliche Irrwege gewesen waren. Nur die Heilanstalt versprach einen Ausweg und repräsentierte somit für Maria P., die jetzt nur noch eine einzige Stimme hörte, einen Übergangs- oder Schwellenraum zur Gesundheit.³⁰ Während sie jedoch hoffte, in der Anstalt dieser letzten Stimme zu entfliehen, benötigte sie nach ärztlicher Ansicht psychische Heilbehandlung, weil sie ihre Sinnestäuschungen als real ansah, und wurde mit der

27 Ebd.

28 Vgl. Katja Patzel-Mattern, *Schöne neue Körperwelt? Der menschliche Körper als Erlebnisraum des Ich*, in: Clemens Wischermann/Stefan Haas (Hg.), *Körper mit Geschichte. Der menschliche Körper als Ort der Selbst- und Weltdeutung*, Stuttgart 2000, 65–84.

29 HA LKH, *Irrengeschichte, 1849* [im Original Hervorhebung durch Unterstreichung].

30 Vgl. Arnold van Gennep, *Übergangsriten (Les rites de passage)*, Frankfurt am Main/New York 1999, 25–33.

Diagnose „düsterer Wahnsinn mit krankhaft aufgeregter Geschlechtssphäre“ unter der ärztlichen Leitung des Anstaltsdirektors Johann Tschallener behandelt.³¹

Als einer der Hauptakteure der Tiroler Psychiatrie im Vormärz wirkte dieser weit über die Anstaltsmauern hinaus.³² So leitete Tschallener beispielsweise die medizinische Begutachtungspraxis der Ärzte und Wundärzte in der gesamten Provinz an. Deren für die Aufnahme an die Irrenanstalt obligatorischen Gutachten sollten insbesondere Informationen über den Ausbruch der jeweiligen Geisteskrankheit enthalten, ob diese „auf dem Wege der kranken niedern fünf Sinne, oder auf dem Wege der so oder anders kranken höheren Sinne: der Perception, Aufmerksamkeit, Phantasie und des Gedächtnisses“ ihren Ausgang genommen habe.³³ Mit dieser Einteilung der Sinne und dem daran geknüpften Konzept vom Einfluss der Sinne auf die Psyche des Menschen befand sich Tschallener auf der Höhe seiner Zeit. Halluzinationen und Visionen wurden innerhalb dieses Rahmens psychopathologisch und oftmals religionskritisch gedeutet.³⁴ Überhaupt stellten Sinnestäuschungen, Illusionen und Träume ein bevorzugtes Thema zeitgenössischer medizinischer Literatur dar, in der die Sinne physiologisch und experimentell untersucht, vor dem Hintergrund kultureller und geschlechtsspezifischer Konzepte über die Sensibilität des Nervensystems problematisiert und mit Auffassungen über Genie und Wahnsinn verknüpft wurden.³⁵ Auch Sebastian Ruf, Kaplan der Tiroler Irrenanstalt, verfasste zu den „phantastischen Zuständen“ ein eigenes Buch, jedoch ohne darin Maria P., die er als Seelsorger ebenfalls ‚behandelte‘, zu erwähnen.³⁶ In ihren raumanordnenden Zugriffen auf Sinnestäuschungen im Körperinneren argumentierten Ruf, Tschallener und Stolz auf der Basis wahrnehmungspsychologischer Standards, die der französische Irrenarzt Jean-Étienne Dominique Esquirol 1817 gesetzt hatte, als er den Begriff

31 HA LKH, Irrengeschichte, 1849.

32 Vgl. Maria Heidegger, Die k. k. Provinzial-Irrenanstalt Hall in Tirol im Vormärz – Programm und Akteure eines Reformprojekts, in: Ellen Hastaba/Siegfried de Rachewiltz (Hg.), „Für Freiheit, Wahrheit und Recht!“ Joseph Ennemoser und Jakob Philipp Fallmerayer. Tirol von 1809 bis 1848/49, Innsbruck 2009, 113–128.

33 Johann Tschallener, Beschreibung der k. k. Provinzial-Irren-Heilanstalt zu Hall in Tirol. Mit Rücksicht auf die Statuten der Anstalt, auf die therapeutischen und psychologischen Grundsätze der Behandlung der Geisteskranken und auf ihre achtjährigen Resultate, Innsbruck 1842, 68.

34 Vgl. Maria Heidegger, The Devil in the Madhouse. On the Treatment of Religious Pathologies in Early Psychiatry, Tyrol, 1830–1850, in: Henk de Smaele/Tine van Osselaer/Kaat Wils (Hg.), Sign or Symptom? Exceptional Corporeal Phenomena in Medicine and Religion in the Nineteenth and Twentieth Centuries, Leuven 2017, 23–42.

35 Vgl. Johannes Müller, Ueber die phantastischen Gesichterscheinerungen. Eine physiologische Untersuchung mit einer physiologischen Urkunde des Aristoteles über den Traum, Koblenz 1826; Friedrich Wilhelm Hagen, Die Sinnestäuschungen in Bezug auf Psychologie, Heilkunde und Rechtspflege, Leipzig 1837; Friedrich Fischer, Der Somnambulismus, 3 Bde., Basel 1839.

36 Vgl. Sebastian Ruf, Die Delirien. Die Visionen und Hallucinationen des Tag- und Nachtlebens, und die phantastischen Zustände, Innsbruck 1856.

der Halluzination in die Medizin einführte.³⁷ Illusion sei eine Sinnesempfindung, die äußere Objekte verkennt bzw. falsch deutet, während derjenige, der halluziniert, eine Sinnesempfindung erfahre, die ohne Mitwirkung äußerer Objekte zustande komme. Die Übergänge zwischen äußerer Wahrnehmung und der Verarbeitung von Sinnesindrücken innerhalb des Körperraums sowie die Grenzen zwischen Erinnerung und Einbildung fluktuierten. Aus diesem Grund rückten gerade die Grenzbereiche zwischen Traum und Wachzustand, Sinnesstörung und Vision bzw. Halluzination in den Fokus, gleichzeitig verlagerte sich das Phänomen in das Innere und wurde als „Raum des Psychischen“ konstruiert.³⁸ Als besonders wirkmächtig für die Ausbildung von Sinnestäuschungen wurden religiöse Einflüsse angesehen.³⁹ Der aus dem Piemont stammende Psychiater Maurice Macario an der Anstalt Maréville bei Nancy klassifizierte Formen des mit Halluzinationen verbundenen Besessenheitswahns nach einer unterschiedlichen Involvierung der Sinne und räumlich durch eine Anordnung als äußerlich oder/und innerlich. In der Form der „Démonomanie externe“ würden die Kranken äußerlich durch ihre Sinne in Beziehung zum Teufel stehen: „Gesicht, Gehör, Getast und Geruch sind verletzt, die beiden ersten am häufigsten, daher Hallucinationen dieser Sinne.“ Als „Démonomanie interne“ bezeichnete Macario hingegen die eigentliche Besessenheit, bei der Gehörstäuschungen häufiger wären. Die Kranken wähten, „vom bösen Geiste bewohnt“ zu sein, und nahmen daher nicht nur die Geräusche außerhalb ihrer selbst, sondern auch in ihrem Inneren wahr.⁴⁰ Dass die höheren Sinne von den fünf niederen Sinnen getäuscht werden und „auf Abwege“ geraten konnten,⁴¹ wurde zum Common Sense: Der Mensch sei durch seine Sinne verletzlich und seiner Verletzlichkeit könne sich der Teufel bedienen, um sich wie ein schwer zu vertreibender Ohrwurm in das Gehör zu bohren.

Aber auch der Arzt konnte durch seine Sinne getäuscht werden, die er daher sorgfältig trainieren musste. Im radikalen Empirismus der zeitgenössischen Medizin hing viel von der korrekten Wahrnehmung von Zeichen und Symptomen ab. Nur das erfahrene und das geschulte Sehen, Abtasten, Fühlen und Abhören von Körperstatur, Schädelform und Körpertemperatur versprach Zugang zum verborgenen Körperraum, der durch diese Praktiken angeordnet wurde.⁴² Noch feinfüh-

37 Vgl. Jean-Etienne Dominique Esquirol, *Die Geisteskrankheiten in Beziehung zur Medizin und Staatsarzneikunde vollständig dargestellt*, 2 Bde., Berlin 1838.

38 Sandra Janßen, *Phantasmen. Imaginationen in Psychologie und Literatur 1840–1930*. Flaubert – Čechov – Musil, Göttingen 2013, 32.

39 Vgl. Hagen, *Sinnestäuschungen*, 1837, 143; Wilhelm Griesinger, *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Ärzte und Studierende*, Stuttgart 1845, 79f.

40 Carl Friedrich Flemming, Rezension zu: Maurice Macario, *Klinische Studien über die Dämonomanie*, in: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin* 1 (1844), 332–337, 333f.

41 Tschallener, *Beschreibung*, 1842, 127.

42 Vgl. David S. Barnes, *The Senses in Medicine. Seeing, Hearing, and Smelling Disease*, in: Classen (Hg.), *Cultural History of the Senses*, 2014, 137–160.

liger unter die Oberfläche blicken zu können, beanspruchte der Irrenarzt, der dem Körper auch die verborgensten Botschaften ablauschte.⁴³ Johann Tschallener meinte zwar, der Charakter einer Krankheit bzw. der Kranken stünde ihnen „auf der Stirne geschrieben“ und dass „deren Augen die Seele beim ersten fixieren verrathen“ würden.⁴⁴ Für das Stellen der richtigen Diagnose und Prognose kam es dann aber doch auf den besonderen „Scharfblicke der Erfahrung“ an.⁴⁵ Diesem Blick war Maria P. kurz nach Eintritt in die Anstalt ‚ausgesetzt‘. Sie wurde nach den tradierten Regeln ärztlicher ‚Kunstfertigkeit‘ intensiv von Kopf bis Fuß gemustert, abgetastet und abgehört. Dabei befanden die Ärzte ihre Körperformen als „ziemlich weich u. üppig“, die Augen als „etwas glotzend“ und ihren Blick als „etwas trübe“ und „sonderbar“. Der „Ausdruck des Gesichtes“ verrate „Angst u. Verwirrtheit“. Zeitweise beobachtete man „tiefste Seufzer u. manchmaliges Weinen“, im Übrigen erscheine die Patientin aber „ziemlich sorgfältig u. reinlich angekleidet, u. bequeme sich gleich nach dem Eintritte weibliche Arbeiten a. d. s. Nähen, Stricken zu verrichten“.⁴⁶ Diese von geschlechtsspezifischen Normen geprägte Beschreibung des medizinischen *Status praesens* verknüpfte den Körper als Repräsentationsraum mit dem ärztlichen Wissen vom Hörensagen und früheren Visiten, das mit der Fachliteratur über ähnliche klinische Fälle korrespondierte. Darüber hinaus erzeugte die Begegnung im Ordinationszimmer aber Resonanzen, welche die Grenze zwischen Wahrnehmenden und Wahrgenommenen überschritten.⁴⁷ In der (akustischen) Kommunikation schwingt etwas mit,⁴⁸ was aus Krankenakteinträgen als zugespitzte Aufmerksamkeit herauslesbar ist.⁴⁹ Es geht darum, wann und warum die verschiedenen Akteur*innen im Sinnesraum der Anstalt etwas hörten oder überhörten, sich die Ohren verstopften oder nur selektiv zuhörten und wie sie zuhörten, mit Engagement, aus Neugier oder aus Lust am menschlichen Drama.⁵⁰

43 Vgl. die Gegenüberstellung des hermeneutisch-psychoanalytischen Körpermodells von Michael Balint, der 1957 beschrieb, wie die Krankheit zum Sprechen gebracht werden könnte, mit der linguistischen Kritik Michel Foucaults in einem 1966 vor Ärzten gehaltenen Vortrag über das Rauschen, in: Marion Schmaus, Das Rauschen bei Foucault, in: Sylvia Mieszkowski/Sigrid Nieberle (Hg.), Unlaute. Noise/Geräusch in Kultur, Medien und Wissenschaften seit 1900, Bielefeld 2017, 37–50, 40–42.

44 Tschallener, Beschreibung, 1842, 82.

45 Ebd., 87.

46 HA LKH, Irrengeschichte, 1849.

47 Zur Resonanz als „the complete opposite of the reflective, distancing mechanism of a mirror“ vgl. Veit Erlmann, Reason and Resonance. A History of Modern Aurality, New York/Cambridge, MA 2010, 9f.

48 Zur akustischen Kommunikation und den verschiedenen Formen des Hörens vgl. Barry Truax, Acoustic Communication, Norwood, NJ 1984.

49 Zu den verschiedenen Qualitäten des Hörens vgl. Peter Payer, Der Klang der Großstadt. Eine Geschichte des Hörens. Wien 1850–1914, Wien 2018, 30.

50 Vgl. Ari Y. Kelman, Rethinking the Soundscape. A Critical Understanding of a Key Term in Sound Studies, in: Senses & Society 5/2 (2010), 212–234, 218; Sophie Rosenfeld, On Being Heard. A Case for Paying Attention to the Historical Ear, in: American Historical Review 116 (2011), 316–334.

4. Außen: Sinnesraum-Praktiken in der Anstalt

Maria P. hatte einen kurzen Weg von ihrem Elternhaus in die Anstalt, sie kam dort zu Fuß an. In der Regel reisten Patient*innen mit einer Begleitung in einem Wagen nach Hall, bei Bedarf wurde unterwegs in Lokalspitälern übernachtet. Von einer Fußreise wurde wegen der vielfältigen Sinnesreize auf „Gässen und Straßen“ abgesehen.⁵¹ Stattdessen sollte die Reise „bei unruhigen Kranken aller Art in einem jedenfalls, wenigstens mit einer Blache [...] gedeckten Wagen geschehen, damit der Kranke sowohl dem öffentlichen Anblicke entzogen, als auch von anderweitig ihn reizen könnenden Gegenständen geschützt werde“.⁵² Wessen Sinne gereizt und wessen Sinne vor Reizen geschützt werden mussten, war abhängig von der jeweiligen Wahrnehmungsperspektive.

In der Anstalt erfolgten die Kontrolle, Manipulation und Steuerung der Intensität der Sinneswahrnehmungen durch räumliche Segregation und bauliche Maßnahmen.⁵³ Aus medizinischer Perspektive sollten äußere Stimuli nur limitiert zugelassen werden, damit die therapeutische Innenschau, die innere Einsicht, ermöglicht würde.⁵⁴ Im Fall der Maria P. lautete der Therapievorschlagn entsprechend der als „Gelegenheitsursache“ angenommenen Sinnesreizungen in gemischtgeschlechtlichen Veranstaltungen mit Musik und Tanz und den daraus resultierenden „gemüthlichen Störungen“, denen „heurathslustige Mädchen“ ausgesetzt wären, wie folgt: „Es wird daher Sorge der Anstalt sein, diese Kranke möglichst von dem Anblicke u. dem Umgange mit Männern ferne zu halten.“⁵⁵ Konkret umgesetzt wurde dies mit der Anordnung Tschalleners, Maria P. „den freien Austritt aus ihrer Zelle nicht zu gestatten“.⁵⁶ Auf diese Weise sollte die Patientin von sexuellen Sinnesreizen abgeschirmt werden.⁵⁷

Sinnesreize wurden im Sinnesraum des Irrenhauses auch gezielt erzeugt. Selbst der Geruchssinn müsse beachtet werden, so der durch seine Vortragsreisen berühmte gewordene deutsche Phrenologe Johann Gaspar Spurzheim (1776–1832), denn das Gehirn würde über den Geruchssinn angeregt: „Die Anregung des Geruchs kann in Schwäche und Unthätigkeit der Verstandeskräfte von Nutzen seyn.“⁵⁸ In der Prager

51 Tschallener, Beschreibung, 1842, 73.

52 Ebd.

53 Vgl. Topp, Rooms, 2018, 769.

54 Vgl. ebd., 770; Leonard D. Smith, ‚Cure, Comfort and Safe Custody‘. Public Lunatic Asylums in Early Nineteenth-Century England, London/New York 1999, 272.

55 HA LKH, Irrengeschichte, 1849.

56 Ebd.

57 Vgl. Maria Heidegger, „zur Erregung eines angenehmen Lebensgefühls“ (J. C. Reil). Therapeutische Konzepte von Sexualität in der frühen Psychiatrie, in: Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin 18 (2019), 127–147.

58 Johann Gaspar Spurzheim, Beobachtungen über den Wahnsinn und die damit verwandten Gemüths-krankheiten, Hamburg 1818, 279.

Irrenheilanstalt, an der sich jene in Hall orientierte, wurden in den Gängen Blumenstöcke aus dem hauseigenen Treibhaus aufgestellt, wodurch nicht nur „ein freundlicheres Ansehen der ganzen Anstalt“ erzielt werden konnte, sondern „überdies überall eine gesunde duftende Luft“ zu atmen und damit zu riechen war.⁵⁹ In Hall mussten „die bewohnten Lokalien [...] so oft es erforderlich, zuerst gelüftet, und dann mit Wacholder-Feuer von der noch weiters schlechten Luft befreit“ werden.⁶⁰ Selbstredend sollte auch auf den Sehsinn Rücksicht genommen werden: „Verschiedene mit Harmonie oder Disharmonie geordnete Farben werden manchen Individuen zu einer Quelle entweder von Schmerz oder Vergnügen“, äußerte sich dazu Spurzheim.⁶¹ Eine zweckmäßig eingerichtete Heilanstalt präsentierte sich in vielfacher Weise als gestalteter, mit frischer Luft und Wohlgerüchen angereicherter, konstruierter Sinnes- und Beziehungsraum.⁶² Räumliche Arrangements wirken auf das Verhalten, schreibt Markus Schroer, „[d]ie Fülle möglicher Verhaltensweisen wird durch den Raum selektiert“.⁶³ Monika Ankele hat sich den Spielräumen in Machträumen angenähert, indem sie im Anschluss an Roland Barthes’ „Mythen des Alltags“ das Bett in der Psychiatrie um 1900 als „proxemischen Ort“, als Territorium des Selbst bzw. als Raum im Raum, als Versteck und Mikrokosmos beschreibt.⁶⁴

Der von therapeutisch-medizinischen Machtbeziehungen und Raumpraktiken konstruierte Sinnesraum war als solcher nicht zu hundert Prozent kontrollierbar. Wurde etwa in der Kapelle im ersten Stock der Weihrauchkessel geschwenkt, konnte dies Maria P. auch noch in den Korridoren riechen (und katholische Religiosität sinnlich wahrnehmen).⁶⁵ Nicht nur Duftwolken, auch Schallwellen konnten durch Raumpraktiken kaum aufgehalten werden. Gerade das Ohr ließ sich nicht verschließen. Unter diesen Bedingungen geriet die Herstellung einer als heilend konzipierten ‚Stille‘, die nicht einfach als Abwesenheit von Lärm, sondern als ein mit sozialen Bedeutungen aufgeladenes Phänomen aufzufassen ist und mit einer Inti-

59 Oscar Mahir, Ueber Irren-Heilanstalten, Pflege und Behandlung der Geisteskranken, nach den Principien der bewährtesten Irren-Aerzte Belgiens, Englands, Frankreichs und Deutschlands, Stuttgart/Tübingen 1846, 144f.

60 Tschallener, Beschreibung, 1842, 22.

61 Spurzheim, Beobachtungen, 1818, 280.

62 Zur handlungstheoretisch orientierten Raumkonzeption vgl. Martina Löw, Raumsoziologie, Frankfurt am Main 2001.

63 Markus Schroer, Räume, Orte, Grenzen. Auf dem Weg zu einer Soziologie des Raums, Frankfurt am Main 2006, 178.

64 Monika Ankele, Alltag und Aneignung in Psychiatrien um 1900. Selbstzeugnisse von Frauen aus der Sammlung Prinzhorn, Wien/Köln/Weimar 2009, 145–150; zum Begriff des „proxemischen Ortes“ vgl. Roland Barthes, Mythen des Alltags, Frankfurt am Main 1976.

65 David Morgan, The Senses in Religion. Migrations of Sacred and Sensory Values, in: Classen (Hg.), Cultural History of the Senses, 2014, 89–111, 97; zur Geruchsgeschichte vgl. Constance Classen/David Howes/Anthony Synnott, Aroma. The Cultural History of Smell, London/New York 1994; Alain Corbin, Pesthauch und Blütenduft. Eine Geschichte des Geruchs, Berlin 1984.

mität von Räumen verknüpft wird, zur alltäglichen Herausforderung.⁶⁶ Lärm und Stille sind relative Kategorien, wie die historisch ausgerichteten *Sound Studies* betonen,⁶⁷ welche die lediglich negative Kodierung von ‚Lärm‘ als unstrukturiert, unsinnig, unangenehm oder unangemessen problematisieren.⁶⁸ Peter Bailey bezeichnet ‚Lärm‘ vielmehr als kommunikative Ressource.⁶⁹ In einer ambivalenten Beziehung zu ‚Lärm‘ steht die Kategorie ‚Normalität‘. Bekanntlich enthält der bürgerliche Diskurs zur Pathologisierung des Lärms eine starke soziale Dimension.⁷⁰ Gerade die Verknüpfung von ‚Lärm‘ mit ‚Unsinn‘ wies unerwünschten bzw. deplatzierten Geräuschen aber einen diagnostischen und kommunikativen Wert zu. In der Anstalt ermöglichte dies eine Klassifizierung und Zuordnung. Maria P., die zwar von lauten Stimmen geplagt wurde, darüber aber nur leise klagte, wurde als ‚ruhig‘ klassifiziert. Eine Zuschreibung als ‚tobend‘ hätte Isolierungsmaßnahmen innerhalb der Anstalt bzw. die Unterbringung in einem jener „Irrenzimmer“ zur Folge gehabt, die durch Holzbalken vor den Fenstern vollständig verdunkelt werden konnten.⁷¹ Anstaltsdirektor Tschallener ordnete eine solche „Entziehung des Lichtes durch Verfinsternung des Zimmers“ den antiphlogistischen Methoden zu, die gegen Entzündungen angewandt wurden. Damit sollten „unruhige“ Kranke aus der Gruppe der „Exaltierten“ behandelt werden.⁷² Der konstruierte Raum wurde somit zur Bühne für Klassifizierungspraktiken, in denen lautes Verhalten als lügenhaft, simuliert oder hysterisch gedeutet werden konnte, während ‚stummes‘ Leiden eher als ‚unverstellt‘ Anerkennung fand. Die beängstigende Geräuschkulisse in großen Versammlungssälen, wo alle Geisteskranken ohne Unterschied des Krankheitszustands und Geschlechts

66 Vgl. Alain Corbin, *A History of Silence. From the Renaissance to the Present Day*, Cambridge 2018; zu den ideologischen Spannungen des Schweigens vgl. LaBelle, *Acoustic Territories*, 2010.

67 Vgl. Martin Clauss/Gesine Mierke/Antonia Krüger (Hg.), *Lautsphären des Mittelalters. Akustische Perspektiven zwischen Lärm und Stille*, Wien 2020; Smith (Hg.), *Hearing History*, 2004; Jonathan Sterne, *The Audible Past. Cultural Origins of Sound Reproduction*, Durham 2003; Anna Langenbruch (Hg.), *Klang als Geschichtsmedium. Perspektiven für eine auditive Geschichtsschreibung*, Bielefeld 2018; Jan-Friedrich Missfelder, *Der Klang der Geschichte. Begriffe, Traditionen und Methoden der Sound History*, in: *Geschichte in Wissenschaft und Unterricht* 66/11–12 (2015), 633–649; Daniel Morat, *Zur Historizität des Hörens. Ansätze für eine Geschichte auditiver Kulturen*, in: Jens Schröter/Axel Volmar (Hg.), *Auditive Medienkulturen. Techniken des Hörens und Praktiken der Klanggestaltung*, Bielefeld 2013, 131–144; ders., *Zur Geschichte des Hörens. Ein Forschungsbericht*, in: *Archiv für Sozialgeschichte* 51 (2012), 695–716; Jürgen Müller, *The Sound of Silence. Von der Unhörbarkeit der Vergangenheit zur Geschichte des Hörens*, in: *Historische Zeitschrift* 292 (2011), 1–29; Gerhard Paul/Ralph Schock, *Sound der Zeit. Geräusche, Töne, Stimmen – 1889 bis heute*, Göttingen 2014; Payer, *Klang*, 2018.

68 Sylvia Mieszkowski/Sigrid Nieberle, „No Purposes. Sounds“. Periodische Klänge und nicht-periodische Geräusche aus kulturwissenschaftlicher Perspektive, in: dies. (Hg.), *Unlaute*, 2017, 11–33, 13.

69 Peter Bailey, *Breaking the Sound Barrier. A Historian Listens to Noise*, in: *Body & Society* 2 (1996), 49–66, 63.

70 Mieszkowski/Nieberle, *No Purposes*, 2017.

71 Tschallener, *Beschreibung*, 1842, 14.

72 Ebd., 107.

zusammentrafen, diente wiederholt als Begründung für bauliche Veränderungen.⁷³ Isolierzimmer galt es abzuschirmen – um beispielsweise zu verhindern, dass die zu therapeutischen Zwecken abgesonderten Patient*innen durch Tritte an die Tür aufgeschreckt wurden.⁷⁴ Unruhige und aufgeregte Patient*innen sollten von den ruhebedürftigen, nervösen und rekonvaleszenten sowie von den nach der ersten Klasse verpflegten Patient*innen getrennt werden. Letzteren wurden verfeinerte und empfindlichere Sinne zugeschrieben. Damit lautes Geschrei möglichst nicht über die Korridore in ihre Bereiche eindrang, waren die für die Kur aus medizinischer Sicht unentbehrlichen – aber Maria P. zunächst verweigerten – Spaziergänge genauestens zu überwachen. Zum Flanieren dienten in Hall im Erdgeschoß und in den beiden Stockwerken darüber gegen den zentralen Hofraum ausgerichtete

„sehr lichte und geräumige Kurrentgänge [...], welche den Irren bei schlechtem Wetter und im Frühjahre, wo sie des noch vorhandenen Schnees wegen in den äußern Gärten keine Bewegung machen können, zu erheiternden und geräumigen Spaziergängen dienen, und dabei noch das Gute haben, daß die Irren im Sommer in diesen Hallen vor der Sonne geschützt werden können“.⁷⁵

Zu den wichtigsten Elementen von psychiatrischen Reformideen zählte neben der Isolierung der ‚Ruhigen‘ von den ‚Unruhigen‘ die räumliche Separierung der Geschlechter, auf die im Fall von Maria P. auf das Schärfste geachtet wurde. Untergebracht waren die Patient*innen sowohl in Zellen mit einem oder zwei Betten als auch in Krankensälen mit mehreren Betten. Darüber hinaus gab es Werkstätten, Speise- und Unterhaltungszimmer und nach Geschlecht und sozialem Stand getrennte therapeutisch gestaltete Gartenräume.⁷⁶ Jeder dieser Anstaltsräume war „mit ihren je eigenen Arrangements und den ihnen zugehörigen Objekten“ ausgestattet.⁷⁷ Sie waren sozial und funktionell hergestellt, gleichzeitig gaben die Räume selbst Praktiken vor – ein Raumaspekt, den Schroer betont.⁷⁸ Exemplarisch lässt sich diese Bandbreite des Räumlichen für die Anstaltskapelle überlegen, in der durch liturgische

73 Vgl. Besprechung der Preisschrift von Daniel H. Tuke, *Rules and List of the Present Members of the Society for Improving the Condition of the Insane*, London 1854, in: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und gerichtliche Medicin* 13 (1856), 674–678, 675.

74 Vgl. [Hermann] Dick, *Reiseskizzen. Ueber das „Non-restraint-system“ in englischen und die Beseitigung der Zellen in französischen Irrenanstalten*, in: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und gerichtliche Medicin* 13 (1856), 353–425, 420.

75 Tschallener, *Beschreibung*, 1842, 2f.

76 Vgl. Christina Vanja, *Gärten als Orte kranker Menschen – Vom Hospitalinnenhof zu Parkanlagen von Krankenhäusern und Heilanstalten*, in: Stefan Schweizer (Hg.), *Gärten und Parks als Lebens- und Erlebnisraum. Sozialgeschichtliche Aspekte der Gartenkunst in Früher Neuzeit und Moderne*, Worms 2008, 109–124.

77 Ankele, *Sich aufführen*, 2019, 73.

78 Schroer, *Räume*, 2006, 177.

und spirituelle Praktiken, Licht, Farben, Gerüche und eine *Soundscape* „am Rand des Schweigens“ eine spezifische, sinnlich wahrnehmbare Raumatmosphäre produziert wurde.⁷⁹ Der dieserart mit einer entsprechenden Aura verknüpfte Raum,⁸⁰ den Maria P. ohne erkennbaren Widerstand besuchte, setzte seinerseits bestimmte, religiös gestimmte Gefühlsqualitäten voraus. Der durchstrukturierte Stundenplan mit Arbeit, täglichem Gebet, religiöser Unterweisung und häufigen Gottesdiensten trug zu einer als heilsam erachteten ‚ersten‘ Raumatmosphäre bei. Praktiken wie das Wandeln in den Korridoren und im Kreuzgang oder das tägliche Beten des Rosenkranzes konstruierten Gefühlsräume, umgekehrt veränderten „Raumerfahrungen tiefgreifend Körperpraktiken“,⁸¹ wie das Wahrnehmen durch die Sinne.

Die Orientierung am Fall der Maria P., deren „Schlaf gestört [war] durch die Heftigkeit der Stimmen, die ihr mit Liebeserklärungen u. mit Gesprächen über den Antichrist zusetzen“,⁸² eröffnet eine Perspektive auf Sinnespraktiken unterhalb medizinischer Geräuschkurse. In den Fokus geraten die Raumpraktiken von Individuen, die sich von Stimmen im eigenen Körperraum belästigt und im eigenen Wahn gefangen fühlten, die von Wahrnehmungsreizen geplagt oder sich selbst als leer erlebten und von anderen zeitweilig als ‚stumpfsinnig‘ beschrieben wurden. Die Spuren, die das Material der historischen Krankenakte legt, lenken den Blick außerdem auf das in den Sinnesräumen situierte aktive, empathische oder/und selektive Zuhören. Es handelt sich hierbei um Interaktionen, die Körperwissen stärken konnten und im Raum Resonanzen erzeugten.⁸³ Die Visionen und auditiven Halluzinationen der Maria P. verursachten emotionale Resonanzen. Rudolf Schenda verwendete die Bezeichnung ‚Lauscheinheit‘ parallel zu ‚Streicheleinheit‘, um den Aspekt der sozialen Zuwendung beim Hören zum Ausdruck zu bringen.⁸⁴ Solche Prakti-

79 Vgl. Niklaus Largier, *Am Rand des Schweigens. Körper und Stimme in der Praxis des Gebets*, in: Almut-Barbara Renger/Alexandra Stellmacher (Hg.), *Übungswissen in Religion und Philosophie*. Produktion, Weitergabe, Wandel, Berlin 2018, 147–162; Alfons Kemmer, *Schweigen*, in: Josef Höfer/Karl Rahner (Hg.), *Lexikon für Theologie und Kirche*, Bd. 9, Freiburg im Breisgau 1986, Sp. 240–541; Günter Wolfart/Johann Kreuzer, *Schweigen, Stille*, in: Joachim Ritter/Karlfried Gründer (Hg.), *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, Bd. 8, Darmstadt 1992, Sp. 1483–1494; Corbin, *History*, 2018.

80 Zur phänomenologischen Sicht auf Raum und Atmosphäre vgl. Hartmut Böhme, *Architektur und Atmosphäre*, München 2006.

81 Lehnert, *Raum*, 2011, 10.

82 HA LKH, *Irrengeschichte*, 1849.

83 Vgl. Hartmut Rosa, *Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung*, 4. Aufl., Berlin 2020; das Modell wird kritisiert und verteidigt in: Christian Helge Peters/Peter Schulz (Hg.), *Resonanzen und Dissonanzen*. Hartmut Rosas kritische Theorie in der Diskussion, Bielefeld 2017; für kulturwissenschaftliche Auseinandersetzungen mit (historischen) Resonanzphänomenen vgl. Erlmann, *Reason*, 2010; Lichau/Tkaczyk/Wolf (Hg.), *Resonanz*, 2009; Auhagen, *Resonanz*, 2018.

84 Rudolf Schenda, *Von Mund zu Ohr. Bausteine zu einer Kulturgeschichte volkstümlichen Erzählens in Europa*, Göttingen 1993, 50; vgl. Hermann Bausinger, *Kannitverstan. Vom Zuhören, Verstehen und Mißverstehen*, in: Thomas Vogel (Hg.), *Über das Hören. Einem Phänomen auf der Spur*, 2. Aufl., Tübingen 1998, 9–25, 17.

ken des aufmerksamen Zuhörens schufen bestimmte Raumqualitäten. Ebenerdig wünschte sich Anstaltsdirektor Tschallener laut eines dem Tiroler Gubernium vorgelegten Entwurfs für einen Erweiterungsbau die Adaptierung einer Zelle zu einem „Audienzzimmer“.⁸⁵ Wie die Wortwahl nahelegt, war dort das Sprechen dem aufmerksamen Zuhören hierarchisch untergeordnet. Ein anderer – eher dunkler – Raum war der Beichtstuhl, der von beichtenden Patient*innen durch ritualisierte Praktiken angeeignet, individuell als ein Grenz- und Übergangsraum – auch spirituell – erfahren werden konnte. Maria P. nutzte einen Beichtstuhl außerhalb der Anstalt aber auch für einen Fluchtversuch. Im Januar 1849 war sie in Begleitung einer Wärterin bei den Franziskanern zur Beichte gegangen und nach Hause entwichen. Ein paar Stunden später wurde Maria P. von zwei Wärtern wieder zurück in die Anstalt gebracht.⁸⁶

Ob am ausgeleuchteten säkularen Ort des Ordinationszimmers unter dem prüfenden Blick des Arztes oder in der dunklen Intimität des Beichtstuhls vor einem gespitzten Ohr und allenfalls verborgenen Blicken durch ein Gitter: In beiden Räumen hatte eine Autorität das Sagen, während eine hierarchisch untergeordnete Person erzählte oder gestand. Gleichzeitig horchte der Priester oder Arzt und erlauschte nicht gesagte Zwischentöne. Ansatzweise lassen sich anhand der Fallgeschichte der Maria P. solche Resonanzpraktiken thematisieren.⁸⁷ Ihre Therapie bestand zunächst aus Belehrungen seitens des Arztes und des Anstaltsseelsorgers mit dem Fokus auf einem „Versuch der Beruhigung [...] durch die richtige Darstellung der eigentlichen Entstehungsweise ihres Leidens in Folge einer körperlichen Krankheit“.⁸⁸ Ob die Patientin auf diese Zusprachen tatsächlich hörte, wissen wir nicht, der Beschreibung des Therapieverlaufs zufolge gelang es jedenfalls nicht, eine Art resonante Schwingung herzustellen, eine Krankheitseinsicht zu erzwingen und letztlich die halluzinierten Stimmen zum Schweigen zu bringen. Bewusst wurde das Thema in einem nächsten Schritt totgeschwiegen: Man rückte „mehr u. mehr von dem Versuche ab, ihr eine richtige Ansicht ihres krankhaften Zustandes direkt beizubringen, u. enthielt sich vielmehr ohne Aufforderung von ihrer Seite, darüber etwas zu erwähnen“.⁸⁹ Stattdessen wurden Therapiemaßnahmen in Form von Ablenkung und Zerstreuung angeordnet, die auf eine neuropathische Konzeption

85 Tiroler Landesarchiv Innsbruck, Karten und Pläne 539, Entwürfe in den Vorakten vom 12.2.1844, Baudirektionsbericht vom 12.4.1844.

86 HA LKH, Irrenprotokoll vom Monat Januar 1849.

87 Vgl. Jim Drobnick, *Listening Awry*, in: ders. (Hg.), *Aural Cultures*, Toronto 2004, 9–18; Andi Schoon/Axel Volmar (Hg.), *Das geschulte Ohr. Eine Kulturgeschichte der Sonifikation*, Bielefeld 2012.

88 HA LKH, Irrengeschichte, 1849.

89 Ebd.

von den Sinnesreizen und ein darauf begründetes Resonanzmodell abgestimmt waren.⁹⁰

5. Aussicht und Nachhall

Im konstruierten Sinnesraum der Anstalt erzeugten geräuschvoll ausgedrücktes Leid und schmerzhaft gespürte innere Stimmen soziale Resonanzen und Dissonanzen, der Raum wurde von Maria P. und ihrer Umgebung mit unterschiedlichsten Gefühlen wie Hoffnung, Mitleid, Sympathie, Abscheu und Faszination verknüpft. Aus Krankenakteneinträgen lässt sich auf Praktiken des selektiven Hörens ebenso wie auf ein aktives Zuhören oder Überhören und Übertönen schließen. Das Beobachten und Erkennen von krankhaften Sinnestäuschungen ist als ein Abtasten und Umformen zum Erkenntnisgegenstand zu begreifen, als „tätiges, lebendiges Beziehung Eingehen“ bzw. als „richtungsgebende Stimmung“ und „Bereitschaft für gerichtetes Wahrnehmen“. Demnach gibt es kein voraussetzungsloses Beobachten, und gerichtetes Sehen muss eingeübt werden.⁹¹ Nicht weniger trifft dies auf Praktiken des gerichteten Hörens zu, wobei zu erörtern ist, wer in welchem Kontext den Ton angab, welche Stimmen Gehör fanden und ob es sich um eine Art arbeitsteiliges Hören (und Sehen) handelte bzw. welchen Einfluss gestaltete Machträume auf einstudierte Praktiken wissenschaftlicher Aufmerksamkeit ausübten. An diese Bemerkung lassen sich einige abschließende Überlegungen anknüpfen.

In den Überlieferungen der Anstaltspsychiatrie werden in der Regel eher die lärmenden und performativen Aspekte des Körperlichen, die ‚laute‘ Medizin betont, während das leise oder lautlose individuelle Horchen im Hintergrund bleibt. Die ‚Raumpolitik‘ der Anstalt orientierte sich nämlich an einer restriktiven Unterdrückung von Stimuli, deren zu kontrollierende ‚Noisiness‘ eher Beachtung fand als das pathologische bzw. pathologisierte Stimmen-Hören und Stimmen-Spüren. Krankenakten dienen aber in Bezug auf die ‚leiseren‘ Fälle überdies als mögliche „Speichermedien“, wenn „nicht der Klänge selbst, sondern ihrer menschlichen Rezeption und Versprachlichung“.⁹² Neurowissenschaftlichen und psychologischen Studien

90 Vgl. Erlmann, Reason, 2010; Caroline Welsh, Resonanz – Mitleid – Stimmung. Grenzen und Transformationen des Resonanzmodells im 18. Jahrhundert, in: Lichau/Tkaczyk/Wolf (Hg.), Resonanz, 2009, 103–122.

91 Mit Verweis auf Ludwik Fleck: Hans-Jörg Rheinberger, Historische Epistemologie zur Einführung, Hamburg 2007, 53, 48, 51.

92 Missfelder, Klang, 2015, 247.

über die innere Stimme, die ‚Endophasia‘,⁹³ ist zu entnehmen, wie die dabei involvierten Sinne mit Raum korrespondieren und welche zentrale Rolle das Selbstgespräch für die mentale Repräsentation und die Erfahrung von Räumen spielt.⁹⁴ Die Fallgeschichte der Maria P. liefert auch aus synästhetischer Perspektive Informationen. Sie erzählt von auditiven Halluzinationen und einem eingeschränkten Sehsinn, von schmerzhaftem Kribbeln und Zupfen und von einer medizinischen Einordnung der von Maria P.s Lebensgeschichte geprägten Psyche in ein neuronales Sinnes- und Körpermodell. Die Krankenbiografie listet das mehrfache Betreten von sowie Flüchten aus und in bestimmte (therapeutische) Interaktionsräume auf und macht hellhörig für antwortende Schwingungen in psychiatrischen Resonanzräumen. Das Fallbeispiel zeigt ferner, dass historische Krankengeschichten genutzt werden können, um über die darin enthaltenen biografischen Informationen Raumkonstruktionen außerhalb der Anstaltsmauern zu adressieren.

Nachdem in der medizinischen Semiotik und einer rein beschreibenden Phänomenologie das Sichtbare und Ausmessbare im Vordergrund steht und die Tätigkeit des Sehens betont wird,⁹⁵ habe ich in diesem Beitrag den Fokus auf das Hörbare in Verbindung mit dem Räumlichen gelenkt. Der Forschungsgegenstand lässt sich entlang von Fragen danach ausdifferenzieren, wie gehörte Zeichen zu Chiffren und Gesten des Wahnsinns wurden und welche Klangereignisse weshalb kulturell, sozial und geschlechtsspezifisch mit Wahnsinn konnotiert wurden. Mitschwingende Resonanzen stifteten zuweilen Verwirrung, Klänge konnten als disloziert und ‚schizophönisch‘, als fehl am Platz, erfahren werden oder wurden allenfalls als lästiger Ohrwurm in Kauf genommen. Im sozial konstruierten und dynamisch verstandenen Resonanzraum der Psychiatrie wurde psychischer Schmerz leise erduldet oder durch lautes Klagen und sichtbare Gesten zum Ausdruck gebracht. Die Hoffnung auf Heilung oder auch die Fortschrittserwartung der Psychiatrie bildete sich an sinnlich wahrnehmbaren Chiffren ab.

Im August 1849 endete der Aufenthalt der Maria P. in der Anstalt. Sie kehrte auf eigenen dringenden Wunsch und mit dem Versprechen, „sie wolle sich gewiß halten“, nach Hause zurück und wurde dort unter die Kuratel ihrer Mutter gestellt. Dieser Schritt stellte keinen radikalen Bruch dar. Maria P. blieb vielmehr über die ihr

93 Vgl. Stéphanie Smadja/Pierre-Louis Patoine, Introduction. Inner Voices and Representation of Inner Spaces, in: *Epistémocritique. Revue de littérature et savoir* 18 (2018), <https://epistemocritique.org/introduction-inner-voices-and-representation-of-inner-spaces/> (6.4.2021).

94 Vgl. das Projekt „Monologuer“ an der Universität Paris: <https://u-paris.fr/cerilac/monologuer/> (6.4.2021).

95 Vgl. Stephanie Kiceluk, Der Patient als Zeichen und Erzählung: Krankheitsbilder, Lebensgeschichten und die erste psychoanalytische Fallgeschichte, in: *Psyche* 9 (1993), 815–855, 822; Michaela Ralsler, Das Subjekt der Normalität. Das Wissensarchiv der Psychiatrie. Kulturen der Krankheit um 1900, München 2010, 37.

zugeteilten Näh- und Strickarbeiten in direkter Verbindung mit der Anstalt. Nun arbeitete sie zwar außerhalb der Mauern, kehrte aber jedes Mal dorthin zurück, um fertige Näharbeiten abzuliefern und dafür ihre Bezahlung „mit Dank“ entgegenzunehmen und weitere Arbeitsaufträge zu erbitten. Die Frage nach ihrem Befinden kommentierte sie regelmäßig mit „es gehe ihr recht erträglich“.⁹⁶

⁹⁶ HA LKH, Irrenprotokoll vom Monat Juli/August 1849.