

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

JOURNAL SUISSE DE MÉDECINE

Sonderdruck

Schweiz. med. Wschr. 94, Nr. 44, 1541-1546 (1964)

**Hirnforschungsinstitut
der Universität
Zürich**

Aus dem Medizinhistorischen Institut (Direktor: Prof. E. H. Ackerknecht)
und dem Institut für Hirnforschung (Direktor: Prof. K. Akert) der Universität Zürich

Wechselnde Formen der Unterbringung von Geisteskranken

Von E. H. Ackerknecht und K. Akert



SCHWABE & CO. VERLAG · BASEL/STUTTGART

Aus dem Medizinhistorischen Institut (Direktor: Prof. E. H. Ackerknecht)
und dem Institut für Hirnforschung (Direktor: Prof. K. Akert) der Universität Zürich

Wechselnde Formen der Unterbringung von Geisteskranken

Von E. H. Ackerknecht und K. Akert

I.

Die Unterbringung der Geisteskranken hat im Laufe der Geschichte verschiedentlich gewechselt. Sie ist unzweifelhaft von großer praktischer Bedeutung für den weiteren Verlauf der Erkrankung. Ihr Charakter reflektiert nicht nur, sondern formt teilweise auch die Auffassung der Zeitgenossen von den Geisteskranken. Auch die Art der Ärzte, die sich mit Geisteskranken beschäftigen, wird durch sie stark beeinflußt. Mindestens dreimal sind entscheidende Wendungen auf diesem Gebiet eingetreten: als die Kranken ins Allgemeinspital, ins Gefängnis, und schließlich in die Irrenanstalt verbracht wurden. Vielleicht stehen uns neue Veränderungen bevor, und es erschien uns darum nützlich, einmal kurz den geschichtlichen Ablauf zusammenzufassen und auf neuere amerikanische Erfahrungen zu verweisen, ehe wir uns mit der Zukunft beschäftigen.

Die Anfänge der Geisteskrankenversorgung sind noch in tiefstes Dunkel gehüllt [1]. Gewisse römische Gesetzesstellen lassen darauf schließen, daß damals Geisteskranke ins Gefängnis kamen [2]. Ob sonst noch irgendwelche über die private Sphäre hinausgehende Maßnahmen ergriffen wurden, entzieht sich unserer Kenntnis. Wir dürfen in diesem Zusammenhang nicht vergessen, daß der Sektor des Privaten im allgemeinen in jener Zeit ausgedehnter war als später. Auch Spitäler waren ja vor dem Erstarken des Christentums im Westen unbekannt.

Sie treten dann ab Ende des 4. Jahrhunderts, be-

ginnend mit der berühmten «Basiliad» in Caesarea (370), besonders im byzantinischen Reich in Erscheinung [3]. Sie sind, wie übrigens auch die arabischen und unsere Spitäler bis tief ins 19. Jahrhundert hinein, Anstalten, die nicht nur der Pflege von Kranken, sondern mehr oder weniger allen Hilfsbedürftigen (Greisen, gefallenen Mädchen, Findlingen, Waisen, Bettlern, Pilgern und Vagabunden) dienen. Es ist zwar durchaus möglich, ja wahrscheinlich, daß sich in diesen oft sehr ausgedehnten Instituten auch Abteilungen für Geisteskranke befunden haben; irgendwelche Beweise dafür existieren bis jetzt jedoch nicht.

Solche lernen wir erst bei den Arabern kennen. Bei den Mohammedanern findet sich bis auf den heutigen Tag ein andernorts unbekanntes Wohlwollen für den Geisteskranken, das sich auch im Koran widerspiegelt. Sei es nun als Folge dieser Tradition, sei es, daß die Araber, wie so häufig, eine uns in diesem Fall unbekannt byzantinische Sitte nachahmten, sie sind die ersten, von denen uns eine, wenn auch harte, Spitalpflege von Geisteskranken berichtet wird. *Libert* hat gezeigt, daß bereits in einer Erzählung aus «Tausend und einer Nacht» ein Irrenspital in Bagdad vorkommt [4]. Es muß sich dabei um die Zeit des Kalifen Mel-an-Sour (754–775) handeln. Es ist allerdings nicht klar, ob hier von einem Spezialinstitut oder einer Abteilung des prachtvollen Bagdader Spitals die Rede ist. Wir wissen hingegen, daß sich in Fostat in Ägypten in dem 875 errichteten Spital [5] sowie in Cairo (873) [6] Abteilungen für Geisteskranke befanden. Geisteskranke

Die Verhältnisse in den englischen Kolonien in Nordamerika, die später zu den USA wurden, ähnelten natürlich anfangs sehr denen des Mutterlandes. Sowohl «Gefängnis»- als auch «Spital»- oder «Irrenhaus»-Unterbringung existierten. 1731 wurde in Philadelphia ein «almshouse» gegründet, das sich später zum Philadelphia Hospital (Blockley) herausmauserte. Hier befanden sich von 1750 bis 1790 nachweislich Geisteskranke [36]. New York City erhielt 1735 ein «public workhouse», das später das berühmte Bellevue Hospital wurde. Hier hielten sich anscheinend von Anfang an sowohl Gefangene als auch Kranke und Irre auf. Gefangene und Irre verblieben dort bis 1839, selbst nach Umwandlung der Anstalt um 1816 in ein Spital [37].

Eines der Hauptargumente bei der Gründung des Pennsylvania Hospital im Jahr 1752 war, daß die Geisteskranken untergebracht werden müßten. Sie verblieben dort auch bis 1841 [38]. Im New York Hospital waren sie von 1741 bis 1821, als die Irrenabteilung als Sonderspital (Bloomingdale) vor die Stadt verlegt wurde [39]. Das Massachusetts General Hospital wurde wiederum weitgehend im Hinblick auf die Geisteskranken gegründet. Seine Irrenabteilung, das Mclean Asylum, wurde wegen größerer Dringlichkeit schon 1818, d. h. drei Jahre vor dem eigentlichen Spital, an getrennter Stelle eröffnet [40]. Die ersten Spezialanstalten in den USA waren das 1773 in Williamsburg, Virginia, eröffnete Irrenhaus, das Quäkerspital in Philadelphia (1813) und Hartford Retreat (1824). Mit den Spitälern in Worcester (1839) und Utica (1843) beginnt die Welle der Gründungen von State Hospitals [44].

II.

Die Abspaltung der Psychiatrie von der inneren Medizin erfolgte in der Mitte des 19. Jahrhunderts. Damit war die im Denken der europäischen Medizin bereits tief verankerte Trennung der körperlichen und seelischen Krankheiten auch äußerlich vollzogen, wobei die Gründung von Spezialanstalten und die rasch aufblühende Irrenhaus-Psychiatrie wesentlich zur Beschleunigung dieses Prozesses beigetragen hatten. Kein moderner Arzt wird heute bestreiten, daß die dualistische Auffassung der Medizin und die davon ausgehende Spaltung von körperlichem und seelischem Kranksein überholt sind und als unnatürlich empfunden werden. Es ist deshalb nicht erstaunlich, daß die Tendenz zur Wiedervereinigung von körperlichen und seelischen Krankheiten bereits seit Beginn des 20. Jahrhunderts, namentlich in den angelsächsischen Ländern, zunehmende Verwirklichung findet. Auf der Stufe der Universitätsklinik ist die von Adolph Meyer geführte Phipps Psychiatric Clinic (1913) am Johns Hopkins Hospital ein Beispiel der räumlichen und geistigen Nachbarschaft zwischen Psychiatrie und Allgemeinmedizin. Noch vorher wurde in Boston das Psychopathic Hospital als Abteilung des Boston State Hospital gegründet (1912). Wahrscheinlich war die erste dieser

Gründungen diejenige im Albany Hospital, wo 1902 eine psychiatrische Bettenabteilung für die Versorgung und Beobachtung psychiatrischer Patienten eingerichtet wurde. Im selben Jahr wurde eine solche Abteilung im Blockley-Spital, Philadelphia, 1907 im Universitätsspital von Michigan eröffnet. Daß damals schon die Voraussetzungen für die Integration günstig waren, mag man mit Recht bezweifeln. Und es ist kaum nötig, auf die vielen Nachteile der Unterbringung unruhiger Patienten in einem allgemeinmedizinischen Spital hinzuweisen. Und doch waren dies die ersten Schritte in der Richtung, die später allgemeine Anerkennung in den USA gefunden hat. Diese Bewegung zielt keineswegs auf die Wiederherstellung einer verkappten «organischen» Psychiatrie ab, sondern entspricht der empirisch begründeten Auffassung einer Korrelation psychischer und somatischer Vorgänge. Die Psychiatrie als selbständiges Lehrfach wird dadurch nicht in Frage gestellt, wohl aber die Berechtigung der isolierten psychiatrischen Anstalt, des Irrenhauses. Mit anderen Worten: *Es geht heute um die Frage der Abschaffung der Irrenhäuser und deren Ablösung durch eine neue Form der Unterbringung von Geisteskranken.*

Es lohnt sich, zunächst einmal die Nachteile des heutigen Irrenhauses aufzuzählen. Für den Patienten ergeben sich folgende: Es ist auch heute noch ein ausgesprochenes *Stigma* für einen geisteskranken Patienten und seine Angehörigen, in einem «Irrenhaus» versorgt zu sein und behandelt zu werden. Dieses Stigma hat soziale und wirtschaftliche Auswirkungen und sicher auch gesundheitliche Rückwirkungen auf den Kranken. Die Chancen, daß mit der seelischen Störung auch körperliche Leiden einhergehen, sind namentlich bei älteren Patienten recht hoch. Die Trennung der Disziplinen bringt es aber mit sich, daß solche körperliche Krankheiten diagnostisch und therapeutisch im Irrenhaus zu kurz kommen können. Als Nachteile für die Ärzte sei folgendes erwähnt: Theoretische Probleme: Durch die heute kaum mehr in Frage gestellte Anerkennung psycho-somatischer Wechselwirkungen und Krankheitsbilder ist zwar die strenge Scheidung zwischen Geistes- und Körperkrankheiten in letzter Zeit etwas gemildert. Immerhin bestehen heute z. B. in der Schweiz noch keine Lehrstühle für Psychosomatik, und namentlich die großen endogenen Psychosen (Schizophrenie und manisch-depressives Irresein) werden von vielen Psychiatern streng von körperlichen Krankheiten abgeschieden. Damit sind der medizinisch-biologischen Forschung Schranken und Schwierigkeiten in den Weg gesetzt, indem es bei uns nicht selten als aussichtslos oder unwissenschaftlich gilt, wenn die Schizophrenie heute z. B. in Schweden und in den USA als molekulare Krankheit mit Hilfe biochemischer Methoden angegangen wird. Man darf nicht übersehen, daß eine derartige dualistische Grundeinstellung der Psychiatrie die Gefahr der Einseitigkeit und der geistigen Isolation ebenso sehr in sich schließt

wie die extreme somatische Auffassung am Ende des 19. Jahrhunderts. Noch greifbarer sind die praktischen Konsequenzen der räumlichen Trennung der Anstalten. Die Psychiatrie läuft Gefahr, sich von der organischen Medizin auch kenntnisweise zu isolieren. Wichtige Fortschritte auf dem Gebiet der Stoffwechselstörungen werden dem Psychiater nur aus zweiter Hand bekannt; oftmals entgeht ihm überhaupt die Gelegenheit, neuere Forschungsergebnisse der Biologie und der somatischen Medizin auf deren Bedeutung und Anwendbarkeit auf sein eigenes Fachgebiet zu überprüfen. Solches ist nur in engem Kontakt mit den «Organikern» möglich, wie denn überhaupt im Zeitalter der zunehmenden Spezialisierung nur das Gespräch unter den Fachvertretern die Zusammenhänge einigermaßen erarbeiten läßt. Dazu gehören die häufigen Konsultationen auf den Abteilungen, das Tischgespräch im Krankenhausrestaurant und vor allem die regelmäßigen Staff-Meetings, die durch räumliche Trennung außerordentlich erschwert oder gar verunmöglicht sind. Im konkreten Fall darf man behaupten, daß das Fehlen der regelmäßigen und fachmännischen Betreuung der psychiatrischen Anstalten durch a) Neurologen, Neurochirurgen und Neuropathologen, b) Röntgenologen, c) Anästhesiologen, d) Kardiologen, e) Endokrinologen nicht selten zu unbefriedigenden Ergebnissen geführt hat.

Man darf auch feststellen, daß die Trennung der beiden Krankheitsgruppen nicht nur auf die Psychiatrie, sondern auch auf die somatische Medizin einen retardierenden Einfluß hat. Wie viele Patienten würden durch die Nähe eines Psychiaters profitieren! Aber auch wie viele Internisten, Chirurgen und Gynäkologen könnten von einem leicht erreichbaren Kollegen der Psychiatrie entscheidende Anregungen im Denken und Handeln erhalten!

Die im ersten Abschnitt aufgezeigte historische Entwicklung ist deshalb so wertvoll für unsere Betrachtung, weil sie zeigt, daß von Zeit zu Zeit ganz enorme Umstellungen im psychiatrischen Denken und Handeln vorgekommen sind: die Trennung von Verbrechern und Irren, die Befreiung der Geisteskranken von der Kette und von der Zwangsjacke! Diese für damalige Zeiten ungewöhnlichen Umstellungen wurden jedesmal erst ermöglicht, als die Zeit dafür reif war. Die Faktoren, die dabei als begünstigende Umstände eine Rolle spielten, sind im geschichtlichen Abschnitt im einzelnen dargestellt worden. Die Frage ist, sind wir heute nicht auch wieder reif für einen Umschwung? Wir glauben die Frage positiv beantworten zu können:

Erstens hat die Psychotherapie und die Psychopharmakologie die Patienten reif gemacht zur Wiedervereinigung mit körperlich Kranken. Man hat heute keine «Tollhäuser» mehr, die Patienten können mit wenigen Ausnahmen leicht beruhigt werden, und die Zusammenführung mit anderen Spitalabteilungen ist zumutbar. Sie ist den körperlich Kranken nicht nur

zumutbar, sondern sie könnte geradezu von erzieherischem Wert sein. Es tut jedem Menschen gut, wenn er sich im Laufe seiner Persönlichkeitsentwicklung ein Gesamtbild menschlichen Leidens machen kann. Dabei dürfte es ihm auch eher klar werden, daß geistig-seelische Leiden nicht als Spezialstrafe der Vorsehung oder als Berührung des Teufels anzusehen sind, sondern mit zu den vielen Leiden des menschlichen Schicksals gehören, für die wir als Einzelne und als Volk eine unmittelbare Verantwortung tragen.

Eine zweite Begründung liegt darin (leider müssen wir es zugeben), daß nämlich diese Idee im Ausland bereits weite Fortschritte gemacht hat und, wie wir glauben, den Bewährungstest bestanden hat. Es darf hier lobend hervorgehoben werden, daß allerdings auch in der Schweiz und namentlich in Zürich ein Anfang gemacht wurde. Es existiert nämlich am Kantonsspital Zürich eine Abteilung für psychiatrische Fälle. Diese Abteilung umfaßt 12 Betten und behandelt jährlich über 100 stationäre und 2000 ambulante Patienten. Diese Abteilung darf als großer Erfolg bezeichnet werden und geht auf die langjährigen Bemühungen von Professor M. Bleuler zurück. – Und im umgekehrten Sinne ist die Zürcher medizinische Poliklinik unlängst dazu übergegangen, psychosomatische Sprechstunden einzurichten, die regelmäßig von einem Psychiater betreut werden und beachtliche Erfolge aufzuweisen haben. Es muß aber betont werden, daß die hier zur Diskussion stehende Integrationsbewegung im Rahmen des Allgemeinspitals noch weit über die Möglichkeiten derartiger Bestrebungen hinausgehen.

Natürlich wirft die Wiedervereinigung psychisch und körperlich Kranker eine Reihe Probleme der praktischen Durchführbarkeit auf, die ein sorgfältiges Studium verlangen. Die Erfahrungen in den USA, über die eine ausgedehnte Literatur vorliegt, sollten hier mitberücksichtigt werden [42]. Eine der wichtigsten Fragen ist die Unterbringung der *Chronisch-Kranken*. Hier ist die Tendenz zur Aussonderung in allen Disziplinen der Medizin heute bereits fortgeschritten (Zentren oder Spezialabteilungen für Tuberkulöse, Rheumatiker, Paraplegiker, Alkoholiker usw.); sie ist vor allem infolge der Differenzierung in der Behandlung ein Gebot der Rationalisierung und Ökonomisierung der Kräfte und Mittel. Man sollte aber trotzdem das Anliegen der Integrationsbewegung berücksichtigen, indem psychiatrische und somatische Abteilungen im Rahmen von *Krankenhaus-Dörfern* die wünschbare Nachbarschaft zwischen Ärzten und Patienten der verschiedenen Abteilungen gewährleisten. Von M. Bleuler liegt ein derartiger Plan für die Unterbringung von Alterspsychosen vor, welche neben der psychiatrischen insbesondere auch eine intensive internistische Betreuung benötigen. Es ist zu hoffen, daß solche Bestrebungen von seiten der Behörden das nötige Verständnis finden werden.

Viel einfacher wird sich die Integration auf dem

Gebiet der *akuten* Psychosen durchführen lassen. Moderne Spitalbauten, insbesondere alle neuen Regional- und Kantonsspitäler, sollten inskünftig Bettenabteilungen für psychiatrische und psychosomatische Krankheiten einschließen. In solchen Krankenhäusern werden die Psychiater zu unmittelbaren Fachkollegen der Internisten, Chirurgen und Geburtshelfer. Vergewegen wir uns die Vorteile für den Patienten: Die Belastung der Einweisung ins Irrenhaus fällt weg, und die Aussichten auf eine zweckmäßige Therapie durch eine psychiatrisch wie somatisch gut ausgebildete Ärzteschaft sind sicher gut. Für die Ärzte ergibt sich eine lebendige und dauernde Beziehung zwischen psychiatrischer und medizinischer Praxis und Forschung. Gleichzeitig entsteht im «Spital-Psychiater» ein neuer Stand, der den «Anstalts- oder Irrenhauspsychiater» allmählich ablösen wird. Eine solche Verschiebung dürfte das Berufsbild des modernen Psychiaters in nicht zu unterschätzender Weise beeinflussen. Die Rückkehr der Psychiatrie in das Allgemeinspital würde sich sowohl für Patienten wie für Ärzte als nützlich erweisen.

Zusammenfassung. – Die ersten authentischen Angaben über die Unterbringung von Geisteskranken stammen aus dem arabischen Kulturkreis. Es handelt sich dabei sowohl um Spezialabteilungen in Allgemeinspitälern wie um Spezialspitäler. Diese Unterbringungsformen finden sich auch später im mittelalterlichen Europa. Das absolutistische Unternehmen, alle «Asozialen» zu internieren, bringt dann im 17. Jahrhundert die Mehrzahl der Geisteskranken in Bettlergefängnisse (je nachdem «Hôpital Général», «workhouse» oder Zuchthaus genannt). Aus diesen werden sie erst durch die Gründung von Irrenhäusern am Anfang des 19. Jahrhunderts erlöst.

In den USA zeichnet sich seit Beginn des Jahrhunderts die Tendenz ab, die Geisteskranken wieder zum großen Teil in Spezialabteilungen in Allgemeinspitälern aufzunehmen. Die Vorteile eines solchen Verfahrens für Patienten und Ärzte werden im Detail untersucht.

Summary. – The earliest reliable account of the housing of the insane is found in medieval Arabic writings, and concerns both special wards in general hospitals and special hospitals. The same institutions are also to be found later in medieval Europe. The absolutist policy of interning all «asocial» individuals in the 17th century drove the majority of the insane into beggar prisons (the *Hôpital Général*, workhouse or Zuchthaus, according to the country concerned). They were rescued from this fate only at the beginning of the 19th century, with the foundation of special institutions such as insane asylums, etc.

Since the early years of this century there has been a noticeable tendency in the USA to bring the insane back into special divisions of the general hospitals. The advantages of this policy are discussed in detail.

1. *Koty J.*: Die Behandlung der Alten und Kranken bei den Naturvölkern. Stuttgart 1934. – 2. *Léger G.*: Le régime administratif des aliénés, S. 6. Paris 1900. – 3. *Bloch I.*: Byzantinische Medizin, in: *Neuburger und Pagel*: Handb. d. Gesch. d. Med., Bd. I, S. 499. Jena 1902. – 4. *Libert L.*: Les aliénés en Orient. *L'Informateur des Aliénistes* 1914, 216. – 5. *Desruelles M.* und *Bersot H.*: L'assistance aux aliénés chez les Arabes. *Ann. méd. psychol.* 1938, 16; s. auch *Stachelin J. E.*: Zur Geschichte der Psychiatrie des Islam. *Schweiz. med. Wschr.* 87, 1151 (1957). – 6. *Browne E. G.*: Arabian medicine, S. 100. Cambridge 1921. – 7. *Elgood C.*: A medical history of Persia, S. 180. Cambridge 1951. – 8. *Desruelles M.*: l. c. S. 17 (s. Nr. 5). – 9. *Howard J.*: Von den vorzüglichsten Krankenhäusern in Europa. S. 161, 199. Leipzig 1791. – 10. *Desmaisons*: Des asiles d'aliénés en Espagne, S. 40ff. Paris 1859. – 11. *Desmaisons*: S. 33 (s. Nr. 10). – 12. *Desruelles M.*: l. c. S. 19 (s. Nr. 5). – 13. *Mackay D. L.*: Les hôpitaux à Paris au XIIIe siècle, S. 69. Paris 1923. – 14. *Vallery-Radot P.*: Deux siècles d'histoire hospitalière, S. 21. Paris 1947. – 15. *Fosseyeux M.*: L'Hôtel-Dieu de Paris au XIIIe siècle, S. 278. Paris 1912. – 16. *Bonnafous-Sérieux H.*: La Charité de Senlis, S. 11. Paris 1936. – 17. *Esquirol J. D.*: Maisons d'aliénés. In: *Dict. Sci. Méd.*, Bd. XXX, S. 47–61. Paris 1818. – 17a. *Foucault M.* und *Rosen G.* (Folie et de raison. Paris 1961, und Social attitudes to madness in 17th and 18th century. *Europe J. Hist. Med.* 18, 220–240 [1963]) sind den philosophischen Hintergründen dieser Maßnahmen nachgegangen. – 18. *Bonnafous-Sérieux H.*: l. c. S. 37 (s. Nr. 16). – 19. *Kirchhoff Th.*: Geschichte der Psychiatrie in Aschaffenburg. *Handb. Allg. Teil*, 4. Abt. S. 26. Leipzig 1912. – 20. *Kerschensteiner H.*: Geschichte der Münchener Krankenanstalten, S. 10. München 1939. – 21. *Reicke S.*: Das deutsche Spital und sein Recht im Mittelalter, Bd. 2, S. 201. Stuttgart 1932. – 22. *Kirchhoff Th.*: l. c. S. 26 (s. Nr. 19). – 23. *Kirchhoff Th.*: Das Julius-Spital Würzburg, S. 11. Würzburg 1953. – 24. *Lachr H.*: Gedenktage der Psychiatrie. S. 341, 52, 326. Berlin 1893. – 25. *Kirchhoff Th.*: l. c. S. 37 (s. Nr. 19); dies dauerte bis 1829. – 26. *Howard J.*: l. c. S. 523 (s. Nr. 9). – 27. *Kraepelin E.*: Hundert Jahre Psychiatrie. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* 38, 229 (1918). – 28. *Nasse K.*: Geschichtliche Entwicklung der rheinischen Irrenpflege. S. 12. Düsseldorf 1880. – 29. *Milt B.*: Geschichte des Zürcher Spitals. In: *Zürcher Spitalgeschichte*, Bd. I, S. 40–43. Zürich 1957. *Bleuler M.*: *ibid.* Bd. II, S. 378. – 30. *Morgenthaler H.*: Geschichte des Bürgerspitals Bern, S. 28. Bern 1945. *Morgenthaler W.*: Bernisches Irrenwesen, S. 56. Bern 1915. – 31. *Bruckner A.*: In: Das Bürgerspital Basel 1260–1946, S. 34, 38, 39, 58. Basel 1946. – 32. *Gautier L.*: La médecine à Genève, S. 346. Genève 1900. – 33. *Hack-Tuke D.*: Chapters in the history of the insane in the british isles, S. 45, 52. London 1882. – 34. *Jones K.*: Lunacy, law and conscience, S. 2, 9. London 1955. – 35. *Jones K.*: *ibid.* S. 219. – 36. *Hunter R. H.*: The origin of the Philadelphia General Hospital, S. 11. Philadelphia 1955. – 37. *Packard F. R.*: History of medicine in the US., Bd. I, S. 257. New York 1931. – 38. *Packard F. R.*: *ibid.* S. 219. – 39. *Packard F. R.*: A psychiatric milestone, S. 13. New York 1921. – 40. *Packard F. R.*: Massachusetts General Hospital. Memorial Volume, S. 41ff. Boston 1921. – 41. *Deutsch A.*: The mentally ill in America, S. 139. New York 1937. – 42. *Pearsall M.*: Medical behavioral science. A select bibliography. Univ. of Kentucky Press 1963.