

■ JENS GRÜNDLER

## Pathologisierungskonflikte

### Britische Experten, Verwaltungspraktiker und Laien in der Auseinandersetzung um *mentally defective*

39

Die Zahl der »Wahnsinnigen« in psychiatrischen Anstalten stieg in Großbritannien im 19. Jahrhundert deutlich an. Es entstanden immer neue Anstalten und existierende wurden weiter ausgebaut, da mehr und mehr Männer und Frauen mit psychiatrischen Diagnosen eingewiesen wurden.<sup>1</sup> Besonders stark wuchs die Zahl der »armen Irren«, also derjenigen, deren Unterbringung von der Fürsorge finanziert werden musste. Dieses Wachstum führte in den Armenverwaltungen schon früh zu kontroversen Diskussionen über die Ursachen des Anstiegs. Von medizinischer und administrativer Seite wurden u. a. die sich beschleunigende Industrialisierung und Urbanisierung, die Vererbung von Geisteskrankheiten und der verstärkte Unwille von Angehörigen, psychisch Erkrankte und geistig Behinderte in den Familien zu pflegen, dafür verantwortlich gemacht. Um die Wende zum 20. Jahrhundert führten dieser Anstieg und Krisenwahrnehmungen über den Zustand junger Rekruten sowie das übermäßige Anwachsen der sozial schwachen Teile der Bevölkerung zudem zu zahlreichen Diskussionen über die »Degenerierung« der »britischen Rasse«. Als eine Maßnahme zur Lösung dieser Krisen wurde die Ausdehnung der britischen *lunacy laws* auf weitere Personengruppen, die auch gegen ihren Willen und den ihrer Angehörigen behandelt werden sollten, erwogen. Diese Diskussionen waren in den Medien und bei gesellschaftlich relevanten Akteuren sehr präsent.

Wie weit aber reichten die Auseinandersetzungen? Welche Positionen nahmen einzelne Akteure ein und wie wirkten sich medizinische Konzepte und gesetzliche Regelungen in den lokalen Praktiken aus? Ein zentraler Ort der Auseinandersetzungen um die Gesetze für *mental defectives* war die Royal Commission on the Care and Control of the Feeble-Minded, die 1904 eingerichtet wurde.<sup>2</sup> Anhand der dortigen Auseinandersetzungen um die Definition

- 1 Vgl. Andrew Scull, *Social Order/Mental Disorder. Anglo-American Psychiatry in Historical Perspective*, Berkeley 1989, S. 240–249; ders., *The Most Solitary of Afflictions. Madness and Society in Britain, 1700–1900*, London 1993; Matt Egan, *The ›Manufacture‹ of Mental Defectives. Why the Number of Mental Defectives Increased in Scotland 1857–1939*, in: Pamela Dale/Joseph Melling (Hg.), *Mental Illness and Learning Disability since 1850. Finding a Place for Mental Disorder in the United Kingdom*, London/New York 2006, S. 131–154; Jens Gründler, *Armut und Wahnsinn. ›Arme Irre‹ und ihre Familien im Spannungsfeld von Psychiatrie und Armenfürsorge in Glasgow, 1875–1921*, München 2013.
- 2 Vgl. u. a. Mathew Thomson, *Sterilization, Segregation and Community Care. Ideology and Solutions to the Problem of Mental Deficiency in Inter-War Britain*, in: *History of Psychiatry* 3 (1992), S. 473–498; ders., *The Problem of Mental Deficiency. Eugenics, Democracy, and Social Policy in Britain c. 1870–1959*, Oxford/New York 1998; Mark Jackson, *The Borderland of Imbecility: Medicine, Society, and the Fabrication of the Feeble Mind in Late Victorian and Edwardian England*, Manchester/New York 2000; Jonathan Andrews/Anne Digby (Hg.), *Sex and Seclusion, Class and Custody. Perspectives on Gender and Class in the History of British and Irish Psychiatry*,

und den richtigen Umgang mit den *feeble-minded* gehe ich zum einen der Frage nach, welche Pathologisierungen abweichenden Verhaltens in den (Armen-)Verwaltungen verbreitet waren und welche Ziele mit den Argumentationen verfolgt wurden. Die Analyse des Umgangs mit den betroffenen Kranken vor und nach Inkrafttreten der Gesetze unter Rückgriff auf ein lokales Beispiel ermöglicht zum anderen, die sozialen Auswirkungen der Expertendiskurse zu prüfen und Reaktionen der betroffenen Familien in den Blick zu nehmen.<sup>3</sup> Anhand der Reaktionen der Laien lässt sich somit die gesellschaftliche Reichweite und Akzeptanz dieser Bewertungen abweichenden Verhaltens als krankhaft abschätzen.

Im ersten Teil des Beitrags arbeite ich verschiedene Positionen der vor der Royal Commission befragten Experten heraus.<sup>4</sup> Deren Mehrheit forderte eine Ausweitung psychiatrischer Krankheitszuschreibungen gerade auch für moralisch und sittlich deviante Personen. Mit der Ausweitung verknüpften diese Experten Forderungen nach massiven Eingriffsmöglichkeiten in individuelle Biografien und nach eugenischen Zwangsbehandlungen und -unterbringungen.<sup>5</sup> Sie waren damit Teil eines globalen Netzes von Eugenikern, die in weiten Teilen (Nordwest-)Europas und Nordamerikas Einfluss auf Gesetze und Praktiken der Bevölkerungspolitik nahmen. Andere Experten widersprachen vor der Kommission den vereinfachenden Annahmen, dass nicht als normal definierte Verhaltensweisen krankhaft seien.

Im zweiten Teil analysiere ich die Einweisungspraktiken zwischen dem Ende des 19. Jahrhunderts und den 1920er Jahren anhand von Patientinnen und Patienten einer Glasgower Anstalt. Meine Untersuchung des Umgangs mit diesen Personen, die vor Verabschiedung des *Mental Deficiency and Lunacy (Scotland) Act* als *mental defectives* in psychiatrische Anstalten verlegt wurden, erlaubt Einsichten in Praktiken, die noch außerhalb des legalen Rahmens stattfanden. Im dritten Teil des Beitrags zeige ich auf, wie Pathologisierungen sich in ihrem Wechselspiel zwischen medizinischen Experten, praktischen Ärzten, Verwaltungen und den betroffenen Menschen veränderten und wie die potenziellen *mental defectives* oder ihre Angehörigen mit den an sie herangetragenen Zuschreibungen umgingen und diese für sich produktiv nutzten. An diesem Pathologisieren im gesellschaftlichen Alltag zeige ich erstens,

Amsterdam/New York 2004; Anne Digby/David Wright (Hg.), *From Idiocy to Mental Deficiency. Historical Perspectives on People with Learning Disabilities*, London/New York 1996; Hannah Augstein, *JC Prichard's Concept of Moral Insanity – a Medical Theory of Corruption of Human Nature*, in: *Medical History* 40 (1996) 3, S. 311–343; Jens Gründler, ›Degeneracy‹ and ›Moral Imbecility‹: Local Implementations of Medical Discourses on Deviancy in Scottish Poor Relief Administration, in: Beate Althammer/Andreas Gestrich/Jens Gründler (Hg.), *The Welfare State and the ›Deviant Poor‹ in Europe 1870–1933*, Basingstoke 2014, S. 175–190.

- 3 Vgl. u. a. Pamela Dale, *Implementing the 1913 Mental Deficiency Act. Competing Priorities and Resource Constraint Evident in the South West of England before 1948*, in: *Social History of Medicine* 16 (2003) 3, S. 403–418; dies., *Tension in the Voluntary-Statutory Alliance. ›Lay Professionals‹ and the Planning and Delivery of Mental Deficiency Services, 1917–45*, in: Dale/Melling, *Mental Illness*, S. 154–178; Edmund Ramsden, *Confronting the Stigma of Eugenics: Genetics, Demography and the Problems of Population*, in: *Social Studies of Science* 39 (2009) 6, S. 853–884.
- 4 Für diesen Aufsatz verwende ich bei Ärzten, Verwaltungsmitarbeitern sowie den medizinischen und anderen Sachverständigen, die vor der Kommission aussagten, nur die männliche Form. Zwar berichteten auch Expertinnen, deren Zahl war aber sehr gering. Aus Schottland war nur eine Expertin vorgeladen.
- 5 In den USA waren schon vor 1900 Gesetzesinitiativen zu eugenischen Maßnahmen vorbereitet worden, aber gescheitert. Das erste Gesetz zu Zwangssterilisationen wurde 1907, also noch während die Kommission tagte, in Indiana erlassen.

wie Laien medizinische Diskurse und administrative Krankheitszuschreibungen umformten, für sich in ihre Lebenswelt übersetzten und nutzbar machten. Zudem wird zweitens deutlich, wie Handlungsmacht zwischen Laien und Behörden in den Aushandlungsprozessen um Einweisung und Behandlung verteilt war.

Für den Beitrag sind zwei Quellenbestände von zentraler Bedeutung. Einerseits werden die Berichte und Zeugenaussagen vor der Royal Commission und die daraus resultierenden Gesetze und Verwaltungspraktiken untersucht. Andererseits werden Berichte, Memoranden sowie Kranken- und Armenakten aus der Glasgower Verwaltung genutzt, um die Praktiken des Pathologisierens im Kontext von Armenfürsorge und *mental defectiveness* an einem lokalen Fallbeispiel, auch aus der Perspektive der Betroffenen, nachzuvollziehen.<sup>6</sup>

Die Versuche der Experten, weitere Verhaltensweisen als deviant zu pathologisieren, so viel lässt sich bereits zu Beginn festhalten, blieben relativ folgenlos und in der Praxis auf wenige Menschen beschränkt. Die Verschärfung der Gesetze und die »Reinigung« der Gesellschaft von »schädlichen Elementen« gingen aufgrund fiskalischer Zwänge über ordnungspolitische Entwürfe kaum hinaus. In der Praxis stand zudem die demokratische Verfassung einer Durchsetzung weitreichender Maßnahmen entgegen. Das bedeutet im Umkehrschluss aber nicht, dass die Pathologisierungen nicht wirkmächtig werden konnten, wie der Beitrag an der sich ausweitenden Erfassung und Behandlung von als defizitär wahrgenommenen Schulkindern in den 1910er und 1920er Jahren überblicksartig aufzeigt.

Die von Mediziner\*innen konzipierten Pathologisierungen waren praktisch wenig wirksam. In der Gesellschaft der Laien, in den Familien von Betroffenen, war ein umgangssprachlich verankertes Wissen über krankhaftes Verhalten vorhanden, welches von den Expertendiskursen nur wenig beeinflusst scheint. Das Laien-Wissen wurde im Alltag in Handlungen umgesetzt – allerdings in Handlungen, die weniger medizinische Definitionen und Ratschläge als vielmehr alltagspraktische Notwendigkeiten berücksichtigten. Die Pathologisierung des Sozialen funktionierte also nicht einfach von oben nach unten, sondern im Wechselspiel von Betroffenen und Laien, Medizin und Verwaltungen. Häufig scheint in den Akten durch, dass Ärzte und Medizin gesellschaftlich vorhandene Zuschreibungen von als krank und unnormal markiertem Verhalten aufgriffen und ihre wissenschaftlichen Konzepte auf diesen aufsetzten.

## Die Royal Commission und Glasgow

Zwischen 1904 und 1908 hörte die Royal Commission an 68 Tagen insgesamt 248 Wissenschaftler, Pädagogen, Mediziner, Praktiker der Armenverwaltung sowie Mitarbeiter zivilgesellschaftlicher Verbände und Vereine. Aus diesen Befragungen entstand eine mehrbändige Dokumentation, die einen Abschlussbericht enthielt, in dem eine detaillierte Gesetzesinitiative eingefordert wurde. Nach langwierigen Debatten über sozialpolitische Vorstellungen einer (mental) gesunden Gesellschaft und die Rechte von Individuen,<sup>7</sup> z. B. auf Unversehrtheit

6 Diese Aktenbestände liegen im National Health Service Greater Glasgow Health Board Archive (NHSGGCA) und im Glasgow City Archive (GCA), die in der Mitchell Library in Glasgow benutzt werden können. In den Beständen finden sich auch Briefe und andere Ego-Dokumente, die einen Einblick »von unten« gewähren. An anderer Stelle habe ich damit bereits gearbeitet. Vgl. Gründer, Armut und Wahnsinn.

7 Starke Kritik äußerte z. B. der radikal-liberale Josiah Wedgwood. Vgl. Matt Egan, *The »Manufacture« of Mental Defectives in Late Nineteenth and Early Twentieth Century Scotland*, Diss., Universität Glasgow 2001, S. 107.

der Person, wurden für England und Wales sowie Schottland je eigene Gesetze verabschiedet, deren praktische Umsetzung jedoch nicht zuletzt durch den Ausbruch des Ersten Weltkriegs stark eingeschränkt wurde. 1913 trat der *Mental Deficiency Act* in England und Wales, im gleichen Jahr mit leichten Änderungen in Schottland in Kraft.<sup>8</sup> Der Großteil der Experten vor der Kommission stammte aus England, aber auch irische und schottische Verwaltungsmitarbeiter und Mediziner mussten Berichte vorlegen. Alle wurden von den Kommissionsmitgliedern ausführlich befragt. Die schottischen Berichtersteller, die in diesem Aufsatz im Fokus stehen, sind als repräsentative Gruppe für die Gesamtheit ausgewählt worden, weil sie kondensiert das Spektrum der Meinungen aller Experten abbilden und weil das Fallbeispiel im zweiten Teil des Beitrags aus Glasgow stammt, der wichtigsten Industriemetropole und größten Stadt Schottlands. In Glasgow lebten große Bevölkerungsteile in Armut, und die Zahl der Anstaltspatientinnen und -patienten stieg hier in besonderem Maße.<sup>9</sup> Glasgow ist zudem ein geeigneter Untersuchungsraum, weil hier die städtischen Armenverwaltungen bereits früh die Entstehung von Geisteskrankheiten diskutierten und dabei den Einfluss der Vererbung hervorhoben.<sup>10</sup> Und nicht zuletzt konzentrierte sich die Royal Commission bei ihrer Untersuchung der *mental defectives* auf Glasgow, weil dort Sonderklassen in Schulen eingerichtet sowie ein psychiatrischer Experte vom lokalen School Board für die Untersuchung von als auffällig gemeldeten Kindern eingestellt worden waren.<sup>11</sup>

Ein großer Teil der schottischen Experten stammte folgerichtig aus Glasgow, arbeitete dort schon vor der Verabschiedung des Gesetzes in der Verwaltung und war danach in die praktische Umsetzung eingebunden. Sie waren diejenigen, die das schottische Gesetz nachhaltig beeinflussten und darauf achteten, dass von ihnen eingerichtete, institutionelle Rahmenbedingungen nahezu eins zu eins übernommen wurden.<sup>12</sup>

## Aushandlungsprozesse

Zu dem Zeitpunkt, als die Kommission zusammentrat, war Eugenik ein kontroverses Thema. Die Idee, dass nicht nur zwischen Rassen Hierarchien bestanden, sondern auch innerhalb derselben, war spätestens seit der Veröffentlichung von Galtons *Hereditary Genius* fester Be-

- 8 England/Wales und Schottland hatten jeweils eigene Gesetze für Armenfürsorge und Wahnsinnige sowie für *mental defectives*. In den institutionellen Arrangements, bei den zentralen Kontrollorganen und der regionalen und lokalen Verwaltung kamen in den Gesetzen deutlich unterschiedliche Traditionen der Fürsorge zum Tragen, auch wenn Vieles ähnlich oder sogar deckungsgleich war. Vgl. hier *Mental Deficiency Act, 1913* (3 & 4 Geo. V. c. 28) und *Mental Deficiency and Lunacy (Scotland) Act, 1913* (3 & 4 Geo. V. c. 38), London 1914.
- 9 Zur sozialen Situation in Schottland sind immer noch grundlegend: Ian Levitt, *Poverty and Welfare in Scotland 1890–1948*, Edinburgh 1989; ders., *Government and Social Conditions in Scotland 1845–1919*, Edinburgh 1988.
- 10 James R. Motion/James Blair, *Increase of Lunacy and Accommodation in Woodilee Asylum. Reports by the Acting Inspector of Poor and Medical Superintendent*, GCA, GC-362.21 0941435, Vol. 1.
- 11 Vgl. Egan, *Manufacture*, S. 138. Vgl. zur Diskussion in Schottland Neil Anderson/Arturo Langa, *The Development of Institutional Care for »Idiots and Imbeciles« in Scotland*, in: *History of Psychiatry* 8 (1997), S. 243–266; Egan, *Manufacture* (Diss.).
- 12 Ein auffälliger Unterschied zwischen England und Schottland war die Auslassung eines Paragraphen in der schottischen Version, in dem der sexuelle Missbrauch von weiblichen *mental defectives* ausdrücklich unter Strafe gestellt wurde. Eine Erklärung, warum in der schottischen Version auf diesen Passus verzichtet wurde, findet sich in den Quellen nicht. Vgl. *Mental Deficiency Act, 1913* (3 & 4 Geo. V. c. 28), S. 31f.; Egan, *Manufacture*, S. 85–110.

standteil der wissenschaftlichen und politischen Auseinandersetzungen.<sup>13</sup> Zahlreiche sozialwissenschaftliche und medizinische Forschungsarbeiten, wie Richard Dugdales genealogische Erforschung der Familie Juke in den USA während der 1870er Jahre<sup>14</sup> oder Cesare Lombrosos kriminalanthropologische Studien,<sup>15</sup> hatten maßgeblichen Einfluss auf eugenische Konzepte und Praktiken. Diese Ideen setzten sich im weiteren Verlauf des Jahrhunderts in zahlreichen Armenverwaltungen, den medizinischen Wissenschaften und in vielen philanthropischen Zirkeln fest.<sup>16</sup>

Bereits in den 1880er Jahren diskutierte die Verwaltung der Glasgower Armengemeinde Barony über die steigende Zahl der geisteskranken Anstaltsinsassen. Der Armeninspektor und ein Anstaltsleiter führten den Anstieg maßgeblich auf die Vererbbarkeit von Wahnsinn zurück.<sup>17</sup> Derartige Wahrnehmungen waren in Schottland, wie im übrigen Vereinigten Königreich, allerdings umstritten. Noch zu Beginn der 1890er Jahre, als in den Diskussionen um die Eugenik immer stärker soziale Randgruppen und Teile der armen Bevölkerung in den Fokus rückten, widersprachen zahlreiche Mediziner und Experten der Idee der Vererbung psychischer Krankheiten und geistiger Behinderungen. In einem 1895 veröffentlichten Bericht der Commissioners in Lunacy for Scotland warnte John Sibbald, der über mehr als 50 Jahre Erfahrung im Irrenwesen verfügte, vor einer Überbewertung der Vererbbarkeit.<sup>18</sup> Vielmehr wies er darauf hin, dass sich durch gesellschaftliche Entwicklungen in den urbanen Zentren und die Industrialisierung die Möglichkeit verringert habe, für Angehörige innerhalb der Familien zu sorgen. Das Resultat erkenne man an den steigenden Einweisungszahlen, besonders von nicht-therapierbaren und harmlosen Kranken, die früher nicht eingewiesen worden waren.<sup>19</sup>

Der Dissens über pathologisierende Zuschreibungen trat auch in den Aussagen vor der Kommission deutlich zu Tage. Dabei tat sich vor allem Armeninspektor James Motion<sup>20</sup>

- 13 Francis Galton, *Hereditary Genius. An Inquiry into its Laws and Consequences*, London 1869; ders., *Inquiries into Human Faculty and its Development*, London 1883.
- 14 Richard L. Dugdale, *The Jukes. A Study in Crime, Pauperism, Disease and Heredity*, New York 1877. Dugdale hatte versucht, einen Stammbaum der Familie Juke zu erstellen, und hatte dabei u. a. auf Akten aus der Armenfürsorge, von Gerichten, Anstalten und Gefängnissen zurückgegriffen. Obwohl der Autor die Bedeutung von Umweltfaktoren unterstrich, galt die Untersuchung als ein zentraler Beleg für die Vererbbarkeit von Armut, Verbrechen und Krankheit.
- 15 Cesare Lombroso, *Der Verbrecher (Homo delinquens) in anthropologischer, ärztlicher und juristischer Beziehung*, Hamburg 1894.
- 16 Edward J. Larson, *The Rhetoric of Eugenics. Expert Authority and the Mental Deficiency Bill*, in: *British Journal for the History of Science* 24 (1991) 1, S. 45–60.
- 17 Vgl. Motion/Blair, *Increase of Lunacy*.
- 18 John Sibbald, *Memorandum for the General Board of Lunacy for Scotland, On the Increase of the Insane on the Register of the General Board of Lunacy for Scotland, with Special Reference to the Allegation that it Indicates an Increased Prevalence of Insanity*, in: *Supplement to the Thirty-Sixth Annual Report of the General Board of Commissioners in Lunacy for Scotland: Alleged Increasing Prevalence of Insanity in Scotland*, Edinburgh 1895, S. 55.
- 19 Letztendlich zeigt sich an der Zunahme auch der Erfolg der in den 1860er und 1870er Jahren eröffneten Anstalten, die von vielen Angehörigen als attraktives und professionelles Angebot zu Therapie oder Unterbringung wahrgenommen und genutzt wurden. Vgl. Gründler, *Armut und Wahnsinn*.
- 20 James Russel Motion arbeitete seit 1878 für die Armenverwaltung. Von 1885 bis 1898 war er Inspector of the Poor and Clerk für den Barony Parish. 1898 wurde dieser Armenbezirk mit dem Bezirk City zum Parish Council of Glasgow vereint, deren Leiter Motion wurde. Der größere Bezirk umfasste das Stadtgebiet nördlich des Clyde, während die Verwaltung Govan Combination für die

hervor, der eindringlich einen rigiden Zugriff der Verwaltungen befürwortete und u. a. das Recht auf Zwangsmaßnahmen einforderte.<sup>21</sup> Große Aufmerksamkeit erhielten die sogenannten *ins and outs* – Fürsorgeempfänger, die in mehr oder weniger regelmäßigen Abständen um Aufnahme ins Armenhaus baten bzw. dort untergebracht wurden.<sup>22</sup> »Although these ins and outs are not directly certifiable as feeble-minded, I am of opinion, from their degraded habits and conduct, that their condition renders them unamenable to ordinary principles of right and wrong.«<sup>23</sup>

Die Konzentration des Armeninspektors auf diese Personengruppe erscheint zunächst nicht einleuchtend. Nur 612 von knapp 12.000 Antragstellenden im laufenden Geschäftsjahr wurden von Motion überhaupt zu dieser Gruppe gerechnet, deren harten Kern er mit 125 bezifferte.<sup>24</sup> Gleichwohl nutzte der Armeninspektor diese Menschen, um eine repressive Politik der Armenfürsorge zu propagieren.<sup>25</sup> Sein Ziel war es, den Armenverwaltungen erzieherische und disziplinierende Maßnahmen gegen widerspenstige Arme zu ermöglichen. Für diejenigen Armen, die er als unheilbar ansah, schlug Motion unbefristete Zwangsunterbringungen vor, um das »Risiko der Zeugung von geistesschwachem Nachwuchs« zu verhindern.<sup>26</sup> Noch einmal charakterisierte er die *ins and outs* auf besonders drastische Weise: »The ›Ins and Outs‹ referred to are those who, while drunk practically every week, are never and have never been in a police court. They are a feeble-minded and most degraded part of the population.«<sup>27</sup> Diesen Standpunkt nahm er auch bei wiederholten Nachfragen ein. Zudem beharrte er auf dem Ausbau der Möglichkeiten der Armenverwaltungen: »Do you wish to detain permanently what you call the ›ins and outs? – I would.«<sup>28</sup> Allerdings ließ James Motion offen, ob er auch andere, harmlose *feeble-minded* und *degenerates* dauerhaft einweisen lassen wollte. Schließlich waren seines Erachtens viele für Erziehung und Disziplin empfänglich und fähig, sich zu ordentlichen Mitgliedern der Gesellschaft zu entwickeln.<sup>29</sup>

Südseite zuständig war. Ab 1912 wurden diese beiden Bezirke ebenfalls verschmolzen und James Motion wurde damit zum Leiter der Armenverwaltung für das gesamte Stadtgebiet. Er setzte sich 1921 zur Ruhe. Vgl. Royal Commission on the Care and Control of the Feeble-Minded, Minutes of Evidence (Relating to Scotland and Ireland on the Original Reference), Vol. III, London 1908, S. 51.

21 Royal Commission, Minutes, Vol. III, S. 51–60.

22 Die schottischen Armenhäuser waren, im Unterschied zu deutschen Arbeitshäusern, offene Einrichtungen, die von den Unterstützten jederzeit verlassen werden konnten.

23 Royal Commission, Minutes, Vol. III, S. 52.

24 Diese 125 Personen, 93 Männer und 32 Frauen, waren für über 900 Wiederaufnahmen ins Armenhaus verantwortlich. Damit waren ca. 40 Prozent aller Mehrfachaufnahmen durch sogenannte *ins and outs* verursacht. Ein weiteres Drittel der Fälle war dagegen aufgrund einer einfachen Wiederaufnahme gezählt worden, gehörten aber auch nach der Definition des Inspektors nicht zu den *ins and outs*. Zudem verschwieg Motion, dass es sich bei den Mehrfacheingewiesenen um eine Gruppe in besonders fortgeschrittenem Alter handelte. Von den 125 waren 2/3 der Männer und 75 Prozent der Frauen über 50 Jahre alt. Wiederholte *re-admissions* könnten daher auch als ein Phänomen des besonderen Armutsrisikos Alter gedeutet werden. Vgl. ebd.

25 Für diese Gruppe von Armen war bereits 1902 ein von James Motion unterstützter Gesetzentwurf vorgebracht worden, der jedoch im Parlament nicht behandelt wurde. Darin war u. a. die Ermächtigung der Armenverwaltungen vorgesehen, Antragsteller unter bestimmten Voraussetzungen bis zu drei Monate in Armenhäusern festsetzen zu können.

26 Royal Commission, Minutes, Vol. III, S. 53.

27 Ebd., S. 53.

28 Ebd., S. 57.

29 Ebd.

Die letztgenannte Meinung findet sich auch bei den medizinischen Experten aus Glasgow, die die Bildungsfähigkeit zahlreicher Betroffener betonten. So unterstrich John Carswell, der Certifying Physician in Lunacy in Glasgow,<sup>30</sup> dass die meisten Kinder auf angemessene Unterstützung und Erziehung sowie ordentliches Essen positiv reagierten.<sup>31</sup> Auch für einige der Erwachsenen, die in der Kategorie *feeble-minded* erfasst waren, sah Carswell Entwicklungspotenzial. In die gleiche Richtung argumentierte der Leiter des Girgenti Home for Inebriates, John Cunningham.<sup>32</sup> Schlechtes Essen und Wohnverhältnisse seien verantwortlich für Alkoholismus und auch *mental enfeeblement* sei durch Umweltfaktoren bedingt. Besonders die jungen Alkoholkranken mit guter Physis könnten geheilt werden.<sup>33</sup> Auch Leslie MacKenzie, Mitglied des Local Government Board for Scotland, teilte diese Auffassung. Vererbung war aus seiner Sicht nur einer von vielen Gründen für Geisteschwäche. Verbreiteter erschienen ihm Faktoren wie die sozialen und familiären Verhältnisse zu sein.<sup>34</sup>

Carswell und Cunningham korrigierten zudem Motions Äußerungen, dass Vererbung der zentrale Modus der Entstehung von Geisteskrankheiten sei.<sup>35</sup> Beide stellten in Abrede, dass die Mehrheit der als *feeble-minded* markierten Kinder an Erbdefekten litt und gingen allenfalls von vererbaren Prädispositionen aus. Nichtsdestotrotz stimmten sie in einer Hinsicht mit dem Armeninspektor überein: Unheilbar Geistesschwache sollten permanent in Anstalten oder Arbeitskolonien untergebracht werden – so lange, bis ein Mediziner die Ungefährlichkeit festgestellt hatte und der Öffentlichkeit die Entlassung zugemutet werden könne. Carswell unterstrich für diesen Zusammenhang seine langjährige Erfahrung und Expertise, die er in zahlreichen wissenschaftlichen Beiträgen und der praktischen Arbeit unter Beweis gestellt hatte. Damit betonte er den Anspruch, nur Mediziner besäßen das Wissen und wären daher berechtigt, über Einweisung/Aufnahme, Heilbarkeit und Prognose sowie Entlassung zu entscheiden. Zugleich reklamierte er, dass Ärzte sehr genau wüssten, was gut für die Gesellschaft sei. Leslie MacKenzie unterstrich in diesem Zusammenhang zudem, wie wichtig ordentliche Verwaltungs- und medizinische Begutachtungsverfahren – und damit Mediziner – besonders bei dauerhaften Zwangsunterbringungen seien. Er widersprach explizit der Forderung, dass lokale Armenverwaltungen diese Maßnahmen eigenmächtig und

30 John Carswell war Mediziner, der seit den späten 1870er Jahren im Barony Parochial Lunatic Asylum seine praktische Arbeit unter James Rutherford begann. In dieser Zeit lernte er auch James R. Motion kennen. Im Jahr 1888 wurde Carswell als Certifying Physician in Lunacy der Armenverwaltung des Glasgow Parish bestellt. In dieser Funktion war er für die Untersuchung und Begutachtung aller gemeldeten Fälle von Wahnsinn im Bezirk zuständig. Zudem initiierte und leitete er ab 1904 eine psychiatrische Beobachtungsstation innerhalb des Armenhauses und später in einem Krankenhaus der Armenfürsorge. Dieses Experiment war das erste seiner Art in Schottland und für 50 Kranke jeden Geschlechts konzipiert. Zudem war Carswell beim School Board als Gutachter für Schulkinder mit Verhaltensauffälligkeiten beschäftigt. Vgl. John Carswell, *The History of an Experiment in Dealing with the Reported Cases of Insanity Occurring in the Barony Parish of Glasgow*, in: *Journal of Mental Science* 40 (1894) 170, S. 394–404; Gründler, *Armut und Wahnsinn*, S. 80–87. Vgl. Egan, *Manufacture*, S. 138.

31 Royal Commission, *Minutes*, Vol. III, S. 62.

32 Cunningham war Leiter eines Heimes für Alkoholranke, das von der Glasgow Corporation finanziert wurde, und Armenarzt in Glasgow.

33 Royal Commission, *Minutes*, Vol. III, S. 226f.

34 Ebd., S. 154f.

35 Matt Egan hat darauf hingewiesen, dass Carswell überzeugter Anhänger des *public health* war und die Vorwürfe der Eugeniker, bessere öffentliche Hygiene sei für das Anwachsen der *mental defectives* verantwortlich, zurückwies. Egan, *Manufacture (Diss.)*, S. 58.

ohne Kontrolle anwenden sollten, würden die täglichen Routinen und Verwaltungsinteressen doch zum Missbrauch dieser Rechte führen. Nur Sheriffs und Magistrates wären in der Lage, die Verfahren angemessen durchzuführen.<sup>36</sup>

William Guthrie, der Sheriff von Lanarkshire, widersprach den Verwaltungsexperten nicht hinsichtlich der medizinischen, administrativen oder finanziellen Herausforderungen, die durch die *feeble-minded* ausgelöst wurden. Gleichwohl äußerte er ebenfalls deutliche Kritik an Forderungen nach möglichst weitreichenden Befugnissen für die Armenverwaltungen. Aufgrund jahrzehntelanger Erfahrung lehnte er in seinem schriftlichen Bericht Erweiterungen rundweg ab: »Any extension of the powers of lay magistrates in committing persons to long terms of detention is not desirable, and I believe would not be popularly approved.«<sup>37</sup> Die Begründung erläuterte er in der Befragung wenig. Es ist aber offensichtlich, dass er die Qualifikationen der nicht-juristisch ausgebildeten Amtsmänner hinsichtlich Kompetenz und Sorgfalt gering schätzte und den Verwaltungen unterstellte, sie könnten derartige Verfahren nicht ordentlich und frei von eigenen Interessen durchführen.<sup>38</sup> Gleichzeitig wird in seinem Bericht und in seinen Aussagen deutlich, dass er die permanente Unterbringung von Menschen, die er als *feeble-minded* oder *deviant* kategorisierte, als unkritisch ansah – solange juristisch ausgebildete Experten wie er selbst urteilten und die Verfahren rechtsförmige Wider- und Einspruchsmöglichkeiten vorsahen.

Deutliche Kritik an den Auffassungen Motions äußerte auch der Leiter des Armenhauses Barnhill. Alexander Henderson<sup>39</sup> widersprach in seinem Bericht und der Befragung seinem Vorgesetzten gleich in mehreren Punkten. Zwar war auch er dafür, »confirmed drunkards, undoubted prostitutes, and irreclaimables of whatever class« lang-dauernden Arreststrafen zuzuführen.<sup>40</sup> Aus seiner Praxis berichtete er allerdings, dass diese Personen nur selten ins Armenhaus kämen und wenn, dann war die Versorgung und Unterbringung dieser Personen unproblematisch. Daher waren für ihn die Notwendigkeit und der Nutzen von Arbeitskolonien zweifelhaft. Auch seine Bewertung der *ins and outs* wich deutlich von der seines Vorgesetzten ab: »I think they are good judges of what constitutes an easy-going life, rather than feeble-minded.«<sup>41</sup> Im Gegensatz zu Motion sah er demnach diejenigen, die das Armenhaus regelmäßig als Herberge nutzten, keineswegs als geistig minderbemittelt an. Er ging vom Gegenteil aus.<sup>42</sup>

Im Gesamtüberblick all dieser Äußerungen wird deutlich, dass die Glasgower Experten die gesamte Bandbreite des Denk- und Sagbaren zu Eugenik und *mental deficiency* vertra-

36 Royal Commission, Minutes, Vol. III, S. 159. Besonders relevant sind die Fragen und Antworten Q23293–23295.

37 Ebd., S. 232.

38 Ebd.

39 Alexander Henderson hatte eine Verwaltungskarriere in der Armenfürsorge durchlaufen. Zuerst war er ab 1882 für vier Jahre Assistant Inspector, als der er u. a. Hausbesuche machen musste. Im Anschluss war er sechs Jahre Indoor Assistant Inspector, als der er die Mitarbeiter der Armenverwaltung überwachte und kontrollierte. Ab 1892 bis in die 1920er Jahre war er Leiter des Armenhauses Barnhill.

40 Royal Commission, Minutes, Vol. III, S. 168.

41 Ebd., S. 172.

42 Über etwaige Auswirkungen dieser deutlichen Meinungsverschiedenheiten zwischen Motion und Henderson ist in den Akten der Armenverwaltung kein Aufschluss zu erhalten. Seine Stellung als Leiter des Armenhauses behielt Henderson jedenfalls weit über den Konflikt hinaus.



ten.<sup>43</sup> James Motion lag am äußeren Ende der Skala hinsichtlich des Ausmaßes, Gefahrenpotenzials und restriktiven Maßnahmenkatalogs. Seine Auffassung über Vererbung war nahezu deckungsgleich mit dem, was Alfred Tredgold in seinem Standardwerk über *feeble-mindedness* vertreten hatte. Laut dessen Einschätzung waren über 80 Prozent der in diese Kategorie fallenden Personen durch Vererbung geistesschwach.<sup>44</sup> Der Leiter der Armenverwaltung übernahm die ordnungspolitische Perspektive der Eugeniker, die weitreichende, autoritäre Lösungen vorgeschlagen hatten. Die anderen Glasgower Experten stellten die eindeutigen und weitreichenden Aussagen zur Vererbung mitunter grundsätzlich in Frage oder bezweifelten das Ausmaß des Problems. Die Mediziner (Carswell, MacKenzie, Cunningham) und der Fürsorgepraktiker (Henderson) vertraten eher vermittelnde Positionen, die an der Praxis orientiert waren. Der Jurist (Guthrie) wiederum äußerte Kritik an der Maßgabe, die Armenverwaltungen mit stärkeren Eingriffsrechten auszustatten. Gleichwohl erscheint unklar, ob Motion ein ideologischer Eugeniker war oder ob die eugenischen Argumente nicht einfach einem pragmatisch-technischen Ziel dienen sollten: die weitgehende Kontrolle über eine Gruppe von Armen zu erhalten, die er für unmoralisch und deviant hielt.

Der Blick auf die Praxis kann die letzte Frage nicht zur Gänze beantworten, er erlaubt aber ein besseres Verständnis davon, wie die vorgetragenen Zuschreibungen und Konzepte angewandt wurden. Dazu wird detailliert analysiert, wer die Akteure in der Praxis waren und welchen Einfluss Laien auf die Einweisungspraktiken hatten.

### Ambivalente Klarheit in der Praxis

Mit der Verabschiedung des *Mental Deficiency and Lunacy (Scotland) Act* wurde im Jahr 1913 auf juristischer und administrativer Ebene eine gewisse Handlungs- und Definitionssicherheit geschaffen.<sup>45</sup> In zahlreichen Paragrafen waren die Zielgruppen definiert, die zuständigen Akteure bezeichnet, der genaue Ablauf der Prozesse, wie Feststellung, Versorgung, Betreuung und Entlassung, beschrieben sowie die Regelung der Kostenverteilung dargestellt. Gleichwohl waren viele Definitionen weich formuliert und verschafften den Akteuren weite Interpretationsspielräume. Aufgrund der Spielräume veröffentlichte der Secretary for Scotland noch im Jahr 1914 zahlreiche Ausführbestimmungen und Verfahrensregulierungen, um die Umsetzung des Gesetzes möglichst reibungslos zu gestalten.<sup>46</sup>

Einige Armenverwaltungen, so auch in Glasgow, hatten die Diagnose *feeble-minded* oder *mental defective* bereits um die Jahrhundertwende verwendet, obwohl es noch keinen gesetzlichen Rahmen gab. Daher war man gezwungen, entweder von einem Mediziner ein reguläres Zertifikat über eine Geisteskrankheit im Sinne der älteren Irrengesetzgebung zu erhalten. Nur dann konnte man Erwachsene, die man als *mental defective* einstufte, auch zwangsbe-

43 Zudem wurden als Angehörige der Glasgower Armenverwaltung im weiteren Sinn noch Robert S. Allan, der das School Board der Stadt leitete, und Lily Monteagle, die Rektorin der Bridgeton Special School for Physically and Mentally Defective Children, gehört. Auch Thomas Alexander Fyfe kann als Glasgower Zeuge gezählt werden. Er war Sheriff-substitute, also Amtsrichter in Lanarkshire und Glasgow. Die Armenverwaltung von Edinburgh dagegen war nur mit zwei Experten vertreten. Vgl. Royal Commission, Minutes, Vol. III, S. VIII–X.

44 Alfred Tredgold, *Mental Deficiency (Amentia)*, New York 1908, S. 47. Vgl. auch Jackson, *Borderland*, S. 277.

45 *Mental Deficiency and Lunacy (Scotland) Act*, 1913 (3 & 4 GEO. V. c. 38).

46 *Mental Deficiency and Lunacy (Scotland) Act (Secretary of Scotland's)*, 1914, London 1914.

handeln. Oder man musste im Falle von Kindern die Zustimmung der legalen Vormünder für eine Behandlung einholen.

In der Praxis gerieten daher in der Zeit von der Jahrhundertwende bis zur Verabschiedung des Gesetzes 1913 nur wenige Erwachsene und Kinder mit der Diagnose *mental deficiency* in das System von Armenfürsorge und institutioneller Verwahrung. Die Administration des Glasgow Parish nutzte z. B. das Woodilee Asylum als Ort der Behandlung.<sup>47</sup> Woodilee – mit vollem Namen Barony Pauper Lunatic Asylum, Woodilee – war bereits 1875 von der Armenverwaltung der Gemeinde Barony eröffnet worden. In den ersten Jahrzehnten war das *asylum* eine klassische Heil-Pflege-Anstalt, die hohe »Heilungsquoten« aufwies. Bis in die 1900er Jahre lag die Zahl der als »geheilt« Entlassenen bei ca. 40 Prozent der Einweisungen, danach bis in die späten 1920er Jahre zwischen 20 und 30 Prozent.<sup>48</sup> Erst gegen Ende der 1920er Jahre und besonders mit einem Leitungswechsel in den 1930er Jahren veränderte sich das Erscheinungsbild der Anstalt. Sie entwickelte sich auch aufgrund nachlassender Entlassungszahlen immer stärker zu einer Institution der Verwahrung.<sup>49</sup>

In der Zeit zwischen den 1890er Jahren und 1925 wurde Woodilee auch für die Unterbringung von *mental defectives* genutzt, obwohl auf Empfehlung der Kommission spezielle Institutionen für sie zu errichten waren, da man psychiatrische Anstalten für deren Unterbringung als ungeeignet ansah. Für die Versorgung zumindest einer gewissen Zahl betroffener Personen hatte man in Glasgow vorgesorgt. Im Juni 1913 hatte die Verwaltung der Armengemeinde eine Anstalt für Epileptikerinnen und Epileptiker eröffnet. Diese lag wenige Kilometer von Glasgow entfernt, in direkter Nähe zu den psychiatrischen Anstalten des Bezirks in Woodilee und Gartloch. Insgesamt gab es dort 300 Betten. Die ursprüngliche Aufgabe der Einrichtung änderte man nach Verabschiedung des Gesetzes umgehend. Der neue Name verdeutlicht das: Stoneyetts Certified Institution for Mental Defectives. In den folgenden Jahren sollte die Anstalt für die Unterbringung geistig Behinderter dienen. Durch den Ausbruch des Ersten Weltkriegs wurden indes alle weiteren Planungen unterbrochen. Und auch nach Ende des Krieges wurden Pläne zum Ausbau und zur Errichtung weiterer Anstalten nicht wieder aufgegriffen. Nicht nur waren die finanziellen Mittel knapp, auch der Bedarf an Plätzen war nach dem Krieg als wenig dringlich eingestuft worden.<sup>50</sup> Das große öffentliche Interesse und die hitzigen Diskussionen um *mental defectives* zeitigten demnach innerhalb der Fürsorge wenig praktische Konsequenzen.

Die eugenischen Diskussionen erreichten bereits an der Jahrhundertwende einen Höhepunkt. In der Praxis betroffen waren jedoch nur wenige Personen. Das lässt sich an vier Stichproben erkennen. Von je hundert in den Jahren 1891, 1901, 1911 und 1921 in Woodilee

47 Zur Entwicklung der Anstalt in Woodilee vgl. Gründler, Armut und Wahnsinn.

48 Von mehr als 12.500 Patientinnen und Patienten, die zwischen 1875 und 1921 aufgenommen worden waren, wurden mehr als 4.500 als geheilt entlassen. Vgl. dazu und zur Definition von Heilung Gründler, Armut und Wahnsinn, S. 265–273.

49 Erving Goffman hat diesen Anstaltstypus als totale Institutionen beschrieben. Am Ende der 1930er Jahre näherte sich Woodilee diesem Idealtypus an, indem die Anstaltsleitung verstärkt Abschluss- und Sicherungsmaßnahmen einführte. Vgl. Erving Goffmann, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Chicago 1961; Gründler, Armut und Wahnsinn, S. 56–64.

50 Erst 1927 wurde eine weitere Anstalt für die Unterbringung von *mental defectives* gegründet. Die Glasgow Corporation kaufte Lennox Castle, in der Nähe des Woodilee Asylum gelegen, und errichtete auf dem Gelände zahlreiche Gebäude mit insgesamt je 600 Betten für Männer und für Frauen. Im Jahr 1937 wurden alle Patientinnen und Patienten von Stoneyetts nach Lennox Castle verlegt.

eingewiesenen Patientinnen und Patienten wurden insgesamt nur drei als *mental defective* bzw. in diesen Fällen auch als *morally defective* beschrieben.<sup>51</sup> Alle drei wurden in den Stichproben von 1911 und 1921 identifiziert. Das deutet darauf hin, dass mit dem Fortschreiten der wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Debatten vermehrt jugendliche und junge Erwachsene als *mental* bzw. *moral defectives* bestimmt und behandelt wurden. Zudem waren alle drei Frauen im reproduktionsfähigen Alter. Geschlecht scheint in Woodilee eine zentrale Rolle dargestellt zu haben. Dass hier nur Frauen eingewiesen wurden, liegt einerseits daran, dass diese besonders deutlich in den Fokus von Öffentlichkeit und Gesetzgebern gerieten, wenn auch in Schottland weniger eindeutig als in England.<sup>52</sup> Allerdings ist dieser Bias in anderen Anstalten in Schottland nicht so eindeutig auszumachen. Daher scheint der Fokus auf Frauen eine Besonderheit des Woodilee Asylum gewesen zu sein, wenn auch keine Erklärung in den Akten zu finden ist. Unterstützt wird dieser Sonderstatus auch durch die Tatsache, dass z. B. in der Glasgower Anstalt Stoneyetts in den 1920er und 1930er Jahren kein *Gender-Bias* zu erkennen war. Dort waren für Männer und Frauen die gleiche Anzahl Betten vorgesehen, und die Zahl der Einweisungen von Männern lag sogar ein wenig über der der Frauen.<sup>53</sup>

Keine der drei Woodilee-Patientinnen wurde vor 1911 eingewiesen. Für das Jahr 1891 ist dieses Ergebnis wenig überraschend, da die wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Diskussionen zu diesem Zeitpunkt noch am Anfang standen. Auch wenn 1901 die Auseinandersetzungen in Wissenschaft und Gesellschaft, verstärkt durch Berichte über den schlechten physischen Zustand britischer Rekruten während des Burenkriegs und damit zusammenhängenden Niedergangsszenarien, bereits in vollem Gang waren, gab es keine Einweisung mit diesem Krankheitsbild.

Im Jahr 1911 finden sich unter den hundert Eingewiesenen die ersten zwei Personen, die als *mental defectives* angesehen wurden. Beide waren junge Frauen, die durch Behörden an das *asylum* überstellt worden waren. Catherine T. kam im Alter von sieben Jahren mit der Fürsorge in Kontakt,<sup>54</sup> wurde aber erst zehn Jahre später, im April 1911, durch den Gefängnisarzt des städtischen Gefängnisses eingewiesen: »[She] is, by reason of her mental defect, unfit to look after herself, a potential source of danger and of disease to others.«<sup>55</sup> Diese Feststellung wurde durch die Ärzte gestützt, die der Patientin einen »ausgeprägten Mangel an moralischem

51 Eine Durchsicht aller Krankenakten der Anstalt war für den Zeitraum nicht möglich.

52 Obwohl Frauen in den Gesetzen selbst und in der öffentlichen Wahrnehmung eine zentrale Rolle einnahmen, waren in England mehr Männer als Frauen in Institutionen untergebracht.

53 Vgl. General Board of Control (Scotland), 2nd Annual Report of the General Board of Control for Scotland, Glasgow 1916, S. XXVII; dies., 6th Annual Report of the General Board for Scotland, Edinburgh 1920, S. XLIII; dies., 7th Annual Report of the General Board of Control for Scotland, Edinburgh 1921, S. XLIV. Noch 1930 waren die Zahlen bei den Aufnahmen relativ ausgeglichen. Um einen Geschlechterbias zu belegen, müsste geprüft werden, ob mehr Männer oder mehr Frauen zur Einweisung (an-)gemeldet worden waren. Bei einer solchen Prüfung wäre auch zu kontrollieren, wer die Einweisung veranlasst hatte, ob Angehörige oder Behörden. Aufgrund der Quellenlage ist das schwierig, da nur Krankenakten und richterliche Einweisungsanordnungen von aufgenommenen Personen vorliegen.

54 Die Mutter hatte ihre Tochter aufgrund erzieherischer Probleme unter Aufsicht stellen lassen wollen. Allerdings widerrief der Vater den Antrag umgehend, so dass die Tochter nicht aus der Familie genommen wurde. Für Catherine T. existieren zwei ausführliche Akten aus der Anstalt und aus der Armenverwaltung. Vgl. Catherine T., NHSGGCA, HB-30-5-28, 25; GCA, D-Hew 17-564, 80010. Die Armenakte wurde im Jahr 1930 geschlossen, danach finden sich keinerlei Informationen mehr in den lokalen Archiven.

55 Catherine T., NHSGGCA, HB-30-5-28, 25.

Verantwortungsgefühl« attestierten.<sup>56</sup> Aus ihrer Krankengeschichte erschließt sich, dass sie weniger aufgrund einer klassischen Form des Wahnsinns in die Anstalt gekommen war, sondern vielmehr weil sie promiskuitiv und »zügellos« war. Die »moralische Beschränktheit« führte demnach zu einer Einweisung, bevor die gesetzlichen Grundlagen geschaffen worden waren. Catherine T. wurde nach einer Verlegung in eine andere psychiatrische Anstalt nach mehr als acht Jahren entlassen. Dafür musste allerdings der Vater einen Antrag stellen und für die dann 25-jährige Patientin die Verantwortung übernehmen. Ohne den Antrag eines Angehörigen hätte man sie nicht entlassen, da Frauen in der gebärfähigen Phase durch ihren potenziellen Nachwuchs als besonders gefährlich für die Gesellschaft angesehen wurden.

Catherine T. selbst kam nach der Entlassung 1921 erst wieder ab 1926 mit den Fürsorgebehörden in Kontakt und war anscheinend auch nicht mit dem Gesetz in Konflikt geraten.<sup>57</sup> Ab Frühjahr 1926 war sie regelmäßig für wenige Tage in einem Krankenhaus.<sup>58</sup>

Die zweite Person, die 1911 nach Woodilee kam, war Alice K. McG., eine 32-jährige Arbeiterin.<sup>59</sup> Sie wurde auf Antrag der Polizei aus einer Wache im Zentrum der Stadt überwiesen. Darin wurde darauf hingewiesen, dass sie eine regelmäßige Klientin der Strafbehörden war. Wegen Trunkenheit und Ruhestörung verbüßte sie mehrfach Gefängnisstrafen. Zudem war ihre familiäre Situation unstet. Sie lebte von ihrem Ehemann getrennt, wohnte aber gelegentlich wochenlang mit ihm zusammen, manchmal bei ihren Eltern oder anderen Familienangehörigen. Zudem hatte sie kein regelmäßiges Einkommen. Die Ärzte und die Polizei beschrieben sie als alkoholabhängig, ohne Einsicht oder den Wunsch, davon Abstand zu nehmen. Von sieben Kindern waren drei verstorben, zwei lebten in Erziehungseinrichtungen. Zudem war sie tätowiert, was die Ärzte gesondert vermerkten. Die Notiz zeigt an, dass die Ärzte die Tätowierung als ein Symptom von Devianz und krimineller, promiskuitiver Veranlagung deuteten, wie beispielsweise Cesare Lombroso es propagierte. Daran zeigt sich, wie Verhaltensweisen und äußere Erscheinung auch ärztliche Meinungen und Diagnosen nachhaltig beeinflussten, obwohl deren medizinische Bedeutung fraglich gewesen ist.

Bereits 1910 hatte ein Gefängnisleiter versucht, Alice K. McG. einweisen und unter Beobachtung stellen zu lassen. Er war davon überzeugt, dass sie nicht in der Lage sei, ihren Platz im Leben zu erkennen und die damit einhergehenden Aufgaben zu leisten. Sie wies zwar eindeutig psychische und äußere Zeichen einer *mental defective* auf, jedoch war niemand bereit, sie zu diesem Zeitpunkt ohne rechtliche Grundlage in einer psychiatrischen Anstalt festzusetzen. Erst 1911 wies man sie mit der Diagnose *recent mania*, ausgelöst durch Alkoholmissbrauch, ein. Nach ein paar Wochen verbesserten sich ihr körperlicher und psychischer Zustand deutlich, so dass die Anstaltsärzte nur noch ihre Promiskuität gegenüber männlichen Insassen als auffällig vermerkten. Abweichendes und unsittliches Sexualverhalten von Frauen blieb in der ärztlichen Wahrnehmung ein zentrales Thema, auch in der Anstalt. Nach wenigen Monaten wurde die Patientin in eine andere Anstalt verlegt und dann im April 1913, wenige Wochen vor Inkrafttreten des Gesetzes als geheilt entlassen. Danach taucht sie

56 Ebd. Als Diagnose vermerkten die Ärzte »intellectual [deficiency] without epilepsy«, obwohl eines der zwei Gutachten ausdrücklich darauf verwies, dass die Frau früher an Anfällen gelitten habe.

57 In ihrer Akte finden sich darauf keine Hinweise. Aufgrund der Vorgaben bei der Aktenführung kann davon ausgegangen werden, dass Catherine T., ob mit Hilfe ihrer Familie oder nicht, wenigstens bis zur Schließung der Armenakte ein gesetzeskonformes Verhalten an den Tag legte.

58 In der Akte ist allerdings kein Grund angegeben.

59 Alice K. McG., NHSGGCA, HB 30-5-28, 16; GCA, D-Hew 17-579, 86146.

in den Akten nur noch einmal wegen eines Krankenhausaufenthalts auf. Unter dem neuen Gesetz wurde sie nicht mehr behandelt.

Alice K. McG. war ein Paradebeispiel für die Menschen, die James Motion vor Augen hatte, als er strengere und schärfere Sanktionsmöglichkeiten einforderte. Dennoch kam die Frau nie in den Wirkungsbereich des Gesetzes. Vielmehr wurde sie entlassen und verschwand aus dem Blickfeld von Polizei und Armenverwaltung. Die Entlassung deutet darauf hin, dass sich die Ansichten von Anstaltsmedizinern deutlich unterscheiden konnten. Während die Ärzte in Woodilee und in der Gefängnisverwaltung sicher waren, dass die Frau nicht entlassen werden sollte, handelten die Ärzte in der Anstalt Hawkhead gegenteilig. Eine dauerhafte Unterbringung aufgrund eines »erblich bedingten Defekts«, der Unheilbarkeit unterstellt hätte, sahen diese Mediziner nicht. Die Entlassung von Alice K. McG. verweist auf fachliche Kontroversen, die auch nach der Verabschiedung des Gesetzes in der Praxis weiterhin existierten.

51

Die letzte Frau aus dem Untersuchungszeitraum war Jean S., eine 19-jährige Dienstmagd aus Doncaster, die nur kurz in Glasgow weilte.<sup>60</sup> Sie wurde 1921 von der Polizei, anscheinend mit dem Vorwurf der Prostitution, festgenommen und aus dem Eastern District Hospital nach Woodilee überstellt. Die Ärzte des Krankenhauses notierten: »[S]he is restless + excitable. She is impulsive + is lacking in self-control. She cannot give a rational account of herself + she is obviously unable to look after herself. In conversation she is simple + her intelligence is poorly developed. She has little moral sense.« Es ist anzunehmen, dass die Ärzte in der psychiatrischen Station des städtischen Krankenhauses ganz ähnliche Ansichten über die Patientin vertraten wie ihre Kollegen in Woodilee. Fünf Tage nach der Aufnahme von Jean S. vermerkte einer der Anstaltsärzte:

*»she is mentally + morally defective. She is simple + childish in manner + outlook, + retails, without emotion or shame + without appreciating the enormity of her moral derelictions, the sordid story of her life. Her upbringing + environment are apparently largely responsible for her mental outlook.«*

Der Fall von Jean S. war somit wie ein Beispiel aus dem Lehrbuch. Zwar unterstrich der Arzt die Bedeutung der Umweltfaktoren in der Entstehung ihrer Erkrankung und stellte sich damit gegen Vereinfachungen der Vererbungstheorien. Dennoch erfüllte die Patientin alle Voraussetzungen für eine Person, die als mental und darüber hinaus auch moralisch minderwertig und durch ihre Arbeit als Prostituierte als gefährlich betrachtet wurde.<sup>61</sup> In den Diagnosen der Ärzte wird darüber hinaus ersichtlich, wie deren moralische Vorstellungen vom richtigen Leben – bürgerliche Männer urteilten über Frauen aus der Unterschicht – ihre medizinischen Auffassungen prägten und teilweise überformten. Jean S. war also gerade auch Opfer ihres gesellschaftlich stigmatisierten Lebenswandels.<sup>62</sup>

Der einzige Mann, der neben den Patientinnen in Woodilee bis 1921 als *mental defective* außerhalb der vier Stichproben identifiziert werden konnte, war Hugh H.<sup>63</sup> Er war nach

60 Jean S., NHSGGCA, HB 30-5-51, 20.

61 Im *Mental Deficiency (Scotland) Act* war die vierte Kategorie – *moral imbeciles* – ausschließlich am gesellschaftlichen Gefährdungspotenzial dieser Krankengruppe ausgerichtet. Vgl. *Mental Deficiency and Lunacy (Scotland) Act*, S. 1.

62 Ihre Spur verliert sich in den Akten nach einer Verlegung.

63 Hugh H., NHSGGCA, HB 30-4-42, 33. Die Akte wurde durch einen Hinweis in einem anderen Quellenbestand aufgefunden.

einem sexuellen Übergriff auf ein vierjähriges Mädchen inhaftiert und dann 1915 aus dem Gefängnis in die psychiatrische Anstalt überwiesen worden. Bei dieser, seiner dritten Aufnahme in Woodilee nutzte man zwar in seinem Gutachten eine psychiatrische Diagnose – »systematische wahnhafte Störung« –, die Ärzte beschrieben ihn aber als einen »moralisch Degenerierten« dem jede Einsicht und jede Scham für sein Verbrechen fehlte.<sup>64</sup>

Nachdem er sich in den ersten Monaten »ruhig, besonnen und gut« benommen hatte, änderte sich sein Verhalten, als seine Versuche, entweder seine Entlassung oder Verbesserungen im Anstaltsalltag zu erreichen, gescheitert waren. Er verweigerte bewusst die (Mit-)Arbeit, stellte Forderungen und beschwerte sich an höherer Stelle über die Verhältnisse in der Anstalt.<sup>65</sup> Damit war er einer der wenigen Insassen, die sich dem Anstaltsregime widersetzen. Schließlich entwich er im April 1917 erfolgreich aus der Anstalt und verschwand aus dem Blickfeld von Strafverfolgungsbehörden und Armenverwaltung. Seine offizielle Entlassung aus Woodilee erfolgte formaljuristisch, weil er mehr als vier Wochen abwesend war. Sein Verschwinden gelang, obwohl die Behörden ihn als besondere Gefahr für die Gesellschaft betrachtet hatten. Die Behörden waren nicht fähig oder willens, den Mann erneut festzusetzen. Offenbar waren Ärzte und Behörden nicht nur bei der Identifizierung und Einweisung von *mental defectives* auf die Unterstützung von Familien oder der Öffentlichkeit angewiesen. Auch für die Wiederergriffung benötigte man die Mitwirkung anderer.

Die geringe Fallzahl bei Erwachsenen zeigt, dass volljährige Personen zwar von manchen Experten als Zielgruppe ausgemacht wurden, in der Praxis jedoch nur selten von gezielten Maßnahmen betroffen waren.<sup>66</sup>

### Laien im Umgang mit Psychiatrie und *mental deficiency*

Der Einfluss der Familien auf die Einweisungen jedweder Psychiatriepatientinnen und -patienten bis ins 20. Jahrhundert ist Gegenstand zahlreicher Forschungsarbeiten gewesen.<sup>67</sup> David Wright hat in seiner Studie über das Earlswood Asylum for Idiots and Imbeciles die zentrale Rolle der Eltern bei der Identifizierung und stationären Aufnahme während des 19. Jahrhunderts herausgearbeitet.<sup>68</sup> Earlswood war eine private und damit freiwillige Einrichtung, in der

64 Daher gilt er für diesen Aufsatz als *mental defective*.

65 Neben Beschwerden über das schlechte Essen, den Entzug von Tabakrationen als Strafe und anderen Dingen monierte er besonders die Schikanen durch das medizinische Personal. Seine Beschwerden erscheinen grundsätzlich glaubwürdig, insbesondere die von ihm erwähnten Sanktionen sind auch aus anderen Anstalten bekannt. Vgl. Gerald Grob, Abuse in American Mental Hospitals in Historical Perspective: Myth and Reality, in: International Journal of Law and Psychiatry 3 (1980) 3, S. 295–310; Geoffrey Reaume, Accounts of Abuse of Patients at the Toronto Hospital for the Insane, 1883–1937, in: Canadian Bulletin of Medical History 14 (1997) 1, S. 65–106; ders., Remembrance of Patients Past: Patient Life at the Toronto Hospital for the Insane, 1870–1940, Toronto/Oxford 2000.

66 Bis 1913 standen allerdings nur 30 Betten für erwachsene *mental defectives* zur Verfügung, danach in der Anstalt Stoneyetts 300 Betten. Erst ab 1936 wurden die Kapazitäten durch die Eröffnung von Lennox Castle auf 1.200 Betten ausgeweitet. Erwachsene waren also in der Praxis selten von Maßnahmen betroffen. Viel häufiger gerieten Kinder und Jugendliche in das Fürsorgesystem.

67 Zuletzt u. a. Gründler, Armut und Wahnsinn; Stephanie Coché, Psychiatrie und Gesellschaft. Psychiatrische Einweisungspraxis im »Dritten Reich«, der DDR und der BRD 1941–1963, Göttingen 2017. Vgl. auch Wright, Earlswood; Thomson, Problem; ders., Community Care.

68 Vgl. Wright, Earlswood.

zumeist die Familien die Unterbringung bezahlten und nicht die Armenverwaltungen. Jedoch ist auch für die Anstalten der Armenfürsorge bis in die 1920er Jahre die Bedeutung der Familien im Einweisungsprozess nicht zu unterschätzen. Ersichtlich wird das z. B. daran, dass mehr als die Hälfte aller Einweisungen nach Woodilee durch Angehörige eingeleitet wurden. In den medizinischen Gutachten und Krankengeschichten finden sich deutliche Hinweise, dass Laien ganz eigene Begriffe und Kriterien für Geisteskrankheit und Wahnsinn nutzten. Einige Beispiele verdeutlichen das. Julia B. McL., eine 34-jährige Hausfrau, war während einer Schwangerschaft von ihrem Ehemann eingewiesen worden, nachdem er sie zu Hause nicht mehr kontrollieren konnte.<sup>69</sup> Die Familie wurde ausführlich befragt. Einer der Angehörigen erklärte, die Patientin sei »silly and has been so since childhood«. Offenbar litt sie seit drei Jahren an Nervosität und körperlichen Gebrechen. Der Ehemann veranlasste die Einweisung aber erst, nachdem die Frau, wie er anführte, körperlich gewalttätig und suizidal wurde. Auch im Fall von William H. vermerkten die Ärzte die von den Angehörigen berichtete Krankengeschichte:

53

*»Twelve years ago his father hanged himself, + patient was the first one who discovered the body. As a result of this his mind seemed to be considerably affected – he had several excitable turns, and at times he became depressed. In a short time he seemed to recover from this completely. For many years back, he has been habituated to the abuse of alcoholic stimulants. At frequent intervals he went off on drinking ›bouts‹. About two years ago after one of these ›bouts‹ he began to imagine that he was being persecuted by some imaginary person and this delusion has never completely left him since. As time went on delusions became more marked – he thought that his wife was unfaithful – latterly he has been quite unmanageable.«<sup>70</sup>*

Die Einweisung durch die Familie erfolgte demnach, weil William H. sich als unkontrollierbar und unbeherrschbar erwies. Sowohl die Erklärung für die Erkrankung des Mannes – der Schock durch das Auffinden des toten Vaters – als auch die ersten Symptome – die Vorstellung verfolgt zu werden – sind zunächst Versuche einer Beschreibung aus der direkten Beobachtung. Sie sind in den Krankenakten allerdings schon durch die ärztliche Perspektive gefiltert. Gleichwohl wird an dem Eintrag zum einen deutlich, dass die Ärzte auf die Aussagen der Familien vertrauten, um in ihren Gutachten überzeugende Erklärungen für Einweisungen zu konstruieren. Zum anderen erkennt man, dass diese Angehörigen – wie viele andere – bestimmte ärztliche Vorstellungen nicht zur Kenntnis nahmen oder ignorierten. Entgegen der Lehrmeinung, Erkrankte sollten unverzüglich nach Feststellung der ersten Symptome eingewiesen werden, versorgten viele Familien ihre Angehörigen zuerst einmal zu Hause. Das ist nicht allein auf die aktive Verweigerung medizinischer Lehren zurückzuführen. Viel eher wurden diese unvollständig und eigensinnig rezipiert oder ignoriert. Zudem waren andere Einflussfaktoren von Bedeutung: die potenzielle finanzielle Belastung der Familie, die Re-Organisation der Familie, Verlust von Einkommen oder die Sorge um gesellschaftliche Stigmatisierung.

Gleichwohl illustrieren diese Beispiele die Handlungsmacht der Angehörigen im Prozess der Einweisung, die sie durch die Verwendung eigener Zuschreibungen von krank generierten. Familien mit Mitgliedern, deren Verhalten als offensichtlich nicht normal oder angepasst verstanden werden konnte, verbanden ihr Laienwissen von psychiatrischen Erkrankungen oder Wahnsinn mit medizinischen und juristischen Diskursversatzstücken. In vielen Anträ-

69 Julia B. McL., NHSGGCA, HB 30-5-7, 39.

70 William H., NHSGGCA, HB 30-4-7, 94.

gen werden Gewalttätigkeit und Gefährlichkeit der Betroffenen herausgestrichen, um die Notwendigkeit der Einweisungen in die Irrenanstalten zu unterstreichen. Zudem wurde in vielen Krankengeschichten auf die ersten Anzeichen von Veränderungen rekurriert, die oft monate- oder gar jahrelang zurücklagen. So war die 45-jährige Catherine C. laut ihrer Familie »weak-minded and silly practically all her life. Sometimes worse than others.«<sup>71</sup> Die Krankheit des Luke C. wiederum begann, folgt man den Ausführungen der Angehörigen, sieben Jahre vor seiner Einweisung nach Woodilee.<sup>72</sup> Beide waren im Verlauf des Jahres 1911 in die Anstalt aufgenommen worden. Auch bei den Patientinnen und Patienten der Stichprobe 1921 warteten die Angehörigen lange, bevor sie Einweisungen veranlassten, oft monate- oder jahrelang.<sup>73</sup> Die frühen Symptome, die von Medizinern als dringende Einweisungsgründe angesehen wurden, ignorierten pflegende oder sorgende Familien also in der Regel so lange, bis das Verhalten nicht mehr zu kontrollieren war oder bis andere Ereignisse die Fürsorge im eigenen Heim unmöglich machten. Die Praxis der Laien wich also von den medizinischen Lehrmeinungen ab. Medizinische Erkenntnisse und Handlungsvorstellungen ließen sich nicht direkt in Gesellschaften implementieren. Praktiken häuslicher Fürsorge, das Verständnis von Funktion und Aufgaben der Familie sowie starke persönliche Bindungen standen in einem Spannungsverhältnis zu Forderungen der medizinischen Experten. Inwieweit auch das Misstrauen gegenüber der staatlich-organisierten Irrenfürsorge eine Rolle spielte, kann aus den vorliegenden Quellen nicht geklärt werden.<sup>74</sup> Zudem waren die Armenverwaltungen ebenfalls nicht erpicht darauf, die Vorgaben der Ärzte umsetzen zu müssen. Schließlich wären die Kosten für die Irrenfürsorge, wenigstens waren das die Befürchtungen, gestiegen. Letztendlich war der Einfluss der Mediziner und Verwaltungen auf das Einweisungsverhalten von Familien für diese Gruppe von Patientinnen und Patienten im Untersuchungszeitraum relativ gering, weil Verwaltungen und Mediziner keine durchsetzungsfähige Koalition bildeten, um den familiären Einfluss zurückzudrängen.

Dagegen waren die Eingriffsmöglichkeiten der Verwaltungen und medizinischen Wissenschaften bei anderen Gruppen größer. Zwar waren bis in die 1920er Jahre nur wenige volljährige Patientinnen und Patienten von Zwangseinweisungen aufgrund derartiger Diagnosen betroffen. Die Patientinnen und Patienten aus der Psychiatrie in Woodilee waren aber alle durch öffentliche Verwaltungen eingewiesen worden. Hier fand demnach ausschließlich eine Pathologisierung abweichenden Verhaltens durch Behörden, also von oben, statt.

Bei der Behandlung einer anderen Gruppe ist ein eindeutiges Machtgefälle zu erkennen, das sich in einem klaren Top-Down-Prozess bei Identifizierung und Einweisung widerspiegelte: bei Kindern und Jugendlichen. Matt Egan hat darauf hingewiesen, dass die »Produktion« der *mental defectives* zuvorderst in Erziehungsinstitutionen stattfand, dass also die Mehrheit der mit der Diagnose stigmatisierten Menschen in Kinderheimen und Schulen identifiziert wurden.<sup>75</sup> Egan beschreibt die Termini *mental defective* und *feeble-minded* als »highly elastic« und damit als Werkzeuge, die Ärzte, Lehrer und Verwaltungsbeamte in die Lage versetzten, immer größere Gruppen zu erfassen und in speziellen Klassen oder Einrichtungen unter-

71 Catherine C., NHSGGCA, HB 30-5-28, 29.

72 Luke C., NHSGGCA, HB 30-4-29, 40.

73 Vgl. z. B. den Fall von Charles C., NHSGGCA, HB 30-4-51, 19.

74 Allerdings deuten die Einweisungszahlen darauf hin, dass nach den zahlreichen Skandalen um *asylums* zu Beginn des 19. Jahrhunderts das Vertrauen in die und die Akzeptanz der psychiatrischen Anstalten zunahm. Vgl. Gründler, Armut und Wahnsinn.

75 Vgl. Egan, *Manufacture (Diss.)*, S. 121.



zubringen.<sup>76</sup> Die Eltern wurden dabei immer stärker aus den Entscheidungsprozessen verdrängt. Während die Behörden in der Phase zwischen den 1880er Jahren bis 1906/08 auf das Einverständnis der Eltern angewiesen waren, änderte sich das mit der Verabschiedung des *Education (Scotland) Act* 1908.<sup>77</sup> Trotz dieser gesetzlichen Regelung, die im *Mental Deficiency (Scotland) Act* 1913 noch unterstrichen wurde, blieben die lokalen Verwaltungen häufig weiterhin auf die Kooperation der Eltern angewiesen.

Dies hing nicht zuletzt damit zusammen, dass der finanzielle Spielraum der Behörden für Neubauten und Erweiterungen von Schulen und Anstalten eng war. Das gilt für den gesamten Zeitraum zwischen 1900 und den späten 1930er Jahren. Wie bereits berichtet war die zentrale Einrichtung für *mental defectives* in Glasgow im Jahr 1913 nur durch die Umwidmung einer Anstalt für Epileptikerinnen und Epileptiker geschaffen worden. Die 300 Betten waren schnell belegt, für weitere Fälle gab es daher kaum Unterbringungsmöglichkeiten. Bis 1913 existierte nur ein Heim in Kirkintilloch nahe Woodilee mit 30 Betten. Die Möglichkeit, *mental defectives* bei privaten *guardians* unterzubringen, war ebenfalls eng begrenzt. Schon in den 1890er Jahren war die Bereitschaft zur Aufnahme gering. Das änderte sich auch nach der Jahrhundertwende nicht. So verblieben die meisten *mental defectives* in ihren Familien und damit unter direkter Kontrolle ihrer Angehörigen, auch wenn die Armenverwaltungen finanzielle Beihilfen gaben.

Auch hier ist, trotz der Nähe von medizinischen Experten, Lehrern und Verwaltern zu den Familien, keine sprachliche Durchdringung zu erkennen. Angehörige beschrieben Erkrankungen und Defizite in einer anderen Sprache als Mediziner und Erziehungsexperten, mit denen sie über Bildungseinrichtungen in Kontakt kamen.<sup>78</sup> Statt von *mental defective* sprachen die Eltern davon, dass ihre Kinder *soft* oder *silly* waren.<sup>79</sup> Das gilt sowohl für Familien, die gegen die Diagnose und stigmatisierende Behandlung ihrer Kinder Widerspruch einlegten, als auch für diejenigen, die die Behandlung befürworteten.<sup>80</sup> Die Familien, die Widerspruch einlegten, beriefen sich vielfach auf Berichte über Fehldiagnosen, die in Zeitungen publikumswirksam platziert wurden. Sie behaupteten häufig, dass auch ihre Kinder nicht richtig untersucht und eingeschätzt worden seien.

In gewisser Weise gilt für beide Gruppen, dass sie die Ausweitung pathologisierender Praktiken, medizinischer Erklärungs- und Definitionsangebote für abweichende Verhaltensweisen und die damit verbundenen Maßnahmen akzeptierten. Die »widerspenstigen« Eltern wiesen es von sich, dass ihre Kinder betroffen waren – sie argumentierten individuell, nicht grundsätzlich. Die Familien, die die Diagnosen und Maßnahmen akzeptierten, ordneten sich dem Anspruch von Verwaltungen und Medizinern unter.

Die Diffusion medizinischen Wissens, medizinischer Kategorien oder der ärztlichen Nomenklatur in den Alltag war demnach auch bei direkt Betroffenen kaum fortgeschritten. Für die Behandlung der betroffenen Kinder und Jugendlichen durch staatliche Institutionen und Mediziner, ob mit oder ohne Einverständnis der Eltern, war das nebensächlich.

76 Ebd.

77 Im Jahr 1906 verabschiedete das Parlament den *Education of Defective Children Act* für Schottland, in dem die Einrichtung und der Unterhalt für spezielle Schulklassen und Schulen geregelt wurden.

78 Seit dem frühen 20. Jahrhundert gab es in Glasgow und anderen Städten Schottlands Schulärzte, die den physischen und geistigen Zustand der Schülerinnen und Schüler überprüften.

79 Vgl. dazu Egan, *Manufacture*, S. 250–264.

80 Vgl. ebd., S. 246–248. Man sollte nicht unterschätzen, wie viele Familien durch das Zusammenleben mit *mental defectives* stark belastet waren. Diese Familien empfanden die professionelle Unterstützung und die Herausnahme der Kinder und Jugendlichen als Hilfe und Entlastung. Vgl. ebd., S. 244–247.

## Fazit

56

Der Versuch einer Pathologisierung der Gesellschaft, so kann man für die Auseinandersetzungen um die *mental defectives* zusammenfassen, war ein multidimensionaler Prozess, in dem die Wahrnehmung von »Problemen« durch gesellschaftlich relevante Akteure in medizinisch-wissenschaftlichen Konzepten verarbeitet wurde, um Lösungen für die Praxis formulieren zu können. Die Ausführungen der schottischen Experten vor der Royal Commission on the Care and Control of the Feeble-Minded und die Fälle aus dem Woodilee Asylum verdeutlichen das exemplarisch. Dort, wo ein administrativer Zugriff erfolgen konnte – z. B. in Gefängnissen, Armenhäusern, Schulen und Krankenhäusern –, waren Behörden in der Lage, Vorstellungen einer gesunden Gesellschaft zu propagieren und umzusetzen. Allerdings hing diese Umsetzung entscheidend von den finanziellen und organisatorischen Möglichkeiten ab.

Demgegenüber stand das im Alltag verankerte Laienwissen über Normalität und Devianz, über akzeptables und abweichendes Verhalten. Dieses Wissen um richtiges und falsches Gebaren konnte sich ebenfalls in dem Paar von gesund und krankhaft ausdrücken, wenn sich z. B. die Angehörigen in Aushandlungsprozessen über Einweisungen und Entlassungen mit Verwaltungen Erfolg versprachen. Erfolg in dem Sinne, dass man mit Hilfe von Institutionen der Fürsorge – hier der Armenfürsorge – familiäre Krisensituationen lösen und Angehörigen helfen wollte. Fernab der Krisenzeiten stand man den Angeboten der Verwaltungen meist indifferent gegenüber – man nahm sie nicht in Anspruch. Allerdings wehrten sich Familien nur selten gegen die systematischen Zumutungen, die mit der Pathologisierung von Verhaltensweisen einhergingen, wie an den Zwangsbehandlungen von Kindern gezeigt werden kann.

Diese Wissensformen standen in der Praxis demnach in einem produktiven Widerspruch, der auf verschiedene Weise gelöst wurde. Die Akzeptanz wissenschaftlicher Konzepte durch gesellschaftliche Gruppen hing im Fall der *mental defectives* von Notwendigkeiten und Nützlichkeiten ab. Die Pathologisierung des Sozialen funktionierte demnach nicht einfach von oben nach unten. Eine einfache Durchsetzung des Konzepts *mental defective* lässt sich nicht erkennen. Vielmehr übernahmen sowohl Verwaltungen als auch Laien diejenigen Elemente, die ihnen nützlich und praktikabel erschienen. Die Glasgower Armenverwaltungen nutzten Teile des Modells für Maßnahmen mit Schulkindern und Jugendlichen.

Die betroffenen Laien bedienten sich im Alltag bestimmter Teilaspekte des Konzepts, um ihre Verhandlungspositionen mit Medizinern und Behörden zu stärken, wenn sie Verwandte z. B. einweisen lassen wollten. Gleichzeitig wehrten sich manche Familien auch gegen die Zumutungen, die pathologisierende Zuschreibungen erzeugten. Zudem begrenzte die monetäre und institutionelle Ausstattung sowie die geografische Ausdehnung der individuellen Armenverwaltungen eine gradlinige Durchsetzung. Finanziell schwache Verwaltungen ohne eigene Fürsorgeeinrichtungen in nur spärlich besiedelten, ländlichen Gebieten konnten zwar versuchen, *mental defectives* zu identifizieren und einer Behandlung zuzuführen. Da sie jedoch keine Angebote für die Familien machten, hatten diese Versuche kaum Einfluss auf das Leben der Betroffenen. Und selbst in Verwaltungen wie der Glasgower Armen- und Schulbehörde waren die Maßnahmen nur begrenzt einsetzbar, sowohl wegen der begrenzten Ressourcen als auch wegen des Widerstands von betroffenen Familien. Die Auseinandersetzungen und Konflikte im Vorfeld der Verabschiedung und in der Praxis führten dazu, dass weit weniger Menschen betroffen waren, als Eugeniker und Scharfmacher geplant hatten. Letztendlich blieb der *Mental Deficiency (Scotland) Act* ein weitgehend zahnloser Papiertiger.