

Tinková, Daniela

Selbstmordtrieb auf den Leib eingeschrieben : Selbsttötungsdebatte in der französischen und deutschen medizinischen Literatur um die Wende des 18. und 19. Jahrhunderts

Brünner Beiträge zur Germanistik und Nordistik. 2018, vol. 32, iss. Supplementum, pp. 11-33

ISSN 1803-7380 (print); ISSN 2336-4408 (online)

Stable URL (DOI): <https://doi.org/10.5817/BBG2018-S-2>

Stable URL (handle): <https://hdl.handle.net/11222.digilib/138926>

Access Date: 16. 02. 2024

Version: 20220831

Terms of use: Digital Library of the Faculty of Arts, Masaryk University provides access to digitized documents strictly for personal use, unless otherwise specified.

Selbstmordtrieb auf den Leib eingeschrieben

Selbsttötungsdebatte in der französischen und deutschen medizinischen Literatur um die Wende des 18. und 19. Jahrhunderts

“Suicidal Instinct” Inscribed in the Body

Discussion on Suicide in German-language and French Medical
Literature Between Werther and Kleist (Turn of the 19th Century)

Daniela Tinková

Abstract

The aim of the study is to present and analyse the main novelties, which Enlightenment medical thought brought the interpretation of suicidal behaviour, and so facilitating the decriminalization of suicide. I concentrate mainly on physicians whose activities and intellectual activities have been connected at least for some time with the Habsburg monarchy, especially with Viennese but also with Prague clinics and universities: Leopold Auenbrugger (1722–1809) Franz Josef Gall (1758–1828), Josef Bernt (1770–1842) and Johann Peter Frank (1745–1821). However, I attempt to place their ideas conceptually in the context of the other relevant books from the area of period German and French medical (psychiatric) thought, and show on them, the very often decisive, share and influence. Within the framework of the differentiation of the Late Enlightenment medicine, the changes and novelties in the area / field of so-called “medical police”, pathological anatomy, neurology and “alienistics” – future psychiatry but also medical jurisprudence (i.e., legal medicine) will be important for me.

I consider the following to be crucial: 1) The perception of suicide as an independent diseased state, namely – I emphasize – a state that is *always* pathological; 2) The efforts to localize the “suicidal tendencies” in the body, and thus also a physical, empirical anchoring of this pathological state; 3) The “entry” of this new understanding of suicide into “practice” through medical jurisprudence, which allowed an entirely direct confrontation with the theological and legal practices.

Diese Studie ist im Rahmen des Grantprojektes GAČR Nr. 17-06860S *Neklidni zemřelí. Sebevražda mezi dekriminalizací, sekularizací a medikalizací (17.–19. století)* [Unruhige Verstorbene. Selbstmord zwischen der Entkriminalisierung, der Säkularisierung und Medikalisierung] entstanden.

Keywords

suicide, Enlightenment, history of medicine

Ende Mai 1830 ereignete sich in Potstadt (tsch. Potštát, Prerauer Kreis) im mährisch-schlesischen Grenzgebiet ein schrecklicher Vorfall. Leopold Kretschmer, der von allen Freunden und Bekannten für einen anständigen, netten Menschen gehalten wurde, hat sich überraschend den Hals durchgeschnitten.¹ Gleich am nächsten Morgen nach seinem Tod fand die von zwei Chirurgen durchgeführte Leichenöffnung statt. Nach der Wiedergabe des allgemeinen Körperzustandes setzt das Protokoll mit der Beschreibung der tödlichen Wunde und der Feststellung der unmittelbaren Todesursache fort. In Übereinstimmung mit der Detailinstruktion für die gerichtlichen Leichenschauen von 1814² und als ob sie das *Systematisches Handbuch der gerichtlichen Arzneikunde* von Josef Bernt vor Augen gehabt hätten, von dem noch die Rede sein wird, öffnen die Chirurgen zunächst den Schädel, danach die Brusthöhle und schließlich auch den Bauch. Sie stellen einen im Großen und Ganzen normalen Zustand fest, zwischen der harten und weichen Hirnhaut befindet sich allerdings eine größere Menge gelblichen Bluts; auch das Groß- und Kleinhirn sind voll von Blut. Das ärztliche Gutachten fällt somit eindeutig aus: Der Selbstmörder litt schon über längere oder kürzere Zeit an einer chronischen Entzündung. Obwohl bei der Ermittlung alle Nachbarn und auch die Verwandten, einschließlich seiner Frau, infrage gestellt hatten, dass Kretschmer je Anzeichen von Wahnsinn oder Melancholie gezeigt hätte, liegt die Schlussfolgerung, die von den Potstädter Beamten in einem Bericht dem Herrschafts- und folglich auch dem Kreisamt übermittelt wurde, auf der Hand: Aus dem Bericht der Chirurgen geht klar hervor, dass Leopold Kretschmer diese Tat „*nur in dem Zustande der Melancholie und der Geistesstörung verübt haben kann*“.³ Er könne daher nicht dem Gesetz gemäß verfolgt werden, da dies den „vollen Gebrauch der Vernunft“ voraussetzt. Aus dem besagten Grund sei es daher erlaubt, dass Kretschmer *noch heute Abend* auf dem Friedhof, ohne jede Zeremonie und in aller Stille beigesetzt werde. Der Bericht schließt mit einer lakonischen Anmerkung, dass „es dem [P]farrer in Kenntnis gesetzt wird“. Die Passivform, welche an dieser Stelle in Bezug auf die geistliche Autorität gebraucht wurde, die augenscheinlich, ohne die Möglichkeit etwas Wesentliches dagegen einzuwenden, vor vollendete Tatsachen gestellt wurde, ist bemerkenswert.

Wie ist es möglich, dass das Wort einer medizinischen Person dermaßen von Belang war, wenn doch einige Dezennien früher kaum jemand Bedenken geäußert hätte, dass Kretschmer vor allem eine Todsünde und zugleich ein entsetzliches Kriminalverbrechen beging?

1 Vgl. Státní oblastní archiv Olomouc, Velkostatek Potštát [Staatsbezirksarchiv Olmütz, Großgrundbesitz Potštát], Kart.-Nr. 61, inv. č. 996, Sign. Pub. 324 (Fall Leopold Kretschmer, 1830).

2 Instruction für die öffentlich angestellten Aerzte und Wundärzte in den k. k. österreichischen Staaten, wie sich bey gerichtlichen Leichenschauen zu benehmen haben. Wien, 1814.

3 Státní oblastní archiv Olomouc, Velkostatek Potštát [Staatsbezirksarchiv Olmütz, Großgrundbesitz Potštát], Kart.-Nr. 61, Inv.-Nr. 996, Sign. Pub. 324 (Fall Leopold Kretschmer, 1830).

Seit 1803, als das Strafgesetzbuch durch Franz I. herausgegeben wurde, war der Selbstmord in der Habsburgermonarchie kein Verbrechen mehr, sondern lediglich eine Polizeübertretung und schon im Jahre 1850 begegnen wir dem Freitod überhaupt nicht mehr im Strafgesetzbuch. Zu dieser Zeit kannten auch viele andere Nachbarländer den Selbstmord nicht als Straftat – Preußen, als erstes Land überhaupt, entkriminalisierte ihn Friedrich II bereits im Jahre 1747. In der Toskana führte der Erzherzog Leopold, der künftige Kaiser Leopold II., diesen Schritt im Jahre 1786 durch, und in Frankreich entkriminalisierte die Revolution den Selbstmord. Unter dem Einfluss der Französischen Revolution und auch der preußischen Gesetzgebung verschwand der Selbstmord Anfang des 19. Jahrhunderts aus der Liste der Straftaten auch in Baden (1803), Schleswig-Holstein (1808) und Bayern (1813), auch anderenorts wurden die Vorschriften gegen die Sich-Selbsttötenden allmählich zu toten Buchstaben. Es kann zwar eingewendet werden, dass die Kirchenanordnungen bezüglich der Bestattungsformen in Kraft blieben, aber seitens des sich allmählich säkularisierenden Staats erschien die Strafsanktion gegen den Körper oder das Vermögen des Selbstmörders als immer weniger annehmbar.

Sicherlich spielen hierbei auch die stürmischen Diskussionen eine Rolle, die sich vor allem in England, Frankreich und auch in den deutschen Ländern insbesondere seit den 70er Jahren des 18. Jahrhunderts entfalteten. Im Rahmen dieser Diskussionen wird in Übereinstimmung mit den allgemeinen Postulaten der aufklärerischen Auffassung der Gesetzgebung, des Verbrechens und der Strafe, die völlige Entkriminalisierung des Selbstmords beansprucht. Es wird vor allem auf die Sinnlosigkeit der Strafe, welche der Leiche zukam, aber auch auf die Ungerechtigkeit hingewiesen. Denn der ökonomische Aspekt der Strafe, aber auch die Ehrenverletzung, fallen auf die unschuldigen Hinterbliebenen zurück. Darüber hinaus taucht immer häufiger die Überzeugung auf, die meisten Suizidanten würden nicht mit „freiem Willen“ und in „böser Absicht“ handeln (ein weiteres prinzipielles Postulat der Aufklärung, das ermöglichte, einer Straftat beschuldigt zu werden), sondern im Zustand einer Geistesstörung. Und da wir niemandes, geschweige denn des Verstorbenen Gedanken lesen können, soll vielmehr vorausgesetzt werden, was ihm den geringsten Schaden zufügt (die *Unschuldvermutung* als weiterer aufklärerischer Grundsatz). Ihren Anteil an der Verwandlung der Handlung hatten sicherlich auch Empathie und Sentimentalität, die von der Werther-Literatur erweckt wurden, die vorherrschende ideelle Rolle fällt aber derjenigen Wissenschaft zu, die eben in dieser Zeit an Prestige gewinnt: Der Medizin. Übrigens ist bereits seit dem Ende des 18. Jahrhunderts auch die sog. *Zurechnungsunfähigkeit* des Straftäters zu einer häufig diskutierten Frage geworden, die die Schuld entweder schwächen, oder gegebenenfalls von dieser auch entlasten konnte, und sich in eben dieser Zeit ihren festen Platz im Strafrecht erkämpft hatte.⁴ Und wer kann in der Beurteilung des Maßes dieser „Zurechnungsunfähigkeit“ kompetenter sein als ein Arzt?

In der Zeit der Aufklärung ist letzten Endes der Selbstmord zum ersten Mal zum Gegenstand einer monographischen Bearbeitung geworden. Neben selbstständigen Titeln, die sich mit diesem Thema befassen, wächst seit dem Ende des 18. Jahrhunderts auch

⁴ Neulich vgl. z.B. GREVE, Ylva: Verbrechen und Krankheit. Die Entdeckung der „Criminalpsychologie“ im 19. Jahrhundert, Köln 2004.

die Zahl der Studien in den medizinischen Zeitschriften, immer häufiger tauchen auch einschlägige Kapitel in Lehrbüchern der entstehenden Gerichtsmedizin und Psychiatrie auf, also in den Fachbereichen, die dieses Thema kaum umgehen konnten. Zur Medikalisation und (Psycho)Pathologisierung des Selbstmordes liegen aus der letzten Zeit einschlägige Kapitel dieser Monographien vor, die dem Selbstmord gewidmet sind.⁵ Das Ziel dieser Studie ist es, die neu aufgetauchten Grundinterpretationen zu charakterisieren, die m.E. für die neue Darlegung des Selbstmordhandelns von prinzipieller Bedeutung waren und seine Entkriminalisierung erleichtert haben. Aus Raumgründen und da eine erschöpfenden Übersicht aller relevanten Titel an dieser Stelle nicht sinnvoll wäre, konzentriere ich mich vor allem auf die Autoren, deren Aktivität und intellektuelle Tätigkeit zumindest eine gewisse Zeit mit der Habsburgermonarchie verbunden war, und insbesondere mit Wien. Es geht um Leopold Auenbrugger, Franz Josef Gall und Josef Bernt, z.T. auch um Johann Peter Frank. Ihre Ansätze werden aber nicht gesondert dargelegt, vielmehr geht es mir darum, sie als kennzeichnende Beispiele in einen breiteren Kontext der zeitgenössischen medizinischen (psychiatrischen) deutschen und französischen Gedankenwelt zu setzen und darüber hinaus auf ihren nicht selten entscheidenden Anteil und Einfluss hinzuweisen.

Die grundlegenden Neuigkeiten sind: 1) Die Wahrnehmung der Selbsttötung als eigenständigen Krankheitszustand, und zwar – das betone ich – *unter allen Umständen* krankhaften Zustandes; 2) Bemühungen um die Lokalisierung der „selbstmörderischen Neigungen“ im Körper, daher physische, empirische Verankerung dieses Krankheitszustandes; 3) „der Eingang“ dieser neuen Auffassung des Selbstmordes in die „Praxis“ mittels der Gerichtsmedizin, welche eine direkte Konfrontation mit der theologischen und rechtlichen Praxis ermöglichte.

Als Einleitung: Biomacht, Medikalisation und *medizinische Polizeiwissenschaft*

Als eine Art ausgeklammerte „Nullkategorie“ würde ich den Zuwachs der Bedeutung von medizinischen Faktoren in der Pflege um die Qualität der Population als solchen betrachten, welcher sowohl die Staatswissenschaftler, als auch die Ärzte, zum erneuten Interesse an dem Phänomen und den Ursachen des Selbstmordes führte. In der Aufklärungsperiode hat sich im großen Teil West- und Mitteleuropas die Stellung der medizinischen Wissenschaften auch im Verhältnis zum (aufklärerischen) Staat grundlegend gewandelt. Die Medizin selbst gewann an Bedeutung, als der Fachbereich, welcher für

⁵ Vgl. für Frankreich: LIEBERMAN, Lisa J.: *Une Maladie Epidémique: Suicide and its Implications in 19th Century France*, Yale University 1987; TINKOVÁ, Daniela: *La question du suicide*, in: Piché, crime, folie au temps du désenchantement du Monde, Strasbourg 2013; für die deutschen Länder: LIND, Vera: *Selbstmord in der Frühen Neuzeit. Diskurs, Lebenswelt und kultureller Wandel am Beispiel der Herzogtümer Schleswig und Holstein*. Göttingen 1999; BAUMANN, Ursula: *Vom Recht auf den eigenen Tod. Die Geschichte des Suizids vom 18. bis zum 20. Jahrhundert*, Weimar 2001, Kapitel Jenseits von Gut und Böse: Zur Entmoralisierung des Suizids. S. 180–185. NEUMEYER, Harald: *Anomalien, Autonomien und das Unbewusste: Selbstmord in Wissenschaft und Literatur von 1700 bis 1800*, Göttingen, 2009.

das physische (aber immer mehr auch für das psychische) Heil der Bürger zuständig war, und daher auch für ihre „Arbeitsqualität“, die schlüsselhaft für die Bedürfnisse dieses sich modernisierenden aufklärerisch-absolutistischen Staatsgebildes war. Die Ausweitung des Wirkungsbereiches der Medizin und die Stärkung der Kontrolle über das menschliche Leben wie auch über das Milieu mittels Medizin, die als „Medikalisierung“ bezeichnet wird, stellt einen komplexen Prozess dar, durch den in die von den medizinischen Theorien und der ärztlichen Praxis beherrschte Sphäre, auch gewisse Lebensbereiche rücken, die darin bislang nicht zu verorten waren,⁶ und der mit sich auch die Zunahme der Nutzung von professionellen medizinischen Dienstleistungen brachte:⁷

Aus diesem „biopolitischen“ Blickwinkel stellte der Selbstmord – obwohl es sich trotz des zeitgenössischen Topos von der wachsenden Zahl oder gar Epidemie der Selbstmorde um eine statistisch geringfügige Zahl handelte – eine beunruhigende Erscheinung dar. Wenn ein Bürger absichtlich gesellschaftliche Fesseln abschüttelte und somit die Gesellschaft und den Staat um seine Kräfte beraubte, können weder der Staat noch die Gesellschaft zusehen. Aus der Sicht der zeitgenössischen Aufteilung der medizinischen Fachbereiche interessierte der Selbstmord vor allem einige neue Fachbereiche, denen wir uns nun widmen werden. Im Rahmen der ärztlichen Spezialisierung als solcher waren für die Erforschung des Phänomens des Selbstmordes vor allem die Organpathologie (pathologische Anatomie) und die entstehende Psychiatrie und Psychologie, also, wenn wir uns des zeitgenössischen Vokabulars bedienen, die *Erfahrungseelenkunde* oder *aliénistique* von Belang. Und von den neuen „innerfachlichen“ Impulsen sind hier vor allem die drei wichtigsten zu nennen: 1) die Konzentrierung auf das Nervensystem (später neurozerebrales), ferner 2) die Entfaltung der Organpathologie und schließlich 3) die Bildung „moralischer“ (psychologischer) Medizin (künftiger Psychiatrie) und ihre allmähliche Ausgliederung aus der „économie animale“ – also der Physiologie.

In Bezug auf die Staatsverwaltung war der Selbstmord für die zweckmäßigen, eklektisch konzipierten Fachbereiche relevant, welche begreiflicherweise auch aus der Anatomie, Psychiatrie und weiteren Fachbereichen ausgiebig geschöpft haben: für die *medizinische Polizeiwissenschaft*, bzw. mit ihr verbundenen *Staatsarzneywissenschaft* und *Gerichtsmedizin*. Für die neue „Konzeptualisierung“ des Selbstmordes waren aber eben die allgemeinen Gestalten der „Medikalisierung des Todes“ wichtig, welche übrigens in der Habsburgermonarchie, einschl. der böhmischen Länder, lehrbuchartig realisiert wurden. Ich meine vor allem die drei folgenden Neuigkeiten: 1) die allmähliche Einführung der *pflichtmäßigen Totenbeschau* und damit verbundene Pflicht den „Todeszettel“ ausschließlich vom Arzt ausstellen zu lassen, welcher als einziger die Bestattung genehmigen kann; 2) *die Abgrenzung des Friedhofs als einzigen Raum, welcher zur Deponierung*

6 Vgl. JORDANOVA, Ludmilla: The Social Construction of Medical Knowledge. In: Society for the social history of medicine, 1995, S. 361–381, S. 367.

7 Vgl. RAMSEY, Matthew: Professional and Popular Medicine in France, 1770–1830. The social world of medical practice, Cambridge History of Medicine, Cambridge University Press, 1988, S. 299. Ferner insb. FOUCAULT, Michel: Naissance de la médecine sociale, *DE III*, Nr. 196, S. 208. Zu dieser Frage vgl. auch viele andere Texte, vor allem die Vorlesungen *Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine?* (Oktober 1974, publiziert im Januar 1976, 1954–1988. Tome III Paris, 1976–1979, S. 40–57).

menschlicher Überreste diente (in der Habsburgermonarchie dank der thesesianischen und josephinischen Reformen des Bestattungswesens aus den 70er und 80er Jahren des 18. Jahrhunderts), was auch den Usus abschafft, manche „unreinen“ Verstorbenen außerhalb dieses Sanitärtraumes zu bestatten; 3) *gesetzliche Festlegung gerichtlicher Obduktion* in verdächtigen Fällen, beim Gewalttod u.a., wobei der Zweck ist die tatsächliche Todesursache zu ermitteln. Diese gerichtlichen Obduktionen hatten seit der josephinischen Zeit (1785) in der Habsburgermonarchie ausschließlich die sog. *Kreisphysici* oder *Kreischirurgi* auszuüben: dies kann als gewisse Garantie der Anwesenheit vom besser ausgebildeten und behutsamen Angehörigen einer Gesundheitsprofession (auch) im Falle der Selbstmorde wahrgenommen werden.

Bis zu der Aufklärungsperiode stellte der Selbstmord kein eigenständiges Thema dar, sondern einen integralen Bestandteil des Melancholie-Diskurses, welchen die alten antiken Leidenschaftstheorien entfalteten. Die *Leidenschaften der Seele*, ein privilegiertes Feld für die Begegnung des Leibes und der Seele, bildeten in der hippokratischen Medizin den Grundstein der klassischen Diätetik, also im Grunde die Prinzipien der gesunden Lebensweise und der seelischen Ausgewogenheit. Der richtige Umgang mit den Emotionen, sog. „*économie des émotions*“, sowie die körperliche Lebensart, stellten noch im 18. Jahrhundert den integralen Bestandteil aller Krankheitsvorbeugung dar. Aber auch in diese „Lehre“ drangen neue medizinische Theorien und Erkenntnisse ein, einschließlich der empirischen. Allerdings haben die meisten Ärzte der Aufklärungszeit immer noch mit dem genannten klassischen Raster der *Seelenleidenschaften* operiert, welches nicht frei von gewissem Moralisieren war. Dem Selbstmord, wenn überhaupt thematisiert, begegnen wir hier meistens als einem warnenden Extremfall von nicht gebändigter Leidenschaft der *Melancholie*.

Die „Ursachen“ teilten die Ärzte des 18. Jahrhunderts in der Regel wie folgt auf: 1) „äußere“, geographische, klimatische. Bei der Melancholie / beim Selbstmord war begreiflicherweise die Wirkung des Nebels und des Herbstes kennzeichnend, eventuell auch des Aufenthaltes in England mit den gleichen Folgen. Wir begegnen hier vielen Stereotypen/Topoi/Modellen, die sich seit dem Anfang des 18. möglicherweise sogar ab dem Ende des 17. Jahrhunderts wiederholen. Vor allem das Verhältnis zwischen dem Selbstmord und dem „Nebelunwetter“ oder der Atmosphäre der Britischen Inseln war kennzeichnend. 2) „sittliche“ (psychologische), also vor allem angeborene psychische Dispositionen, Gemütszustände, Vorlieben und Lebensstil. In der Aufklärungszeit begegnen wir wiederholt den Erscheinungen wie der Lektüre von üblen Romanen, übertriebener religiöser Empfindung (oder im Gegenteil der Gottlosigkeit, dem Alkoholismus, übermäßigem Studium von abstrakten Problemen, übertriebenem Philosophieren und unzweckmäßiger Bildung oder dem „Materialismus“ und stürmischen politischen Änderungen) und der übertriebenen Freiheitsliebe (auch diese zwei Erscheinungen koppeln einen moralisierenden Selbstmorddiskurs mit einem negativen Bild von England).⁸

Es darf auf jeden Fall behauptet werden, dass auch im medizinischen Diskurs während der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts allmählich aus dem Selbstmord eine wirk-

8 Ebd., S. 505.

liche „Zivilisationskrankheit“ geworden ist. Für die Aufklärung des 18. Jahrhunderts ist kennzeichnend, dass auch diese „sittlichen“ psychologischen / psychischen Erscheinungen in breiteren sozialen und kulturellen Zusammenhängen wahrgenommen wurden.

Für uns sind insbesondere die 3) „inneren“ (also somatischen, physischen und physiologischen) Ursachen von Interesse, in deren Auffassung die neuen Impulse des 18. Jahrhunderts am deutlichsten eingegriffen haben. Das Studium der Ursachen und des „Sitzes“ (der Seelenkrankheit allgemein) beruhte in dieser Zeit aber vor allem auf der älteren hippokratischen und galenischen Theorie, welche auf den Gedanken der „üblen Zirkulation der Körpersäfte“ gestützt war. Unter dem Einfluss der platonischen Philosophie, welche dem Menschen die unsterbliche und rationelle Seele zuschrieb, die in ihrer Essenz nicht gestört werden durfte, wurde vorausgesetzt, dass Krankheiten ihre Ursache nur in der schlechten Funktionsweise des Körpers haben können – und zwar auch im Falle der „seelischen“ Krankheit. Gemäß dem alten antiken Konzept hatten die Leidenschaften ihren Sitz in den Organen des Unterleibes; diese alte Lehre vom „Bauchsitz“ der Leidenschaften, welche von Marcel Gauchet und Gladys Swain als „epigastrische Theorie“ oder „epigastrische Metapher“ bezeichnet wird, teilten die Ärzte, wie noch zu sehen sein wird, im Grunde bis zum Anfang des 19. Jahrhundert.⁹ Mit Blick auf die der Melancholie¹⁰ liegt ihr „Sitz“ somit dem klassischen antiken Paradigma zufolge in den *Hypochondrien* (Weichen – Milz, Leber), welche die *schwarze Galle* produzieren, die für diese Gemütsstimmung, Angstgefühl und Einsamkeitsverlangen verantwortlich ist. „Das zwanghafte Überleben“ des Stereotyps der schwarzen Galle als Ursache der Melancholie noch in der Aufklärungszeit, oder gar an der Wende des 18. zum 19. Jahrhunderts, hing möglicherweise mit der riesigen symbolischen Kraft der „schwarzen“ Farbe zusammen und eventuelle Zweifel an diesem Stereotyp waren kaum denkbar.¹¹ Daran glaubte sogar der große Boerhaave und indizierte ausschließlich Adererlass und Abführmittel zur Verdünnung dieser Flüssigkeit, was auch seine Schüler teilten – die Gründer der Wiener Medizinischen Schule, Anton von Haen und Gerhard van Swieten, der Arzt von Maria Theresia.¹²

Mit dieser – in der zeitgenössischen Sprache *humoralistischen* – Vorstellung operieren die meisten Ärzte also noch im 18. Jahrhundert. Im Unterschied zu ihren Vorgängern, welche sich noch in gewissem Sinne im abstrakten, „metaphorischen“ Diskurs bewegten, ist aber für die Autoren – insbesondere dann für die Physiologen – des 18. Jahrhunderts das Bestreben um die Applizierung mechanistischer (man könnte vielleicht fast

9 GAUCHET, Marcel – SWAIN, Gladys: La pratique de l'esprit humain. L'Institution asilaire et la révolution démocratique, Paris 1980, S. 330.

10 Zum Thema der Melancholie gibt es große Menge von Literatur, vor allem BURTON, Robert: The Anatomy of Melancholy, London 1621, STAROBINSKI, Jean: Histoire du traitement de la mélancolie des origines à 1900, Bâle 1960; KLIBANSKY, Raymond – PANOFKY, Erwin: Saturne et la Mélancolie, übers. Paris 1989; GAUCHET, Marcel – SWAIN, Gladys: Dialogue avec l'insensé, Paris 1994, S. 167 ff („Permanence et transformations de la mélancolie“).

11 GAUCHET – SWAIN: Dialogue avec l'insensé, S. 167–169.

12 Vgl. Commentaires des Aphorismes de Médecine d'Hermann Boerhave (sic), sur la connoissance et la cure des maladies, par M. Vans-Wieten (sic), traduit en français par Monklet, docteur en Médecine de l'Université de Montpellier, gradué en la faculté de Paris, Avignon 1766, T. II.

naiv mechanistischer oder vulgär mechanistischer) Auslegung kennzeichnend, wodurch die traditionelle Theorie legitimiert und ihr mittels „Empirik“ und Konkretheit größere Wissenschaftlichkeit verliehen werden sollte. Es ist wohl interessant zu verfolgen, auf welche Art und Weise das rationalistische und empirische 18. Jahrhundert dieses antike Modell bereicherte.

„Selbstmordtrieb“ und „Stille Wuth“ bei Leopold Auenbrügger

Es liegt auf der Hand, dass insbesondere Personen mit melancholischem Temperament zur selbstmörderischen Gemütsstimmung größere Neigung als Personen mit allen anderen Temperamenten gezeigt haben. Und eben diese Vorstellung der „Dispositionen“ gewann in der aufklärerischen Medizin einen neuen Begriff – den *Trieb*, bzw. den *Selbstmordtrieb*, welcher dieser Disposition gewisse Unvermeidlichkeit / Fatalität verlieh. Aus den Voraussetzungen, welche man moralisch bekämpfen könnte, ist etwas Essentielles geworden, wogegen man eigentlich nicht zu kämpfen im Stande war. Etwas, was bei gewissen Personen das Gegengewicht zum Selbsterhaltungstrieb darstellen könnte.

Der offenkundig erste Arzt, der mit der Vorstellung des Selbstmordtriebs seriös zu arbeiten begonnen hatte, war der österreichische Arzt Leopold Auenbrügger.¹³ Der gebürtige Grazer ist vor allem als Entdecker der Methode der Perkussion bekannt. Seine Aktivitäten waren insbesondere mit dem sog. Spanischen Spital in Wien verbunden, wo Auenbrügger die Möglichkeit hatte, länger als zwanzig Jahre auch Patienten mit Selbstmordneigungen zu beobachten: er ist somit augenscheinlich (und dies stellt seine erste Innovation dar) zum ersten Arzt geworden, der anhand seiner Praxis eine eigene „Selbstmordkasuistik“ geschaffen hat. Seine Beobachtungen fasste er in einer siebzigseitigen Monographie zusammen, die er 1783 in Dessau veröffentlichte. Wie bereits der Titel *Von der stillen Wuth oder dem Triebe zum Selbstmorde als einer wirklichen Krankheit*¹⁴ verrät, wird der Selbstmordtrieb – und dies stellt seine zweite große Neuigkeit dar – *an sich* als eigenständige Krankheit begriffen: „Die stille Wuth ist ein geheimes, innerliches und unsinniges Bestreben, mittelst welchem der Mensch sich selbst zu ermorden sucht.“¹⁵ Diese *stille Wuth*, welche Auenbrügger als „Gemütskrankheit“ klassifiziert, wird als gegen sich selbst gerichtete Aggressivität definiert, welche gegen die eigene Person gerichtet ist und sowohl „moralische“ (psychologische), wie auch physische Ursachen hat. Auenbrügger moralisiert nicht ins Leere: er gibt „entfernte“ Ursachen an, wie Alter, Temperament, Geburtsort und Lebensart, ferner zählt er die Hauptleidenschaften

13 AUENBRUGGER, Leopold, AUENBRUEGGER (AWENBRUEGGER), (1722–1809), Wiener Arzt, Schüler von Van Swieten, welcher auf sich die Aufmerksamkeit der Ärzte im Jahre 1761 zog, wo er die kurze Schrift über das Anhören der Widerhalle im Brustkorb niedergeschrieben hat, worin er bemüht war nachzuweisen, dass durch das Beklopfen des Holzfasses erkannt werden kann, wieviel Wein das Fass beinhaltet. Diese Arbeit erlangte noch größeren Ruhm, nachdem sie von Corvisart, dem Leibarzt von Napoleon, im Jahre 1808 ins Französische übersetzt worden war.

14 AUENBRÜGGER, Leopold: *Von der stillen Wuth oder dem Triebe zum Selbstmorde als einer wirklichen Krankheit*, mit Original-Beobachtungen und Anmerkungen, Dessau 1783.

15 Ebd., S. 5, §1.

auf, welche ihm zufolge zur Abschwächung des Selbsterhaltungstriebes führen (Armut, Unglück, Schmach, „Unlust zu Leben“), aber insbesondere beschreibt er im Detail die äußere Körpersprache, welche bei einem Menschen beobachtet werden könne, der von diesem Leiden betroffen wird. Er verallgemeinert die empirisch beobachtbaren Erscheinungen und ist bemüht, sie stufenartig von dem „Anfang“ der „Krankheit“ bis zu der Selbstmordgeste zu gliedern, um solche Handlung vorauszusehen und zu verhindern.

Ein besonderes Augenmerk richtet er vor allem auf den Heilungsprozess, welcher sich auf die körperlichen (somatischen), physischen Ursachen bezieht. Die Grundlage seiner neuen Heilmethode stellte gleichwohl die traditionelle Voraussetzung dar, dass die „physischen“ Ursachen melancholischer Formen des Irrsinns ausschließlich organischer Natur und mit dem üblen Saftkreislauf verbunden sind und als ihr Sitz die „Hypochondern“ gelten, also Milz oder Leber.

Die Auenbrügger-Methode beruhte auf drei grundlegenden Punkten: 1) den Kranken mit Seilen festzubinden; 2) ihn große Mengen frisches, kaltes Wasser trinken zu lassen (kaltes Wasser, manchmal vermischt mit Ammoniak, diente auch für Umschläge für Kopf und Hals des Patienten); 3) ihm auf den einen oder anderen Hypochonder ein Vesikatorium (Glaskolben) aufzulegen. Als Nahrung war nur leichte Brühe erlaubt. Nach der Beendigung dieses physischen Teils der Heilung ist es aber nötig die Genesung mit „moralischen“ Mitteln in Angriff zu nehmen.

Die Denkweise von Auenbrügger fand einigermaßen überraschend (zudem erst posthum) ihre Nachfolger in Frankreich. Seine Methode der Perkussion entdeckte der Leibarzt von Napoleon Corvisart für die Wissenschaftswelt. Und die halbvergessene Schrift über den Selbstmord entdeckte und popularisierte der Professor der medizinischen Fakultät in Antwerpen Le Roy, welcher sich in seiner Abhandlung von 1808, die explizit dem Selbstmord gewidmet war, zu der Auffassung von Auenbrügger bekannte und, wie wir noch sehen werden, auch seine Heilverfahren übernahm. Inspiriert von dem Grazer hat er behauptet, dass allein der „Selbstmordtrieb“ („penchant“), welcher „auf degenerierter Melancholie beruht“, die „tatsächliche Krankheit“ darstellt, obwohl sie früher nicht so geläufig war und sich vielmehr in anderen Ländern zeigte – in Deutschland und England.¹⁶

Etwa zeitgleich wird der Selbstmord oder der „Selbstmordtrieb“ allmählich als spezifische *Unterart* der Melancholie wahrgenommen, als eigenständige „nosologische Einheit“, auf jeden Fall aber sowie bei Auenbrügger, als Krankheit „an sich“. Der „Begründer“ der französischen „Alienistik“, der Psychiatrie, Philippe Pinel (1745–1826) spricht über eine spezifische *Unterart* der Melancholie (*mélancolie-suicide*) oder über „Melancholie, welche zum Selbstmord führt“.¹⁷ Als sein Schüler Etienne Esquirol 1805 verschiedene Typen von Melancholikern aufzählte, denen er am Institut für Geisteskranke in Charenton

16 LE ROY d'ANVERS, Bulletin des sciences médicales. Publié au nom de la Société médicale d'émulation de Paris... 1807–1811 (I–VIII) – 1807, S. 198 f.

17 PINEL, Philippe: „Observations sur une espèce particulière de mélancolie qui conduit au suicide“, in: La Médecine éclairée par les sciences physiques, t. I, 1791 (éd. Fourcroy) et section IV du Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie, Paris, an IX (repris des „Observations sur les alénés et leur division en espèces distinctes“. In: Mémoires de la Société médicale d'émulation, Paris, an VIII, vol. III).

begegnet ist, spricht er von Fällen der „Disposition zum Selbstmord“.¹⁸ Jean Chevrej klassifiziert in seiner Dissertation von 1816 diesen „Selbstmordtrieb“ (*penchant au suicide*) als Neurose unter dem Namen „suizidäre Melancholie“ (*mélancolie suicidique*), die er in zwei Klassen und mehrere Unterklassen unterteilt – zunächst unterscheidet er langfristige, welche mit dem Charakter verbunden sind und ferner auch spontane, chronische Unterklassen.¹⁹ Es handelt sich somit nicht um die Erscheinungsform von Feigheit oder Schwäche, aber um eine tödliche Krankheit („die schrecklichste aller Krankheiten“), welcher häufig die gefühlvollsten und außerordentlichen Personen, wie Jean Chevrej meint, unterliegen sollten.²⁰

Mit Auenbrügger und seinen Nachfolgern entstehen aber auch neue Fragen um den besagten „Sitz“, also um die körperliche „Verankerung“ dieser „Neigung“. Denn die „epigastrische Metapher“ fand auf der Neige des 18. Jahrhunderts einen überraschenden Verbündeten in einer in der Tat lediglich aufklärerischen Neuigkeit – in der Organpathologie: dies stellt ein wichtiges Beispiel der Situation dar, bei der ein „bahnbrechender Schritt“ (scheinbar paradoxerweise) den Ärzten zur Bekräftigung und nicht zum Bruch des traditionellen Paradigmas diente.

1) Vom Unterleib zum Gehirn

An der Schwelle der 60er Jahre des 18. Jahrhunderts kam der gebürtig aus Padua stammende Giambattista Morgagni in seiner Schrift *De sedibus et causis morborum per anatem indignantis* (1761) mit der einflussreichen Theorie der „Sitze“ von Krankheiten in den Organen auf die medizinteoretische Bühne und ist somit zum Geistesvater der pathologischen Anatomie geworden. Morgagni erhob das *Organ* zum grundlegenden Bauteil des menschlichen Körpers, welches zugleich zum maßgebenden Träger der bösartigen *Lösungen* geworden ist; analog stellten dann die Organänderungen die Substanz der Krankheiten dar. Seitdem waren viele Ärzte um die präzise Lokalisierung des Krankheitssitzes bestrebt, suchten nach sichtbaren Beschädigungen eines konkreten Organs und die Leichenöffnung – deren Ergebnisse mit den Zeichen konfrontiert wurden, die „am Bett des Erkrankten“ beobachtet wurden – ist zur obligatorischen Vorgehensweise bei der Bestimmung der Todesursache geworden. Diese Vorgehensweise wurde auch bei solchen Krankheiten zur Anwendung gebracht, welche üblicherweise als „Geisteskrankheiten“ bezeichnet werden und die noch während des ganzen 18. Jahrhunderts gänzlich in die Domäne der „Leidenschaften“ fielen. Eben die Melancholie oder der „Selbstmordtrieb“ stellen den exemplarischen Fall dar.

18 ESQUIROL, Etienne: Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale (thèse soutenue à l'Ecole de médecine de Paris, le 5 Nivôse an XIV (1805), réimpression Paris, librairie des Deux mondes, 1980, préface de Gladys Swain et Marcel Gauchet, S. 99.

19 Vgl. CHEVREY, Jean: Essai médical sur le suicide, considéré, dans tous les cas, comme le résultat d'une aliénation mentale, thèse présentée e soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 9 juillet 1816, pour obtenir le grade de Docteur en médecine, S. 18.

20 Ebd., S. 13.

Da die hippokratische Theorie die Melancholie als Störung der Säfte sah, die in den Hypochondern ihren Sitz hatten, also in der Milz und in der Leber, richtete sich die Aufmerksamkeit der Ärzte zunächst auf die Organe des Unterleibes.²¹ Manche Ärzte haben z.B. tatsächlich bei der Obduktion von Selbstmördern pathologische Änderungen der Organe „gesehen“, welche für die Melancholie verantwortlich waren, wie Milz oder Leber. Diese Denkweise sehe ich als relativ bezeichnend vor allem für das „materialistische“ französische (präziser Pariser) Milieu, welches einerseits von der Ideen- und politischen Welt der Französischen Revolution beeinflusst und andererseits von der erwähnten „anatomisch-pathologischen“ Revolution wesentlich betroffen wurde.

Seinen Anteil hatte auch der genannte Österreicher Leopold Auenbrügger, dessen Fassung der „epigastrischen Theorie“ in Frankreich ihre Nachfolger fand. Der bereits zitierte Arzt aus Antwerpen Le Roy (1808), welcher von Auenbrügger inspiriert war, betrachtete als Ursache des Selbstmordes die Sensibilität der Nerven in der Milz – aufgrund der Obduktion von „Hypochondern“ (Leber und Milz) bei Personen, die vom „Selbstmordtrieb“ befallen waren. Meist fand er eine angeblich vergrößerte, härtere und wärmere Milz und Leber als bei den gesunden Personen vor;²² „Bei der Untersuchung beider Hypochonder habe ich den linken als sehr hart vorgefunden... und heiß. Die Unruhe, Beklommenheit, welche unerträglich geworden sind, aufgerissene Augen, unerträglicher Durst“.²³ Die Organveränderungen waren übrigens auch bei lebendigen Patienten ersichtlich: „Bei der Untersuchung beider Rippenteile der Bauchwand (*hypochondrius*) habe ich den linken als sehr hart und heiß vorgefunden“, konstatierte Le Roy.²⁴

Diesem Ansatz entsprach übrigens auch das in der Tat traditionelle, klassische Heilverfahren wie z.B. das Auflegen von Glaskolben auf den Bereich unter den Rippen – sowie es Auenbrügger tat. Die Auenbrügger-Methode betrachtete Le Roy als das Heilverfahren der „Melancholie mit Selbstmordtrieb“, als „tatsächlich rationell und klinisch“ und als „basierend auf der Vernunft als solchen“. Le Roy nennt in der Folge neun Fälle, welche er mit Erfolg geheilt hat und bei denen sich der Selbstmordtrieb nicht mehr zeigte.²⁵ Im Unterschied zu seinen Vorgängern hat Le Roy (und vor ihm anscheinend auch Auenbrügger) beinahe eindeutig den Gebrauch von Purgativa und auch den Adererlass verworfen, also die klassischen „hippokratischen“ Heilverfahren. Die Heilmethode von Auenbrügger fand anscheinend ihren Widerhall, denn auch Chevrey (1816) betrachtete sie als „relativ rationell“, insbesondere wegen der Nutzung von kalten Getränken und

21 GAUCHET, Marcel – SWAIN, Gladys: La pratique de l'esprit humain; L'Institution asilaire et la révolution démocratique, Gallimard, Paris 1980, S. 330.

22 Bulletin..., Juli 1808, S. 213.

23 Bulletin..., Juli 1808, S. 198 ff.

24 Die Beispiele nennt der Gerichtsarzt François-Etienne FODÉRE: *Traité de médecine légale et d'hygiène publique, ou de police de santé, adapté aux codes de l'Empire Français et aux connaissances actuelles*, Paris 1813, S. 275, und Le Roy in: *Bulletin des sciences médicales. Publié au nom de la Société médicale d'émulation de Paris* 2/1808, S. 213. Zu diesem wie auch weiteren Beispielen vgl. TINKOVÁ: Hřřich, S. 286.

25 Vgl. *Bulletin des sciences médicales. Publié au nom de la Société médicale d'émulation de Paris...* 1807–1811 (I–VIII) – 1807, S. 198 ff.

Umschlägen, welche auch die Gehirnreizung beruhigen.²⁶ Sie wurde aber offensichtlich auch in der psychiatrischen Anstalt Etinne Esquirolas verwendet. Dem Zeugnis von Esquirol und auch Falret zufolge, brachte sie aber nicht die erhofften Erfolge – vielleicht nur bei den Patienten, welche auch ohne diese Methode genesen können.²⁷

Mit der epigastrischen Theorie arbeiteten aber auch weitere führende französische Ärzte: So fanden etwa Cabanis und Fourcroy im Bauch von Selbstmördern regelmäßig Gerinnungen schwarzer Galle,²⁸ und auch einer der Begründer der französischen Psychiatrie, der Schüler von Philipp Pinel, Esquirol, sah häufig psychische Probleme, welche mit dem Selbstmord verbunden waren, im direkten Zusammenhang mit Beschwerden im Bauchbereich.²⁹

Man begegnete aber auch Alternativen: „Der Begründer“ der französischen Gerichtsmedizin, François-Emmanuel Fodéré, betrachtete als „Sitz“ der suizidären Neigung dasjenige Organ, welches nach dem Tode am allermeisten beschädigt ist, wobei er entweder die Organe im Unterbauch, *oder* das Gehirn nennt, welcher Umstand empirisch mit der Obduktion nachweisbar sei.³⁰

Gehirnwende

In den ersten Dezennien des 19. Jahrhunderts weckte das Gehirn allmählich auch das allgemeine Interesse der Ärzte und diese Wissbegierde begegnete dem bereits etablierten Studium des Nervensystems. Das Nervensystem wurde schon im 18. Jahrhundert mit großer Neugierde als dasjenige Organ studiert, welches den Kontakt zwischen dem Körper und der Seele vermittelt. Übrigens behauptete bereits Hermann Boerhaave, die führende ärztliche Autorität des 18. Jahrhunderts, in seinen Aphorismen über den Wahnsinn, dass die Selbstmörder ein dürres und hartes Gehirn und schwarzes Blut in den Gehirnadern hätten.³¹

Die entscheidende „Wende zum Gehirn“ brachte aber dem entstehenden psychiatrischen Denken der führende deutsche Anatom und Neurologe Josef Gall (1758–1828), welcher in Wien und Paris tätig war. Er stammte aus Baden-Württemberg, studierte aber unter anderem auch in Straßburg und Wien, wo er seine privatärztliche Praxis gründete und private Vorlesungen hielt. Diese wurden ihm 1801 verboten und später, 1805, hat

26 Vgl. CHEVREY: S. 42 ff.

27 Vgl. ESQUIROL: V° „Suicide“. In: Dictionnaire des Sciences médicales, par une société des médecins et chirurgiens, Paris 1818–1822, t. 53, S. 282; FALRET, Jean-Pierre: De l'Hypochondrie et du suicide, considérés sur les causes, sur le siège et le traitement de ces maladies, sur les moyens d'en arrêter les progrès,... Paris 1822, S. 223 und 228.

28 FODERE: Traité de médecine légale, Paris 1813, S. 277.

29 Dictionnaire des Sciences médicales, par une société des médecins et chirurgiens, Paris 1818–1822, t. 53, S. 213 ff.

30 FODERE: Traité de médecine légale, S. 275.

31 Vgl. ANCEAUME, E. H.: De la mélancolie, Esquisse historique de la mélancolie, 1818, BNF, 8-TH PARIS-156 (1818, 6,151–175), S. 168.

sich die katholische Kirche dafür eingesetzt, dass Gall wegen „Materialismus“ für immer aus der Monarchie ausgewiesen wurde – vor allem wurde ihm der Gedanke der materiellen Verankerung der unkörperlichen Seele vorgeworfen. Der wahrhafte Ruhm stand dem Neurologen aber erst nach seiner Niederlassung in Frankreich bevor – insbesondere nachdem er im zweiten und dritten Dezennium des 19. Jahrhunderts in Paris mit seinem Schüler und ursprünglich auch Wiener Kollegen J. C. Spurzheim (1776–1832) ihr grundlegendes Werk zum Gehirn publiziert haben,³² womit sie die Aufmerksamkeit der wissenschaftlichen Öffentlichkeit auf die Großhirnrinde und ihre Windungen gerichtet haben.³³ Er war davon überzeugt, dass das Gehirn – als Organ des Denkens und des Willens – zugleich auch für den menschlichen Charakter bestimmend sei: denn es stelle ein Kompositum von vielen Teilen dar, welche verschiedene menschliche Charakterzüge und „Neigungen“ steuern (bzw. worin etwa drei Dutzend von mannigfachen Eigenschaften und Dispositionen ihren Sitz haben). Die Größe und die Gestalt des Schädels, sowie verschiedene Knorren auf seiner Oberfläche, stellen somit unübersehbare Zeugen der Qualität und des Niveaus der Hirntätigkeit dar. Die Geistesstörung, ebenso wie die Leidenschaft, werden also lediglich zum Symptom einer zerebralen Läsion, zur Äußerung chronischer und häufig unwiederbringlicher Degeneration des Hirngewebes, für die ihr Träger nicht schuldig und verantwortlich sei.

Die gleiche Logik des Denkens führte auch zu Überlegungen über die angeborenen „Selbstmordtriebe“, welche ins Gehirn eingeschrieben sind.³⁴ Die „Phrenologie“ von Gall brachte in der Psychiatrie „die Wende zum Gehirn“ wie auch die Theorie angeborener, natürlicher „Neigungen“, beeinflusste die Auffassung des Selbstmordes als einer Erscheinung, welche nicht plötzlich eintritt. Es handelt sich nicht bloß um eine konkrete Tat, sondern um eine immanente Fähigkeit, und auch Neigung, welche einem bestimmten Individuum eigen ist – der Selbstmord ist daher wortwörtlich ins Gehirn eines kranken Menschen „eingeschrieben“. Sie stellt daher immer eine pathologische Erscheinung dar – und daher, kurz gesagt, gibt es keinen rationalen Selbstmord. Gall zufolge war der Selbstmord das Ergebnis von Einwirkung der Krankheit oder des Alters auf den Gehirnschwund und die folgende Aufblähung der Schädelsubstanz betrachtete er als die „tatsächliche Ursache“ des Selbstmordes, denn dadurch werden „die Hirnorgane zusammengedrückt und in ihrer Tätigkeit gehindert“, „wodurch allgemeiner Lebensüberdruß entstehe, dessen nothwendige Folge der Selbstmord sei“.³⁵ Gall behauptete, dass die Schädel der Selbstmörder, die er studierte, höheres Gewicht und „Dichte“ aufweisen. Sein Schüler und der nächste Mitarbeiter Spurzheim gibt die höhere Dichte als weiteren

32 Vgl. insbesondere GALL, F. J. – SPURZHEIM, J. C.: *Anatomie et physiologie du système nerveux en général, et du cerveau en particulier*, Paris 1811–1819.

33 Vgl. z.B. LANTÉRI-LAURA, Georges: *Le psychisme et le cerveau*, In: *Histoire de la pensée médicale 3. Du romantisme à la science moderne*, Mirko D. Grmek (ed.), Seuil, Paris 1999, S. 97–114, S. 99–100.

34 Vgl. TINKOVÁ, Daniela: *Otázka sebevraždy*, In: *Hřích, zločin, šílenství v čase odkouzlování světa*, s. 232–309, zu anatomischen „Spuren“ selbstmörderischer Motive bei (französischen) Ärzten siehe insb. S. 282–290.

35 BAUMANN, U.: S. 104.

Beweis von physischen, organischen Ursachen der Schädelsubstanz bei Personen an, die von chronischer Selbstmordneigung befallen waren.³⁶

Die Werke von Gall und Spurzheim, die in französischer Sprache in Paris veröffentlicht wurden, waren begrifflicherweise übereinstimmend mit denjenigen der pathologisch-anatomisch orientierten „Alienisten“ (d.h. die Psychiater im Vokabular des 18. und 19. Jahrhunderts). Der bereits genannte Arzt und Philosoph Pierre-Georges Cabanis (1758–1808) fand also z.B. bei der Obduktion des Hirnschädels eines Selbstmörders das „scheinende Gehirn“, welches angeblich mehr Phosphatsubstanz als das Gehirn eines gesunden Menschen beinhaltet. Ein paar Jahre später hat der junge Medizinstudent Jean Chevrey versucht, einen klaren Zusammenhang zwischen Selbstmordneigungen und der resultierenden Läsion am Gehirn zu finden: „Zweimal habe ich bei den Leichen, die ins Hôtel-Dieu gebracht worden sind, gerissene Kapillargefäße und gestörte Hirnmembranen verzeichnet. Die Informationen über die Umstände, welche dem Tode dieser Personen vorausgingen, haben mich darüber belehrt, dass es zum Tode unmittelbar nach dem Anfall tiefer Verzweiflung kam. Auf der Leiche eines selbstgetöteten Melancholikers vom chronischen Typ habe ich zugleich bemerkt, dass das Gehirn außerordentliche Weichheit aufwies, vor allem im Bereich des Kleinhirns“.³⁷

Wende zur Seele

Bei weitem nicht alle Ärzte, die an den Seelenprozessen interessiert waren, haben aber diese Überzeugung von der alleinseigmachenden Organpathologie, von der „Lesbarkeit“ des Körpers geteilt, und haben auch keinesfalls ihre Skepsis verheimlicht. Der französische Gerichtsarzt Fodéré hat die Meinung abgelehnt, dass die Selbstmordneigung ausschließlich auf organische Ursachen zurückzuführen sei und daher im Auenbrüggerischen Sinne, auf mechanisch-physische Art und Weise behandelt werden könne.³⁸

Auch Johann Peter Frank (1745–1821), der deutsche Arzt, welcher organisatorisch bedeutend in Wien tätig war und als Hauptrepräsentant der sog. „medizinischen Polizey“ galt, warnte am Ende der 80er Jahre des 18. Jahrhunderts vor einer voreiligen Verbindung der Seelenkrankheit mit physischen Äußerungen, die an dem Körper erkennbar waren. Die Leichenöffnung des Selbstmörders bezeichnete er als „Zeremonie“, welcher er aber nur eine Teilbedeutung zumisst, denn die Ursachen des Wahnsinns seien nicht immer ersichtlich, wie wir manchmal meinen. („Die Ursachen des Wahnsinnes seien nicht immer so handgreiflich, als man sich eingebildet habe. Es könne der ganze Leib voller Verstopfung seyn, ohne dass der Kopf besonders angegriffen werde.“) Er antizipiert sogar die Praxis, der wir in der Tat noch ein halbes Jahrhundert später alltäglich begegnen (siehe übrigens auch das hier zur Einleitung angeführte Beispiel „aus der Praxis“), in der Zeit von Frank aber in den böhmischen Ländern nicht so üblich war: „Man

36 SPURZHEIM, Johann C.: *Observations sur la folie*, Paris 1818, S. 207–219, 220.

37 CHEVREY: *Essai médical*, S. 39.

38 FODERE: *Traité...* S. 375–376.

hat also gar oft zufällige Abweichungen missbraucht, um den verübten Selbstmord zu entschuldigen.“³⁹

Das Denken von Franko stand, wie wir schon erwähnt haben, allgemein den klassischen „Leidenschaftstheorien“ und ihrem Appell auf den moralischen Willen eines jeden Menschen, wie auch seiner Verantwortlichkeit für die Seelengesundheit, nahe. Auch sein Zeitgenosse, der Begründer französischer „Alienistik“ Philippe Pinel, hat in seinen Theorien der Seelenkrankheiten vielmehr die alten Konzeptionen der „Seelenleidenschaften“ entfaltet – darin blieb er z.T. „Moralist“ – in beiden Sinnen dieses Wortes. Einerseits im moralisch-psychischen Sinne: die Seelenkrankheit sei vor allem die Krankheit der Seele, ihre Ursachen seien somit vor allem in der Seele zu suchen. Und auch in dem anderen Sinne moralisch, d.h. moralisierend: für das Wohlbefinden seiner Seele sei in erster Linie jeder Mensch verantwortlich, wobei sein Lebensstil und begreiflicherweise die Fähigkeit „die Leidenschaften“ zu beherrschen und nicht in Exzesse zu geraten von Belang sind. „Nicht nur, dass die Leidenschaften die geläufigste Ursache des Wahnsinns (*aliénation*) sind“, schreibt der Schüler von Pinel Esquirol, „aber alle Formen des Wahnsinns haben ihre Analogie oder explizit das primäre Stadium in der Beschaffenheit der Leidenschaften“. Der Zorn hat so ihre Quelle in längerdauerndem Zornanfall, die „erotische Manie“ stellt die exzessive Form der Liebe dar, die Melancholie mit der Neigung zum Selbstmord ist die nächste Stufe des längerdauernden Verzweiflungsanfalls.⁴⁰ Bereits in der Zeit von Esquirol gab es in den Anstalten für Geisteskranken Säle, die explizite für Selbstmörder bestimmt waren, wie das Zeugnis von Esquirol selbst bezeugt. Diese waren bevorzugt im Erdgeschoss situiert.⁴¹

An Esquirol knüpfte sein Schüler Jean-Pierre Falret (1794–1870) an; seine Schrift *De l'Hypochondrie et du suicide* von 1822 wurde zwei Jahre später auch ins Deutsche übersetzt.⁴² Ihre Gedankenlinie der „moralischen Behandlung“ setzte dann der Amtschirurg des Badener Großherzogtums und Privatchirurg in Freiburg C. A. Diez fort, und zwar durch seine Monographie über den Selbstmord von 1838.⁴³ Die „moralische“ Auffassung des Selbstmordes brachte mit sich auch die Rückkehr des Gedankens, dass nicht alle Selbstmörder unbedingt seelenkrank sind. Das behauptete aufgrund seiner klinischen Untersuchungen z.B. ein weiterer Nachfolger von Pinel, Alexandre Brierre de Boismont (1798–1881) im Jahre 1856: er unterschied den Selbstmord aus Leidenschaft (unglücklicher Liebe usw.) von der tatsächlichen Selbsttötung, welche durch die geistige Störung verursacht wurde.⁴⁴ Er berücksichtigte sowohl individuelle psychologische Prädispositionen, als auch soziale Dispositionen, und, ebenso wie z.B. auch Esquirol, brachte er den Selbstmord in Zusammenhang mit dem „Prozess der Zivilisation“. An Boismont knüpfte

39 FRANK, Johann Peter: System einer vollständigen medicinischen Polizey, Band IV, Mannheim 1788, S. 493–509, hier S. 506–508.

40 Vgl. ESQUIROL: Des passions, S. 21.

41 Z.B. ESQUIROL: La lypémanie..., S. 141.

42 Dazu BAUMANN: S. 181–182.

43 Vgl. DIEZ, C. A.: Der Selbstmord, seine Ursachen und Arten vom Standpunkte der Psychologie und Erfahrung, 1838.

44 Vgl. DE BOISMONT, Alexandre Brierre: Du suicide et de la folie suicide, Paris 1856.

auch der führende deutsche Psychiater Wilhelm Griesinger an (1817–1868), welcher mit der Tätigkeit der Pariser Schule vertraut war. Auch er hat in seinem klassischen „Lehrbuch“ die Meinung geäußert, dass nicht jeder Selbstmord das Ergebnis oder Symptom einer psychischen Krankheit ist.⁴⁵

Gladys Swain und Marcel Gauchet zufolge stellte diese „Bereinigung“ oder „Sublimierung“ der Leidenschaften, welche so zum Bestandteil der Gedankengänge geworden sind, also in der Inneren, der „Sphäre, die wir Psyche nennen“, „eine der größten Revolutionen der Selbstwahrnehmung in der modernen Zeit“ dar.⁴⁶ Aus diesen zwei Theorien über den Ursprung der mentalen Störung (physiologische und moralische) haben sich übrigens zwei Tendenzen in der modernen Psychiatrie entwickelt.

Die psychiatrische Behandlung war jedoch in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts nur einem Bruchteil der Patienten zugänglich. In der Praxis betraf sie anscheinend vor allem die Einwohner der großen Städte, wo sich die gegebenen Institutionen und das Personal befanden, und auch die krassesten Extreme. Geistig Leidende vom Land und aus kleinen Städten trennte von einem solchen Typ des Spezialisten ein relativ großer, und zwar auch mentaler Abstand. Es kann vorausgesetzt werden, dass in schwereren Fällen die Familie oder die Kranken selbst vielmehr die traditionelle Hilfe des Wundarztes oder des nächsten herrschaftlichen oder Stadtarztes ausgesucht haben. Und wenn sie sich entschieden haben ihr Leiden selbst zu beenden, hat höchstens der Wundarzt, oder im besseren Fall der Bezirksarzt, welcher die Leichenöffnung ausführte, die Geheimnisse ihrer kranken Seele aufgedeckt.

Es bleibt also noch der letzte Punkt – die Frage, wie die neuen pathologisch-anatomischen Konzepte direkt in die Gerichtspraxis kamen und so der Mehrzahl der Selbstgetöteten zur Schuld- und Verantwortungsentlastung verhelfen.

Um wieder allmählich zu dem „Fall“ zurückzukehren, welcher in der Einleitung genannt wurde, konzentrieren wir uns wieder auf die böhmisch-österreichischen Länder.

3) Gerichtsmedizin und die Frage des Selbstmordes in den Schriften von Josef Bernt

Für die Einsicht in die Denkweise kann uns vielleicht das verbreitetste Lehrbuch der Gerichtsmedizin in dem böhmisch-österreichischen Staatsgebilde dienen, welches für alle Chirurgen verbindlich war – das mehrfach aufgelegte und erweiterte Lehrbuch von Josef Bernt, welches zunächst im Jahre 1813 veröffentlicht wurde. Für uns ist dieses Kompendium unter anderem deswegen interessant, da Josef Bernt (1770–1842), welcher in Litoměřice/Leitmeritz geboren wurde und die Prager medizinische Fakultät besuchte, seine Karriere als Professor der Gerichtsmedizin und der Staatsarzneiwissenschaft erst an der Wiener medizinischen Fakultät machte, und als Verfasser mehrerer umfangreicher normenschaffender Kompendien in seinem Fachgebiet Ruhm erlangte. In einem

45 GRIESINGER, Wilhelm: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, Stuttgart 1845, 2. Ausg. 1861. Vgl. BAUMANN, S. 185.

46 GAUCHET – SWAIN: La pratique..., S. 330.

davon (die Erstausgabe erschien 1813, hier wird die erweiterte Ausgabe von 1834 zitiert) widmet er den Geistesstörungen umfangreiche Passagen und auch dem Phänomen des Selbstmordes und seiner vorausgesetzten Ursachen.⁴⁷

Bernts Faszination von der „Lesbarkeit“ des Körpers, aber auch der Seele mittels der Körperläsionen, erinnert einigermaßen an französische Autoren, welche aber Bernt nicht explizit zitiert.

Welche medizinischen Autoritäten waren für Bernt bestimmend? Außer mehreren norddeutschen lateinischen Dissertationen mit ausgesprochen forensischen Thematiken (Jena⁴⁸), einer Prager Dissertation⁴⁹, zitiert Bernt in dieser Problematik eine relativ begrenzte Liste von ausgewählten (deutschen) Autoren, welche (außer dem chronologisch ältesten Titel; Knüppeln 1790), explizit auf die Gerichtsmedizin⁵⁰ konzentriert waren und mit dem Konzept „der in den Körper eingeschriebenen Neigung“ operierten.⁵¹

Der am häufigsten zitierte und anscheinend auch am meisten befragte Autor war für Bernt aber der führende deutsche Geburtshelfer Friedrich Benjamin Oslander (1759–1822), der Begründer der einflussreichen „Universitätsgebäranstalt“ in Göttingen, welcher von der französischen medizinischen (und geburtshilflichen) Schule begeistert war und im gleichen Jahr (1813) explizit ein Buch zum Selbstmord publizierte. Er brachte so nicht nur eine monographische, aber auch systematische Bearbeitung des Gegenstandes, einschließlich genauer Definition, Entfaltung der theologischen, Rechts- und philosophischen Debatte und auch der Analyse der Kasuistik. Sein Ausgangsgedanke war, dass ein gesunder Mensch nicht Selbstmord begeht, sondern im eigentlichen Sinne geistesgestört sein muss („der gesunden Vernunft entsagen, und im eigentlichen Sinne verrückt seyn“⁵²). Er sucht nach Ursachen, deren Detailverzeichnis er bringt, beginnend mit den physischen Gebrechen und ihrer Äußerungen, er denkt über die Unterschiede verschiedener „Nationen“ und Länder nach (besondere Aufmerksamkeit wird hier England gewidmet). Er nimmt auch die individuelle, „moralische“ (psychologische) Situation wie auch andere soziale Faktoren ins Visier. Die Geburt, Erziehung, Religion, Ausbildung und „Bildung der Vernunft und des Herzens“, Lebensstil, Nahrung⁵³ – das

47 Vgl. BERNT, Josef: Systematisches Handbuch der gerichtlichen Arzneikunde, zum Gebrauche für Aerzte, Wundärzte, Rechtsgelehrte und zum Leitfaden bey öffentlichen Vorlesungen; (I. vyd. Prag 1813), hier Ausgabe 1834, S. 342, § 875.

48 GRUNER: De imputatione suicidii dubia, Jenae 1779; Steinhardt, Diss. De suicidii notis in foro fere dubiis, Jenae, 1793; IMMICH, J. B.: Diss. Inaug. Suicidium dubium casu singulari illustratum, Jenae 1808

49 KUNZ, Jos. Em.: Diss. Inaug. De Autocheiria, seu de morte sibimet sui conscita, Pragae, 1813.

50 ELVERT, Emanuel Gottlieb: Ueber den Selbstmord in Bezug auf gerichtliche Arzneykunde, Tübingen 1794.

51 KNÜPPELN, Dr.: Ueber den Selbstmord. Ein Buch für die Menschheit, Gera, 1790; Elvert, Über den Selbstmord in Bezug auf gerichtliche Arzneikunde, Tübingen, 1794; MÜLLER, J. V.: Der Selbstmord, nach seinem medicinischen und moralischen Ursachen betrachtet, Frankfurt 1796; SCHÄUFELN, Wilhelm Friedrich: Über die physischen Zeichen, woraus auf absichtliche Selbsttödtung durch Erschiessen zu schliessen ist. Stuttgart 1827; HEYFELDER, Johann Ferdinand Martin: Der Selbstmord in arznei-gerichtlicher und in medicinisch-polizeilicher Beziehung, Berlin 1828.

52 OSIANDER: Über den Selbstmord, S. 11.

53 Ebd., S. 196 ff.

alles spielt hier seine Rolle, deswegen sieht er als Prophylaxe vor allem die Verwandlung der Gesellschaft und die Einstellung des Staates selbst. Das alles waren Prinzipien, die auch Josef Bernt eigen waren.

In manchen Teilen seines Werkes übernimmt Josef Bernt die Ausführungen von Friedrich Benjamin Osiander explizit und ohne Änderung, anderswo polemisiert er mit ihm, z.B. mit seiner Vorstellung, dass die höhere oder niedrigere Elastizität des atmosphärischen Drucks daran schuld sein könnte, dass sich der Mensch zu einer bestimmten Zeit und an einem bestimmten Ort selbst tötet. Diese Vorstellung verbindet Bernt vielmehr mit „inneren“ Ursachen, also, in seinen Worten, „mit dem festen System der Gedanken“ und mit Unzufriedenheit über sich selbst, welche häufig in der individuellen Religiosität und der Schwärmerei verwurzelt ist.⁵⁴ Bernt befasst sich nachfolgend mit konkreten Formen und Mitteln der Selbsttötung im Zusammenhang mit der Profession oder der Tätigkeit des/der Betreffenden, und natürlich auch im Zusammenhang mit Spuren, die für den Pathologen von Belang sind.⁵⁵

In diesem Zusammenhang ist die Anmerkung von Interesse, welche direkt von Osiander übernommen wurde, dass die Wahl des freiwilligen Todes häufig dem Körpergebrechen entspricht, unter welchem der Unglücksmensch leidet: Ertränkung wählen angeblich Personen, welche an Hypochondrie, Hysterie oder chronische Darmentzündung leiden, zugunsten des Aufhängens oder der Halsabschneidung entscheiden sich dann die Personen, welche die „Vollblütigkeit“ quält; den Flammentod ersehnen die heranreifenden Buben, Mädchen und die Personen mit geminderter Intelligenz, die Cretinen, welche Gefallen an Licht, Feuer und Bränden finden. Falls zudem der Mensch von seinem Selbsterhaltungstrieb nicht abgehalten wird, bzw. von der Liebe zum Leben, kann es dazu kommen, dass andere Neigungen (*dispositio*) überwiegen, wie z.B. eben der Selbstmordtrieb. Und wenn sich dann alle diese ursächlichen Momente zudem mit einer gewissen Form der *Geisteszerrüttung* verbinden, werden sie zur Grundlage, bzw. zur *nächsten Ursache* der Selbsttötung.

Bei den Ursachen des Selbstmordes unterscheidet Bernt *moralische* Ursachen, deren Ermittlung dem Richter zusteht, welcher die Stufe der moralischen „Verderbnis“ zu erkennen im Stande ist; auch der Arzt sollte sie berücksichtigen. Ferner gibt es hier aber auch physische Ursachen, deren Ermittlung nur dem Naturkündigen zusteht.⁵⁶

Zu den moralischen (seelischen) Ursachen zählt Bernt alle Leidenschaften und *Gemüthsbewegungen*, wie (in der gegebenen Reihenfolge): unglückliche Liebe, Eifersucht, Zorn, Ehrgeiz, Ruhmdrang, Schwärmerei, Unzufriedenheit mit eigenem Schicksal, Angst vor Strafe oder künftigem Elend, schwere Arbeit, ferner das Leben in Sünde (also Onanie, Völlerei, Trunksucht, Verschwendungssucht). Ferner erwähnt Bernt „Erwachung aus der Berauschung durch das Verbrechen“, Übersättigung durch verschie-

54 BERNT: Systematisches Handbuch der gerichtlichen Arzneikunde, zum Gebrauche für Aerzte, Wundärzte, Rechtsgelehrte und zum Leitfadent bey öffentlichen Vorlesungen; (I. vyd. Prag 1813), hier Ausgabe 1834, s. 342, § 875.

55 BERNT: Systematisches Handbuch (1813), hier Ausgabe 1833, S. 342, § 874 und ferner § 881–890 (S. 344–347).

56 BERNT: Systematisches Handbuch (1813), hier Ausgabe 1833, S. 348, § 892.

dene vergängliche Wollüste, und schließlich die Zweifel an möglicher moralischer Besserung.⁵⁷

Für uns sind aber vor allem die physischen Ursachen von Belang, denn eben diese werden für die Chirurgen und weitere Gesundheitshelfer relevant sein, welche die (Gerichts)Obduktionen ausüben. Die pathologischen Erscheinungen, welche eine Form der *Geistesverwirrung* verursachen können, die im Extremfall zum Selbstmord führen, sind nach Bernt lokalisierbar: die Gestalt oder die „Dichte“ des Schädels, Auswüchse auf der Schädelbasis, die „Wassersucht“ oder die Hirnhautentzündung, gegebenenfalls jede Störung oder Beeinträchtigung des Hirngewebes – Entzündungen, Geschwulste, Strukturänderungen. Bernt zufolge hat dies alles einen unbestreitbaren Einfluss auf die „Zurechnungsfähigkeit“ des Verstorbenen. Aber auch die sonstigen Körperteile bleiben nicht ohne Einfluss auf die psychische Gesundheit: pathologische Änderungen in den Atemwegen sowie in dem Verdauungsapparat, oder gegebenenfalls beliebiger langdauernde Schmerz können den Zustand der Unzurechnungsfähigkeit herbeiführen und den Selbstmordtrieb aktivieren.⁵⁸ Keine Abweichung vom Durchschnitt, Abnormität – *sei es zu groß oder zu klein* – ist in der Tat „symptomlos“ oder „unschuldig“.⁵⁹

Es scheint, dass die minuziöse Aufzählung aller eventuellen physischen Änderungen, welche nach Josef Bernt der Arzt oder der Chirurg bei der Öffnung des Körpers des Selbstgetöteten verfolgen sollte, beinahe keinen Raum dafür übrig lässt, dass der Selbstmörder „aus freiem Willen“ gehandelt hat. Jedes wichtige Organ, jede pathologische Änderung, jeder Schmerz schwächte den Willen der betreffenden Einzelperson ab, zweifelte die volle Nutzung der Vernunft an und beeinträchtigte die Nutzung des Lebenssensorsiums und des Lebenserhaltungstriebes.

Auf jeden Fall geht die genannte Faszination durch die „Lesbarkeit“ des Körpers und auch der Seele vermittelt der Körperläsionen, auch aus den pflichtgemäßen ärztlichen Berichten und Obduktionsprotokollen hervor, welche in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts zum festen Bestandteil des Ermittlungsberichtes in der Mordbeschuldigung geworden sind. Nach der Erwähnung allgemeiner körperlicher Charakteristik des Verstorbenen und Konstatierung der unmittelbaren Todesursache tritt der von dem Kreisamt beauftragte Chirurg zur Öffnung des Leibes der Selbstgetöteten, wobei er völlig nach den Vorschriften von Bernt vorgeht: er öffnet sukzessiv den Kopf, danach die Brust- und schließlich die Bauchhöhle.

Die Autorität der chirurgischen Expertise wächst weiterhin zu Anfang der 20er und insbesondere der 30er Jahre. Z. B. in der Verordnung des Guberniums / der obersten Landesstelle in Prag von 1821 wird explizit gesagt, dass in die Polizei-Berichte die Berichte der Ärzte eingetragen, bzw. *in extenso* aufgezeichnet werden sollten, also vor allem die Obduktionsprotokolle und auch die Schlussfolgerungen über die vorausgesetzten Todesursachen. Der Einfluss der ärztlichen Beweisführung und Argumente stärkte auch

57 BERNT: Systematisches Handbuch (1813), hier Ausgabe 1833, S. 349, § 893.

58 Von den Selbstmördern – aus Bernt: Vgl. insb. BERNT: insb. S. 358 ff.

59 Zu Bernt und dem Selbstmord siehe auch LIEPOLDOVÁ, Tereza: Vztah lokálních elit a lidových vrstev k tělům sebevrahů v době sekularizace společnosti (16.–19. století), bakalářská práce, Ústav českých dějin FF UK Praha, 2014, 60 stran + příl., hier insb. S. 27–40.

das Dekret von 1830, welches den Chirurgen als denjenigen nennt, welcher über die Selbstmordursache und in der Tat also auch über die Bestattungsart entscheidet, wie wir auch in dem einleitenden Beispiel gesehen haben.

Fazit

In dieser Studie wurde der Versuch unternommen, anhand von ausgewählten Autoren und ihrer Werke vor allem auf manche Interpretationsneuigkeiten aufmerksam zu machen, welche die aufklärerische Medizin in den „Selbstmorddiskurs“ als spezifisches Wissenssystem hineingetragen hat, und welche am meisten die Art und Weise beeinflusst haben, wie der Selbstmord an der Wende des 18. zum 19. Jahrhundert wahrgenommen wurde. Uns interessierte vor allem die neue medizinische Argumentationsstrategie, oder mit Foucault gesagt, der neue „Wahrheitsdiskurs“, welcher der Medizin den gedachten intellektuellen wie auch moralischen „Sieg“ gegenüber anderen Wissenssystemen sichergestellt hat – vor allem also gegenüber dem (traditionellen) Rechtsdenken und der Theologie.

Es ging vor allem um folgende drei Grundelemente:

1. Die Interpretation der Selbsttötung als Ergebnis der Einwirkung des (in der Tat organisch eingewurzelten) „Selbstmordtriebes“ oder der „Neigung“, also als Folge eines pathologischen Zustandes, trug zur Verallgemeinerung der Pathologisierung des Selbstmordes und seiner Assoziierung mit der Unzurechnungsfähigkeit bei. Mit anderen Worten gesagt – aus der Sicht der Mehrheit der (spät)aufklärerischen Ärzte gibt es keinen „vernünftigen“, „rationellen“ Selbstmord, welcher mit der Vernunft und dem freien Willen begangen wurde, was eine nötige Voraussetzung seines Regresses als Verbrechens oder des Polizeideliktes war.

2. Die Suche nach empirischer Verankerung dieser Neigung im Körper selbst beruhete zunächst vor allem auf den Postulaten der hippokratischen Medizin („epigastrische Metapher“ und Konzentrierung auf den Bereich des Unterleibes?), dies verhalf aber auch der Entfaltung des Studiums des neurozerebralen Systems und seiner Funktionen. Der vulgäre Materialismus mancher anatomischen Pathologen wirkt zwar naiv und als vereinfachend betrachteten ihn auch die Zeitgenossen („Alienisten“ aus der Schule Pinels), doch bot er den Ärzten wichtige strategische Waffen für den „Kampf“ mit den traditionellen theologischen und Rechtskonzepten des Selbstmordes als der bewussten Sünde und des Verbrechens.

3. Im letzten, dritten Abschnitt, war ich bemüht darauf hinzuweisen, dass dieses medizinische Bild und der Diskurs zunächst vor allem vermittels der Gerichtsmedizin und ihrer „Praktiker in die Praxis“ kam (in die Hände eines qualifizierten „Alienisten“ gelangten in der psychiatrischen Anstalt zunächst eher Ausnahmen). Einen neuen Experten für die finsternen Winkel des Geistes stellte zunächst vor allem der Chirurg dar, dessen wahrlich empirischen Erkenntnisse die Aussagen der Zeugen und die Erkenntnisse der ermittelnden Ämter ergänzen können. So konnten der Chirurg oder Sanitäter auch unmittelbar mit den Exponenten der weltlichen/Gerichts- und der kirchlichen (Pfarrer)

Macht konfrontiert werden, und drang also auch in das nicht medizinische, laikale Milieu ein und allmählich eignete sich ihn.

Dort, wo man bislang nur den Vermutungen der Theologen, Juristen und Philosophen begegnete, trat nun die empirische „Herrschaft“ der Fakten und rationale Begründungen der Ärzte. Obwohl es manchmal um „wissenschaftliche“ Konzepte oder naive, mitunter sogar irreführende Vorstellungen ging, welche mit vielen etablierten Topoi operierten, kann ihnen der unzweifelhafte Verdienst daran kaum abgestritten werden, dass der Selbstmord nicht mehr automatisch mit dem Kriminalverbrechen und vor allem mit der schweren Sünde assoziiert wurde. Zugleich ist aber für die „Alienistik“ – die künftige Psychiatrie – der Selbstmord zu einem der Hauptthemen geworden, an denen sich diese neue Wissenschaft gestaltet hat.

Übersetzt von Jiří Knap

Quellen

Státní oblastní archiv Olomouc, Velkostatek Potštát [Staatsbezirksarchiv Olmütz, Großgrundbesitz Potštát], Kartonnummer 61, Inv.-Nr. 996, Sign. Pub. 324

Gedruckte Quellen

- ANCEAUME, E. H. (1818): De la mélancolie, Esquisse historique de la mélancolie.
- AUENBRÜGGER, Leopold (1783): Von der stillen Wuth oder dem Triebe zum Selbstmorde als einer wirklichen Krankheit, mit Original-Beobachtungen und Anmerkungen, Dessau.
- Bulletin des sciences médicales. Publié au nom de la Société médicale d'émulation de Paris... (1807–1811) (I–VIII) – 1807, S. 198 f.
- BERNT, Josef (1834): Systematisches Handbuch der gerichtlichen Arzneikunde, zum GEbrauche für Aerzte, Wundärzte, Rechtsgelehrte und zum Leitfaden bei öffentlichen Vorlesungen, 4. erweiterte Ausgabe, Wien (1. Ausgabe 1813).
- DE BOISMONT, Alexandre Brierre (1856): Du suicide et de la folie suicide, Paris.
- CHEVREY Jean (1766) Essai médical sur le suicide, considéré, dans tous les cas, comme le résultat d'une aliénation mentale, thèse présentée e soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 9 juillet 1816, pour obtenir le grade de Docteur en médecine.
- Commentaires des Aphorismes de Médecine d'Hermann Boerhave (sic), sur la connoissance et la cure des maladies, par M. Vans-Wieten (sic), traduit en français par Monklet, docteur en Médecine de l'Université de Montpellier, gradué en la faculté de Paris, Avignon, T. II.
- DIEZ, C. A. (1838): Der Selbstmord, seine Ursachen und Arten vom Standpunkte der Psychologie und Erfahrung.
- ELVERT, Emanuel Gottlieb (1794): Ueber den Selbstmord in Bezug auf gerichtliche Arzneikunde, Tübingen.
- ESQUIROL, Etienne (1805): Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale (thèse soutenue à l'Ecole de médecine de Paris, le 2 Nivôse an XIV, réimpression Paris, librairie des Deux mondes, 1980, préface de Gladys Swain et Marcel Gauchet.

- ESQUIROL, Etienne, V (1818-1822): „Suicide“, in Dictionnaire des Sciences médicales, par une société des médecins et chirurgiens, Paris 1818–1822, Bd. 53, S. 282.
- FALRET, Jean-Pierre (1822): De l'Hypochondrie et du suicide, considérés sur les causes, sur le siège et le traitement de ces maladies, sur les moyens d'en arrêter les progrès,... Paris.
- FODÉREÉ, François-Etienne (1813): Traité de médecine légale et d'hygiène publique, ou de police de santé, adapté aux codes de l'Empire Français et aux connaissances actuelles, Paris.
- FRANK, Johann Peter (1788): System einer vollständigen medicinischen Polizey 4, Mannheim, S. 493–509.
- GALL, Franz Josef – SPURZHEIM (1811–1819): Johann Caspar, Anatomie et physiologie du système nerveux en général, et du cerveau en particulier, Paris.
- GALL Franz Josef J. – SPURZHEIM, Johann Caspar (1811): Des dispositions innées de l'âme et de l'esprit: du matérialisme, du fatalisme et de la liberté morale, avec des réflexions sur l'éducation et sur la législation criminelle, Paris.
- KNÜPPELN, Dr. (1790): Ueber den Selbstmord. Ein Buch für die Menschheit, Gera.
- Instruction für die öffentlich angestellten Aerzte und Wundärzte in den k. k. österreichischen Staaten, wie sich bey gerichtlichen Leichenschauen zu benehmen haben. (1814) Wien, aus der k. k. Hof – und Staats – Druckerey.
- MÜLLER, J. V. (1796): Der Selbstmord, nach seinem medicinischen und moralischen Ursachen betrachtet, Frankfurt.
- OSIANDER, Friedrich Benjamin (1813): Über den Selbstmord, seine Ursachen, Arten, medicinisch-gerichtliche Untersuchung und die Mittel gegen denselben. Hannover, bei den Brüdern Hahn.
- PINEL, Philippe (1791): „Observations sur une espèce particulière de mélancolie qui conduit au suicide“. In: La Médecine éclairée par les sciences physiques, t. I, (éd. Fourcroy) et section IV du Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie, Paris, an IX (repris des „Observations sur les alénés et leur division en espèces distinctes“, in, Mémoires de la Société médicale d'émulation, Paris, an VIII, vol. III).
- SPURZHEIM, Johann Caspar (1818): Observations sur la folie, Paris.

Literatur

- BAUMANN, Ursula (2001): Vom Recht auf den eigenen Tod. Die ie Geschichte des Suizids vom 18. bis zum 20. Jahrhundert, Kapitel Jenseits von Gut und Böse: Zur Entmoralisierung des Suizids. S. 180–185.
- FOUCAULT, Michel (1994): Naissance de la médecine sociale, Dits et écrits III, 1976–1979, Gallimard Paris Nr. 196, S. 208.
- FOUCAULT, Michel (1796): Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine? (Oktober 1974, publiziert im Januar 1976, Dits et écrits III, S. 40–57).
- GAUCHET, Marcel – SWAIN, Gladys (1980): La pratique de l'esprit humain. L'Institution asilaire et la révolution démocratique, Paris.
- GAUCHET, Marcel – SWAIN, Gladys (1994): Dialogue avec l'insensé, Paris.
- GREVE, Ylva (2004): Verbrechen und Krankheit. Die Entdeckung der „Criminalpsychologie“ im 19. Jahrhundert, Böhlau Verlag, Köln.
- JORDANOVA, Ludmilla, The Social Construction of Medical Knowledge, in: Society for the social history of medicine, 1995, S. 361–381.
- KLIBANSKY, Raymond – PANOFKY, Erwin (1989): Saturne et la Mélancolie, trad. Paris.

- LANTÉRI-LAURA, Georges (1999): Le psychisme et le cerveau. In *Histoire de la pensée médicale* 3. Du romantisme à la science moderne, Mirko D. Grmek (ed.), Seuil, Paris, S. 97–114.
- LIEBERMAN, Lisa J. (1987): *Une Maladie Epidémique: Suicide and its Implications in 19th Century France*, Yale University.
- LIEPOLDOVÁ, Tereza (2014): *Vztah lokálních elit a lidových vrstev k tělům sebevrahů v době sekularizace společnosti (16.–19. století)*, Bachelorarbeit, Ústav českých dějin FFUK Praha, 60 Seiten + Beilage.
- LIND, Vera (1999): *Selbstmord in der Frühen Neuzeit. Diskurs, Lebenswelt und kultureller Wandel am Beispiel der Herzogtümer Schleswig und Holstein*. Göttingen.
- NEUMEYER, Harald (2009): *Anomalien, Autonomien und das Unbewusste: Selbstmord in Wissenschaft und Literatur von 1700 bis 1800*, Göttingen.
- RAMSEY, Matthew (1988): *Professional and Popular Medicine in France, 1770–1830; The social world of medical practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- STAROBINSKI, Jean (1960): *Histoire du traitement de la mélancolie des origines à 1900*, Bâle.
- TINKOVÁ, Daniela (2013): *La question du suicide*. In: *Péché, crime, folie au temps du désenchantement du Monde*, Presses Académiques Francophones, Strasbourg.
- TINKOVÁ, Daniela (2004): *Otázka sebevraždy*. In *Hřích, zločin, šílenství v čase odkouzlování světa*, Argo, Praha, S. 232–309, 282–290.
-

Doc. Daniela Tinková, PhD. / daniela.tinkova@ff.cuni.cz

Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Ústav českých dějin,
Nám. Jana Palacha 2, 116 38 Praha 1, CZ

