



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

DER PSYCHISCH KRANKE
ZUM WANDEL DER SICHTWEISE PSYCHIATRISCHER
ERKRANKUNGEN

Angestrebter akademischer Grad
Magistra der Philosophie (Mag. phil.)
an der Universität Wien

Verfasser/in:	Nadine Rapold
Matrikelnummer:	0106102
Studienrichtung lt. Studienbuchblatt:	A 312 Geschichte
Begutachter/in:	ao. Univ.-Prof. Dr. Birgit Bolognese- Leuchtenmüller
Wien, im Monat Jahr:	April 2008

Meiner Mutter und Großmutter gewidmet

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort	5
2	Einleitung	7
3	Historischer Rückblick der Psychiatrie Geschichte	12
3.1	Von den Anfängen in der Antike bis ins 20. Jahrhundert	12
3.1.1	Die Psychiatrie bei den Römern und Griechen	13
3.1.2	Die Psychiatrie im Mittelalter und der Renaissance	17
3.1.3	Die Psychiatrie im 17. und 18. Jahrhundert	20
3.1.4	Die französische Schule	28
3.1.5	Die Psychiatrie im 19. Jahrhundert	35
3.1.5.1	Exkurs: Psychiker versus Somatiker	38
3.1.5.2	Wilhelm Griesinger und die 1. biologische Psychiatrie	44
4	Die Psychiatrie in Österreich	51
4.1	Theodor Meynert und sein Wirken	56
4.2	Die Fieberkur von Julius Wagner Jauregg	63
4.3	Sigmund Freud und die Psychoanalyse	66
5	Die Psychiatrie im Nationalsozialismus	75
5.1	Ideologische Hintergründe	75
5.2	Der Beginn der Zwangssterilisierungen	77
5.3	Die Euthanasie an psychisch Kranken	81
5.4	Kindereuthanasie	87
5.5	Neue Therapieverfahren im Nationalsozialismus	88
5.6	Die Situation in der Psychiatrie nach 1945	91
6	Neuere Entwicklungen im 20. Jahrhundert	93
6.1	Die zweite biologische Psychiatrie	93
6.1.1	Die ersten wirksamen Medikamente	93

6.1.2	Krankenversorgung und Psychiatrie Reform _____	96
7	Historische Entwicklung einer psychiatrischen Systematik ____	99
7.1	Traditionelle Nosologien _____	103
7.2	Die Klassifikation von Heinroth und Jacobi _____	109
7.3	Das Konzept der Einheitspsychose _____	113
7.4	Karl L. Kahlbaum und sein Einfluss auf die Psychiatrie ____	115
8	Neue Sichtweise der psychiatrischen Erkrankungen im 20. Jahrhundert _____	119
8.1	Emil Kraepelin und Eugen Bleuler _____	119
8.1.1	Die Klassifikation von Emil Kraepelin _____	119
8.1.2	Das Dichotome Modell von Kraepelin _____	124
8.1.3	Bleuler und sein Schizophreniekonzept _____	130
8.1.4	Exogene Nervenkrankheiten _____	134
8.1.5	Körperbautypen und psychische Erkrankungen _____	136
8.1.5.1	Pyknischer Typ _____	137
8.1.5.2	Asthenischer oder Leptosomer Typ _____	138
8.1.5.3	Athletische Typ _____	138
8.1.6	Die Psychopathologie von Kurt Schneider _____	139
9	Die Klassifikationen im 21. Jahrhundert _____	145
9.1	ICD und DSM in ihrer historischen Entwicklung _____	146
10	Die Antipsychiatrie _____	150
11	Schlussbemerkung _____	169
12	Verzeichnisse _____	174
12.1	Literatur _____	174
12.1.1	Monographien _____	174
12.1.2	Zeitungen und Zeitschriften _____	185
12.2	Internetverzeichnis _____	187

12.3	Abkürzungsverzeichnis	188
12.4	Tabellenverzeichnis	189
13	Anhang	190
13.1	Curriculum vitae	190
13.2	Abstract	191

1 Vorwort

Bei der Entstehung dieser Diplomarbeit, wäre es ohne die Hilfe gewisser Personen nicht möglich gewesen, diese zu verfassen. An dieser Stelle möchte ich die Gelegenheit nutzen, mich bei ihnen zu bedanken.

Als erstes möchte ich mich bei a.o. Univ. Prof. Dr. Birgit Bolognese-Leuchtenmüller bedanken, die mein Thema bereitwillig angenommen und mich mit Ratschlägen unterstützt hat.

Des Weiteren gilt mein Dank, Herrn Mag. (FH) Hans Witek, der mir mit sehr vielen Literaturhinweisen eine neue Sichtweise auf mein Thema ermöglicht hat.

An dieser Stelle sei auch den Mitarbeitern des Instituts für Geschichte der Medizin gedankt, die immer alles daran gesetzt haben, mir die nötige Literatur, so rasch wie möglich zur Verfügung zu stellen.

Fern ab der Universität gilt mein Dank besonders meiner Mutter Anna jun. und meiner Großmutter Anna sen., die mir erst mein Studium in Wien ermöglicht und mich während der ganzen Zeit mental, wie auch finanziell unterstützt haben. An dieser Stelle sei diesen zwei hervorragenden Menschen mein besonderer Dank ausgesprochen.

Nicht unerwähnt bleiben darf die Unterstützung meiner Freunde, die mich meine ganze Studienzeit und hoffentlich darüber hinaus begleitet haben und werden.

Auch möchte ich ihnen für das Korrekturlesen, die Hilfe beim Formatieren für die Geduld und die Motivation, die sie mir während des Schreibens meiner Arbeit entgegenbrachten, danken.

Ohne die Unterstützung und Hilfe dieser genannten Personen, wäre es mir nicht möglich gewesen die Arbeit in dieser Form zu verfassen.

DANKE!

Nadine Rapold April 2008

2 Einleitung

„Wer auf mühsamen Pfaden einem fernen Ziel zustrebt, wird gut tun, von Zeit zu Zeit seinen Blick rückwärts zu wenden. [...] Wenn irgendwo, so ist eine solche rückschauende Betrachtung angezeigt auf dem Gebiete der Psychiatrie. [...]“¹

Die Motivation eine Geschichte der Psychiatrie zu schreiben, hatte seinen Ursprung darin, dass im 21. Jahrhundert psychisch Kranke, nach wie vor stigmatisiert und ausgegrenzt werden. Immer wieder vernimmt man aus den Medien die Worte „Geisteskrank“, „Psychopath“ und „Irrenhäuser“; Worte, von denen man annehmen müsste, dass sie der Vergangenheit angehörten.

„Psychisch Kranke sind in Österreich [und in anderen europäischen Ländern] Kranke zweiter Klasse“² Zwar bemüht man sich, jetzt schon seit über 20 Jahren eine Besserung dieses Zustandes zu erreichen, dennoch kann man das 2 Klassen System nicht verleugnen. Die Autorin wollte aufzuzeigen, dass psychische Erkrankungen den somatischen Krankheiten gleichzustellen sind und ihnen auch dementsprechend eine adäquate Behandlung zusteht.

Die größte Schwierigkeit bei der Verfassung dieser Arbeit bestand darin, dass es eine Fülle an Literatur gab. Nach mehrmaligen Selektionen ist es der Autorin schließlich gelungen, die für sie relevanten Schriften ausfindig zu machen.

¹ Kraepelin, E.: Hundert Jahre Psychiatrie. Ein Beitrag zur Geschichte der menschlichen Gesittung. Berlin. 1918. S. 1.

² Katschnig, H; Schöny, W; Etzersdorfer E.: Die psychiatrische Versorgung in Österreich zwischen Anspruch und Wirklichkeit. IN: Meise, U. (Hrsg.): Die Versorgung psychisch Kranker in Österreich. Eine Standortbestimmung. Wien/ NY 1991. S. 4.

Die Arbeit hätte sich in seinem Ursprung auf Primär Quellen gestützt, da dieser Zugang aber vehement verweigert wurde, stützt sie sich zum größten Teil auf Sekundär Quellen; Sprich einschlägiger Literatur, wie diverseren Zeitungsartikeln, auch das Internet bot zum Teil einige brauchbare Quellen.

In dieser Arbeit wurde versucht, einen Überblick über die Wahrnehmung des psychisch Kranken seit der Antike bis in unsere Tage zu geben. Der 1. Teil beschäftigt sich mit einem historischen Rückblick seit der Antike, wobei der Umgang mit dem psychisch Kranken im Mittelpunkt steht, wie auch die wichtigsten Vertreter der jeweiligen Epoche. Im 2. Teil geht die Autorin verstärkt auf die historische Entwicklung einer psychiatrischen Systematik ein, um zu zeigen, wie sich das Verständnis der psychischen Erkrankungen sich im Laufe der Jahrhunderte gewandelt hat. Abschließend, im Teil 3 wird die Antipsychiatrie näher beleuchtet, die einen maßgeblichen Einfluss auf die Weiterentwicklung der Psychiatrie hatte, der auch in der heutigen Zeit noch spürbar ist.

Vor allem die Werke von Edward Shorter *„Geschichte der Psychiatrie“*, von Heinz Schott und Rainer Tölle *„Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege und Behandlungsformen“*, wie auch die Schrift von Franz Alexander und Sheldon Selesnick *„Geschichte der Psychiatrie. Ein kritischer Abriss der psychiatrischen Theorie und Praxis von der Frühgeschichte bis zur Gegenwart“*, erwiesen sich als unentbehrliche Standardwerke für die Verfassung dieser Arbeit. Nicht zu vergessen die viel rezitierte Monographie von Erwin Ackerknecht *„Kurze Geschichte der Psychiatrie“*.

Das Ziel, das mit dieser Arbeit verfolgt wurde, war es, interessierte LeserInnen zu erreichen, die sich ebenfalls mit der Thematik der Psychiatrie auseinandersetzen. Zudem wollte die Autorin auch zeigen,

dass die Reformbedürftigkeit dieser medizinischen Disziplin noch lange nicht abgeschlossen ist, wie der erst jüngste Skandal im Otto Wagner Spital zeigt.

Eine Mitarbeiterin des Spitals, die anonym bleiben wollte, klagte über unmenschliche Zustände in der Psychiatrie.

*„Die Behandlung dieser Menschen in Ausnahmesituationen erfordert natürlich oft den Einsatz ungewöhnlicher Mittel. Doch in letzter Zeit hat die Betreuung unmenschliche Züge angenommen.“*³ Die Vorwürfe, die die Pflegerin zur Sprache brachte, waren verheerend. Zum einen verwendet das Otto Wagner Spital wieder Netz und Käfig Betten, die eigentlich Relikte aus der grauen Vorzeit der Psychiatrie sind. *„Es gibt keine geschlossene Abteilung und auch kein Sicherheitspersonal im Spital. Also werden die Menschen eingesperrt und mit Medikamenten ruhig gestellt.“*⁴

Auch wird die vier Punkt Fixierung wieder verstärkt eingesetzt. Patienten werden an Händen und Füßen mit Gurten ans Bett gefesselt, wohl die drastischste Form der Unterbringung. *„Manchmal sind vier Personen pro Station gleichzeitig fixiert. Früher war das ganz ganz selten der Fall. Bei guter Betreuung wäre diese unnötige Qual auch vermeidbar. Die Leute versuchen oft sich verzweifelt loszureißen.“*⁵

Die langjährige Pflegerin bemängelte auch die Hygiene, die im Otto Wagner Spital herrscht. Eingesperrte Patienten können nicht aufs WC gehen beziehungsweise die Pfleger können es nicht bewerkstelligen. *„Die Patienten liegen dann stundenlang in ihren Exkrementen. Zudem wird auch die Bettwäsche nicht oft genug gewechselt.“*⁶

³ Wiener Zeitung. Nr. 242. Wien 2007. S. 3.

⁴ Ebd. S. 3.

⁵ Ebd. S. 3.

⁶ Ebd. S. 3.

Eines der schwersten Vorwürfe ist mit Sicherheit, dass die Ärzte dort „Blankounterschriften“ geben.

„Am Otto Wagner Spital gibt es aber eine stille Abmachung, dass die Pfleger hier freie Hand haben. Entweder liegen diese <Beschränkungszettel> mit Blankounterschriften der Ärzte auf oder die Bewilligung erfolgt erst nachträglich.“⁷

Die Gründe, die zu dieser Situation geführt haben, sind vielfältig. Zum einen liegt es daran, dass es einen erheblichen Notstand bei den Pflegekräften gibt und zum anderen leiden immer Menschen an psychischen Erkrankungen, sodass es zu erheblichen Überfüllungen in den Krankenhäusern kommt. Zuerst wurden die Vorwürfe vehement abgestritten, aber es sind zahlreiche neue Beweise aufgetaucht, die die Anschuldigen der Pflegerin bestätigen. Patientenvertreter sind schockiert über die brisanten Dokumente, die jetzt ans Licht gekommen sind. Alles weitere wird jetzt dem Staatsanwalt zur Überprüfung übergeben.⁸

Es ist erschreckend und traurig, dass sich dieser Vorfall im 21. Jahrhundert zugetragen hat. Diese Diplomarbeit soll dazu beitragen, dass man psychisch Kranke mit anderen Augen betrachtet. Es sind Kranke, die das Recht auf medizinische Versorgung haben, wie jeder somatisch Erkrankte auch.

Es hilft keinem, wenn sie stigmatisiert, kriminalisiert und ausgegrenzt werden.

Auf der Homepage des Landeskrankenhauses Klagenfurt findet man die richtigen Worte dafür:

„Ziel der medizinischen und psychologischen Betreuung an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie ist es, mit Geborgenheit, Ruhe und persönlicher Fürsorge den Weg in ein normales Leben zu ebnen beziehungsweise die

⁷ Wiener Zeitung. Nr. 242. Wien 2007. S. 3.

⁸ Vgl.: Wiener Zeitung. Nr. 243. Wien. 2007. S. 13.

Lebensqualität der Patienten wesentlich zu verbessern. Denn psychische Krankheitsbilder sind genauso gut behandelbar wie körperliche. Zudem ist es ein Anliegen der Abteilung, Vorurteile gegen psychisch kranke Menschen abzubauen und der Thematik den Status einer Krankheit wie jeder anderen zu geben“.⁹

Dieses Ziel gilt es nun in die Tat umzusetzen, damit man diesen Menschen die Hilfe zukommen lassen kann, die sie verdient haben.

Wie auch Viktor Freiherr von Weizsäcker so treffend formulierte:

„Krankheiten entstehen nicht nach Art irgendeines Zufalls, sondern aus einer leidenschaftlichen Lebensbewegung. Ein Begreifen ihres Werdens hängt davon ab, ob man dieser Bewegung der Leidenschaft zu folgen vermag.“¹⁰

Dieser Leidenschaft soll in dieser Diplomarbeit nachgegangen werden, um zu zeigen, dass psychisch Kranke Menschen, auch nur Menschen sind, die eine adäquate Behandlung verdienen.

⁹ <http://www.lkh-klu.at/743.html> 15. März. 19Uhr38.

¹⁰ Zit. nach : Holzer, W.: Therapie der Nerven und Geisteskrankheiten. Wien. 1951. S. 1.

1. Teil

Der 1. Teil dieser Arbeit beschäftigt sich mit dem Beginn der „Psychiatrie“ in der Antike und den jeweils wichtigsten Vertretern und verfolgt die Entwicklung bis ins 20. Jahrhundert

3 Historischer Rückblick der Psychiatrie Geschichte

3.1 Von den Anfängen in der Antike bis ins 20. Jahrhundert

Im Selbstverständnis der modernen Medizin begegnet uns kein Gebiet, das in seinem Wesen widerspruchsvoller, in seinen Ausmaßen vielgliedriger in seiner Motivation unruhiger wäre als die Psychiatrie.“¹¹

Das Konzept des Wahnsinns war schon lange bekannt, seit jeher wurden seltsame Verhaltensweisen wahrgenommen, die nicht der Norm entsprachen und als abnormal bezeichnet.¹² *„Psychisch Kranke gibt es wahrscheinlich, solange uns Geschichte von Menschen überliefert ist.“¹³*

Der Wahnsinn ist [daher] so alt wie die Menschheit selbst. Archäologen haben bis zu 7000 Jahre alte menschliche Schädel mit Spuren von Trepanationen gefunden- mit kleinen Löchern, die mit Werkzeugen aus Feuerstein gebohrt

¹¹ Schipperges, H.: Psychiatrische Konzepte und Einrichtungen in ihrer geschichtlichen Entwicklung. IN: Kisker, K.P. u.a. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Bd. 3. Berlin. 1975. S. 1.

¹² Vgl.: Stark, M. V.: Entwicklungen in der Behandlung Psychisch Kranker seit den 50er Jahren im Deutschen, Italienischen und Angloamerikanischen Sprachraum. Wien. 1994. S. 3.

¹³ Kolle, K.: Einführung in die Psychiatrie. Stuttgart. 1960. S. 9.

wurden, durch die wohl die Dämonen entfliehen sollten, von denen die Person vermeintlich besessen war.“¹⁴

Der Wahnsinn hat im Laufe der Geschichte immer wieder verschiedene Reaktionen hervorgerufen. Man wollte die „Wahnsinnigen, Irren, Tollsüchtigen“ einerseits überwachen, wegsperren, verwahren andererseits versuchte man ihnen zu helfen und wenn möglich zu heilen. Bevor die Psychiatrie sich als eigenständige Wissenschaft etablierte, beschäftigte man sich kaum mit diesen Problemen und auch die Öffentlichkeit zeigte kein besonderes Interesse daran. Obwohl man bereits in der Antike einen Zusammenhang zwischen somatischen und psychischen Krankheiten erkannte, wusste man noch nicht, wie man diesen Menschen helfen konnte. Diese Hilflosigkeit gegenüber den Kranken führte zu einer Verarmung und Vernachlässigung dieser Menschen. Der psychische, wie auch der moralische Verfall der Volksmassen, erreichte in vergangenen Jahrhunderten erschreckende Ausmaße, die man sich heute kaum mehr vorstellen kann.¹⁵

3.1.1 Die Psychiatrie bei den Römern und Griechen

Die Geschichte der Psychiatrie, wie die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Medizin im Allgemeinen, beginnt mit den Griechen. Die Griechen sprachen sich im Gegensatz zu den älteren Hochkulturen, die von übernatürlichen Kräften ausgingen, für natürliche Erklärungen aus. Man kann daraus schließen, dass die Griechen die Begründer der wissenschaftlichen Medizin und Psychiatrie waren. Leider

¹⁴ Porter, R.: Wahnsinn. Eine kleine Kulturgeschichte. Frankfurt a. M. 2007. S. 16.

¹⁵ Vgl.: Stark, M. V.: Entwicklungen in der Behandlung Psychisch Kranker seit den 50er Jahren im Deutschen, Italienischen und Angloamerikanischen Sprachraum. Wien. 1994. S. 3-4.

ist dabei festzuhalten, dass nur sehr wenige griechisch- römische Dokumente erhalten geblieben sind.^{16 17}

Die großen griechischen Mediziner waren eindeutig Hippokrates (460-377 v. Chr.) und Galen (130-201 n. Chr.), die jedoch immer nur am Rande die Geisteskrankheiten erwähnten, was ihnen auch später Phillipe Pinel - auf den in Kapitel 3.4. genauer eingegangen wird- vorwarf. Er machte sie wegen ihres Desinteresses verantwortlich, dass die Psychiatrie bis zum 18. Jahrhundert keine wesentlichen Fortschritte machte.¹⁸

Dennoch gibt es einige beachtliche Erkenntnisse aus der Antike. Man griff nun auf natürliche Erklärungen von Geisteskrankheiten zurück und suchte eine Verknüpfung zwischen körperlichen und seelischen Vorgängen. Im „*Corpus hippocratum*“¹⁹, die von Hippokrates verfassten Schriften, entwickelte er die so genannte „*Humoralpathologie*“, die dann später von Galen ausformuliert wurde und als „*Galenismus*“ eine weite Verbreitung erfuhr.²⁰

Die „*Humoralpathologie*“ bezog sich auf die 4 Säfte- Lehre, die das Temperament auf die Säfte im Körper zurückführte. So stand das Blut für den Sanguiniker (lebhafter, heiterer Mensch), die gelbe Galle für den Choleriker (leidenschaftlicher, jähzorniger Mensch), die schwarze Galle für den Melancholiker (trübsinniger, schwermütiger Mensch) und der Schleim für den Phlegmatiker (körperlich träger, geistig wenig regsamer Mensch). Kam es folglich zu einer Störung im Säfte- Gleichgewicht, gingen die

¹⁶ Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967. S. 10-11.

¹⁷ Vgl.: zum Thema Psychiatrie in der Antike auch: Al-Dubayan, A.: Über die Anatomie der Nerven. Originalschrift und alexandrinisches Kompendium in arabischer Überlieferung. Berlin. 2000.

¹⁸ Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967. S. 11.

¹⁹ Vgl. zum Corpus hippocratum auch: Hippocrates: Gedanken ärztlicher Ethik aus dem Corpus Hippocraticum. Amsterdam. 1942. wie auch: Hippocrates: Der wahre Arzt. Übertragen von Wilhelm Capelle. Zürich. 1959.

²⁰ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege und Behandlungsformen. München. 2006. S. 33-48.

Griechen davon aus, dass dies für die Entstehung von Krankheiten verantwortlich sei.²¹

Die klassische Krankheitstheorie der Griechen, die soeben erwähnt wurde, hatte dann auch erheblichen Einfluss auf die Römer.

Zu nennen wären hier zweifellos Cicero (106-43 v. Chr.), Aurelius Cornelius Celsus (30 n. Chr.), Soranus von Ephesus (ca. 100 n. Chr.) und Aretäus von Kapadozien (ca. 150 n. Chr.).²² Durch Glück, ist eines der Werke von Soranus in lateinischer Schrift aus dem 5. Jahrhundert erhalten geblieben. Darin ließt man zum Beispiel: „[...] es sei einfacher und besser die Geisteskranken in die Hände von Pflegern zu geben, als sie in Fesseln zu legen.“²³; Bemerkenswert dieser Pflegegedanke in der Psychiatrie, wenn man bedenkt, wann er geäußert wurde.

Bei der Systematisierung der „Geisteskrankheiten“ gingen diese Autoren von drei Erkrankungen aus.

- 1) Phrenitis (Phren ursprünglich das Zwerchfell, man dachte der Geist sitzt dort)²⁴
- 2) Manie
- 3) Melancholie

Diese drei Krankheiten wurden von ihnen als körperliche Krankheiten angesehen und dementsprechend auch analysiert und wenn möglich behandelt. Dennoch wurde das Gehirn bei diesen Autoren fast nie

²¹ Vgl.: Arolt, V.: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin. 2004. S. 332-337.

²² Vgl.: Alexander, F.G., Selesnick, S. T.: Geschichte der Psychiatrie. Ein kritischer Abriss der psychiatrischen Theorie und Praxis von der Frühgeschichte bis zur Gegenwart. Zürich. 1969. S. 47-73.

²³ Zit. nach: Seidler, E.: Der Pflegegedanke in der Entwicklung der Psychiatrie. IN: Die Agnes Karll- Schwester. Sonderdruck aus Heft 11. Jahrg. 18. Wien. 1964. S. 1. Siehe zu Humanitäts- und Pflegegedanke in der Psychiatrie auch: Jetter, D.: Der Humanitätsgedanke in der Psychiatrie. IN: Tropon (Hrsg.): Das ärztliche Gespräch. Bd. 12. Köln. 1970. S. 5-15.

²⁴ Phrenologie: Zwerchfell; Geist, Verstand; Lehre nach der im Gehirn gewisse geistige Eigenschaften lokalisiert seien und sich diesen in der Schädelform äußern müssen. Vgl.: Pschyrembel, W.: Klinisches Wörterbuch mit klinischen Syndromen. Berlin/NY. 1975. S. 941.

genannt, das lag zum größten Teil daran, dass über dieses Organ, wie auch über die Nerven keinerlei Vorstellung herrschte. Trotz diversen Irrwegen und falschen Vorstellungen brachte die Psychiatrie der Griechen und Römer die ersten klinischen Beobachtungen und Einteilungsversuche auf dem Gebiete der „Geisteskrankheiten“ zum Vorschein. Über die Unterbringung der Kranken weiß man jedoch nichts aus dieser Zeit, da es noch keine krankenhaushähnlichen Einrichtungen gab. Man könnte vermuten, dass die „Geisteskranken“ vielleicht in so einer Art „Gefängnis“ untergebracht wurden. Über einschlägige Beweise, dass es Spezialeinrichtungen für diese Art von Kranken gegeben hat, weiß man mit Sicherheit erst aus dem Mittelalter.²⁵

Die letzte wichtige Person, die in diesem Zusammenhang Erwähnung finden muss, ist Cölius Aurelianus (ca. 5 n. Chr.), der Zeitgenosse von Trajan und Hadrian. Er war es, der die chronischen Krankheitsformen als verschiedene Varietäten einer Krankheit zusammenfasste. Man könnte sagen, dass er der erste war, der das Konzept der Einheitspsychose vertrat, die erst im 19. Jahrhundert zum tragen gekommen ist. Des Weiteren distanzierte sich Aurelianus ganz klar von der hippokratischen Säftelehre, weil er sich überzeugt nur für somatische und psychische Krankheitsursachen aussprach. Bei ihm muss man ebenfalls noch erwähnen, dass er, im Gegensatz zu seinen Kollegen, jegliche Formen der Zwangsmittel bei der Behandlung ablehnte. Er trat entschieden für die These ein, dass „Geisteskrankheiten“ nichts anderes seien als Erkrankungen des Gehirns mit auftretenden psychischen Symptomen. Dies war seiner Meinung nach auch der Grund, warum diese Kranken dem Bereich des Arztes zugesprochen werden mussten, und nicht den Philosophen, da sie nicht über die notwendigen Kenntnisse verfügten,

²⁵ Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1976. S. 16. wie auch: Alexander, F.G., Selesnick, S. T.: Geschichte der Psychiatrie. Ein kritischer Abriss der psychiatrischen Theorie und Praxis von der Frühgeschichte bis zur Gegenwart. Zürich. 1969. S: 73-74.

diesen Menschen zu helfen. Bedenkt man in welcher Zeit diese fortschrittlichen Aussagen gemacht wurden, erscheint es einem fast unverständlich, warum es später im Mittelalter zu solch herben Rückschritten in der Psychiatrie gekommen ist. Mit Cölius Aurelianus endete diese frühe und viel versprechende Periode der Psychiatrie durch ganz hervorragende griechische und römische Ärzte.²⁶

3.1.2 Die Psychiatrie im Mittelalter und der Renaissance

Das Erbe der Griechen und Römer wurde dann im Mittelalter vor allem von den Arabern übernommen. *„Die ersten authentischen Angaben über die Unterbringung von Geisteskranken stammen [daher] 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.“*²⁷

Weiters wurden auch die ersten Abteilungen für „Geisteskranke“ in großen Spitälern, wie Kairo (873) und Bagdad (750), wie auch entsprechende Spezialanstalten für diese Menschen gegründet: In Damaskus (800), Aleppo (1270), Kaladun (1283) und Fez (1500). Die Leistungen der Araber lagen aber nicht in den wissenschaftlichen Fortschritten auf dem Gebiet der Psychiatrie, sondern in der „Irrenpflege“. Sie brachten den „Geisteskranken“ sehr viel Wohlwollen und Humanität entgegen.²⁸

Mitteleuropa wurde von diesem Trend nicht erfasst, da die Bereiche Gesundheit und Soziales der Kirche und den Ordensgemeinschaften

²⁶ Vgl.: Krafft-Ebing, R.v.: Lehrbuch der Psychiatrie. Auf klinischer Grundlage für praktische Ärzte und Studierende. Korsigk, E. (Hrsg.) mit Vorwort. Saarbrücken. 2007. S. 35. Vgl. zu dem Thema Psychiatrie in der Antike auch: Schrenk, M.: Über den Umgang mit Geisteskranken. Die Entwicklung der psychiatrischen Therapie vom „moralischen Regime“ in England und Frankreich zu den „psychischen Curmethoden“ in Deutschland. Berlin. 1973. S. 35-37.

²⁷ Ackerknecht, E., Akert, K.: Wechselnde Formen der Unterbringung von Geisteskranken. IN: Schwabe & Co. (Hrsg.): Schweiz. Med. Wschr. 94. Nr. 44. Basel/ Stuttgart. 1964. S. 1546.

²⁸ Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967. S. 17. Vgl. zum Thema Psychiatrie bei den Arabern auch: Bay, E.: Islamische Krankenhäuser im Mittelalter unter besonderer Berücksichtigung der Psychiatrie. Düsseldorf. 1967.

unterlagen. Aus ihren Schwestern und Brüdern wurden die heutigen Krankenschwestern und -pfleger. Sie betrieben und leiteten die Hospitäler, die für alle offen standen, vor allem für diejenigen, die aus körperlichen, seelischen oder sozialen Gründen in Not geraten waren. Das Wort Hospital kommt ursprünglich von dem lateinischen Wort „*hospes*“, was soviel bedeutet wie der Fremde. Es war der allem Fremden geweihte, ökologische Ort. Pflege hieß also in Folge dessen nichts anderes, als die vollständige Wahrnehmung aller sozialen, seelischen und körperlichen Bedürfnisse, einschließlich der Rolle des Arztes.²⁹

Obwohl es sich sehr positiv anhört, muss erwähnt werden, dass die Psychiatrie im Mittelalter einen herben Rückschlag erleiden musste. Das wenige Wissen der Griechen und Römer, dass von den Arabern verbreitet wurde, ging schließlich auch wieder verloren und die „Geisteskranken“ wurden demnach wieder als von Dämonen oder dem Teufel besessene Individuen angesehen. Der Arzt wurde nun auf dem Gebiet der „Geisteskrankheiten“ nicht mehr gebraucht und die Beobachtungen dieser Menschen wurden nun von den Inquisitoren übernommen. Man findet auch aus diesem Grund die meisten Beobachtungen von „Geisteskranken“ nicht in medizinischen Büchern, sondern in den Handbüchern der Hexenverbrenner.³⁰

Die Degradierung der Psychiatrie endete nicht in der Renaissance, ganz im Gegenteil, man wollte sich zu einer Zeit, in der die Städte langsam aufblühten und jeder am Wohlstand teilhaben wollte, von den „unsozialen“ Bürgern entledigen, ausgrenzen oder isolieren. Als Maßnahmen, um dieses Ziel zu erreichen, wurden Stadtkrankenhäuser gegründet, die aber nur für den „Körperkranken“ vorgesehen waren, da die Ärzte in ihnen gute „Versuchskaninchen“ für ihr gesteigertes naturwissenschaftliches

²⁹ Dörner, K.: Irren ist menschlich. Lehrbuch Psychiatrie/Psychotherapie. Hannover. 1984. S. 462-463.

³⁰ Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. 1967. S. 18.

Interesse sahen. Für seelisch Kranke oder sozial Not leidende war nun kein Platz mehr. Somit wurden die „Unsozialen“ aus der Stadt ausgewiesen oder Händlern mitgegeben. Individuen, die man als störend ansah, wurden in Zellen oder in Türmen untergebracht, die man auch als „Narrentürme“³¹ bezeichnete. Andere wiederum wurden als höchst ansteckend stigmatisiert und ausgesetzt.³²

Der Höhepunkt dieser Maßnahmen wurde dann mit den so genannten Hexenverbrennungen erreicht, die bis weit in die Neuzeit reichten. Ausschlaggebend war der von dem Dominikaner Heinrich Krämer und Jakob Springer verfasste Hexenhammer³³ aus dem Jahre 1486.³⁴

Diese Publikation führte schließlich zu zahlreichen Verfolgungen und Verbrennungen von Kranken. Der Tod wurde als „*therapia ultima*“ angesehen und sollte den Besessenen von seinem Leiden befreien. Diese Form der „Therapie“ wurde noch bis ins 17. Jahrhundert eingesetzt und führte dazu, dass tausende von Kranken in dieser Zeit den Tod fanden.³⁵

*„Die Hexenverfolgungen waren nicht die einzigen Massenpsychosen des Mittelalters. Wir erwähnen außerdem den Flagellantismus, die Tanzsucht, die Kinderkreuzzüge und die Judenverfolgungen.[...]“*³⁶

Dieser Gedanke, den psychisch Kranken von seinen Leiden zu befreien wurde, dann nochmals im 20. Jahrhundert aufgegriffen und kulminierte in der Massenvernichtung während des Nationalsozialismus. Mehr zu diesem Thema findet man im Kapitel 5 dieser Arbeit.

³¹ Siehe zum Thema Narrenturm auch: Stohl, A.: Der Narrenturm oder die dunkle Seite der Wissenschaft. Wien. 2000.

³² Vgl.: Dörner, K.: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/ Psychotherapie. Hannover. 1984. S. 463-464.

³³ Vgl.: zum Hexenhammer: Kramer, H.: Nürnberger Hexenhammer 1491. Jerouschek, G. (Hrsg.): Mit Vorwort. Transkription des deutschen Textes und Glossar. (Faks. der Handschrift von 1491 aus dem Staatsarchiv Nürnberg). Hildesheim. 1992.

³⁴ Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967. S. 18-19.

³⁵ Vgl.: Arolt, V.: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin. 2004. S. 333.

³⁶ Ackerknecht, E.: Geschichte und Geographie der wichtigsten Krankheiten. Stuttgart. 1963. S. 163.

3.1.3 Die Psychiatrie im 17. und 18. Jahrhundert

„Geistesranke“ wurden nun im 17. Jahrhundert als „Asoziale“, gemeinsam mit Krüppeln, Armen, Landstreichern und Prostituierten eingesperrt. Die Fortschritte, die bereits gewonnen wurden in Bezug auf den Umgang mit psychisch Kranken, endeten abermals in einem Stillstand. Zu diesem Zwecke wurden eigene Institutionen eingerichtet, um diese Menschen zu verwahren. Man könnte ebenso sagen, dass die ersten „Konzentrationslager“ Europas errichtet wurden, im Sinne von Umerziehungsanstalten. In England wurden sie „workhouses“, in Frankreich „hôpital général“ und schließlich in Deutschland Zucht-, Arbeits-, Korrektions-, Toll-, Versorgungs- oder Verwahrungshäuser genannt. Wer von den Bürgern als störendes Individuum eingestuft wurde, konnte, ähnlich der heutigen Zwangseinweisung vor der Öffentlichkeit „unsichtbar“ gemacht werden. Die „Geistesranke“ wurden oft in Ketten gehalten und erfuhren keine Behandlung durch einen Arzt. Es folgte im 17. Jahrhundert leider eine Stagnation auf dem Gebiet der Psychiatrie, als dass bedeutende Fortschritte gemacht wurden.³⁷

Unter dem Einfluss der Aufklärung veränderte sich nun die Einstellung zu den „Irren“. Sie wurden fortan als Gemüts oder Geistesranke angesehen. Zudem wurden auch getrennte Unterbringungen von den anderen diskriminierenden Gruppen errichtet.³⁸

Die Aufklärung vertrat 3 Grundprinzipien:

³⁷ Vgl.: Arolt, V.: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin. 2004. S. 333.
Wie auch: Vgl.: Dörner, K.: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/
Psychotherapie. Hannover. 1984. S.464-465.

³⁸ Vgl.: Melzer, M.: Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Österreich zwischen 1965-1984. Wien.1990. S. 8.

- 1) *„Die Aufklärung des 18. Jahrhunderts will dem Menschen den Ausgang aus seiner selbst verschuldeten Unmündigkeit zeigen“.*³⁹
- 2) *„Die Philanthropie des 18. Jahrhunderts will auch dem unmündigen Schwachen zu diesem Fortschritt verhelfen“.*⁴⁰
- 3) *„Die Pädagogik des 18. Jahrhunderts will mit Hilfe ihrer Methoden diese Ideen der aufgeklärten Philanthropie verwirklichen- bei Kindern, bei Sträflingen und bei Irren“.*⁴¹

Diese Vorstellungen auch wirklich in die Tat umzusetzen erforderte für die damalige Zeit sehr viel Optimismus, trotz alledem ist es auf einigen Gebieten geglückt, obwohl die Psychiatrie auch immer wieder Irrwege beschreiten musste, um schließlich einen Schritt vorwärts machen zu können.

Eines der wichtigsten Grundlagen war zweifelsohne, dass die Psychiatrie nun endlich eine eigenständige Wissenschaft wurde, zuerst quantitativ, später dann auch qualitativ, was auch auf den Zeitgeist der Aufklärung zurückzuführen ist. Der Glaube an das Übersinnliche, an dem die „Geisteskranken“ scheinbar litten, wurde völlig verbannt, da nun die Vernunft und das logische Denken im Vordergrund standen. Durch diese neue Sichtweise wurde es möglich die Erkrankungen des sterblichen Denkapparates auf wissenschaftlicher Basis zu untersuchen. Damit ergab sich die Möglichkeit, sich von reinem Somatismus loszulösen und den Psychologismus in die Psychiatrie einzuführen.⁴²

Eine andere Wende in der Psychiatrie kam mit der Idee, dass Anstalten selbst eine Heilfunktion ausüben könnten. Man ging davon aus, dass allein ein Aufenthalt in einer solchen Institution zur Genesung beitragen

³⁹ Zit. nach: Schrenk, M.: Über den Umgang mit Geisteskranken. Die Entwicklung der psychiatrischen Therapie vom „moralischen Regime“ in England und Frankreich zu den „psychischen Curmethoden“ in Deutschland. Berlin. 1973. S. 1.

⁴⁰ Zit. nach: Ebd. S. 1.

⁴¹ Zit. nach: Ebd. S. 1.

⁴² Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967. S. 34-40.

könnte. Zudem wäre die Unterbringung von solch seelisch Kranken auch eine Entlastung für die Familie, da bis dahin viele im eigenen Familienverband versorgt werden mussten. Durch den therapeutischen Optimismus, ging man auch von der Annahme aus, dass „Irrsein“ heilbar sei. Diese neue Idee verbreitete sich fast revolutionär über ganz Europa.⁴³

Durch die neue Behauptung, dass der „Narr“ heilbar sei, trat man diesen Menschen auch humaner entgegen. Sie wurden nicht mehr als Störende verwahrt, sondern man versuchte Mittel und Wege zu finden, um ihnen zu helfen.

Ein bedeutender Schritt wurde am Ende des Jahrhunderts getan, als Abraham Joly in Genf (1787), Philippe Pinel im Pariser Spital Bicêtre (1793), der Quäker William Tuke in York (1796), Vincenzo Chiarugi in der Toskana (1788) und John Gottfried Langermann in Bayreuth (1805) die „Geisteskranken“ von ihren Ketten befreiten.⁴⁴

Wie man also sieht war es nicht nur Philippe Pinel⁴⁵ allein, der die „Geisteskranken“ von ihrer Qual befreite. Es ist der Verdienst von vielen und wurde durch das gesamte 18. Jahrhundert durch intensive psychiatrische Beschäftigung vorbereitet. Der nächste Schritt war natürlich die Gründung von „Irrenanstalten“, die sich wie eine Welle bis ins 19. Jahrhundert fortsetzte. Zu nennen wären hier folgende:

- 1) Bologna 1710
- 2) Warschau 1726
- 3) Berlin 1728
- 4) Dublin 1745
- 5) Ludwigsburg 1746
- 6) London 1759
- 7) Deventer 1760

⁴³ Vgl.: Shorter, E.: Geschichte der Psychiatrie. Hamburg. 2003. S. 13-54.

⁴⁴ Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967. S. 34-35.

⁴⁵ Siehe zu Pinel: Esser, W.: Philippe Pinel. Leben und Werk. Düsseldorf. 1938.

- 8) Manchester 1766
- 9) Kopenhagen 1766
- 10) Williamsburg 1773
- 11) Wien 1784
- 12) Frankfurt am Main 1785 ⁴⁶

Einen entscheidenden Einfluss auf die Psychiatrie hatte der Hallenser Kliniker und Chemiker Georg Ernst Stahl (1660- 1734)⁴⁷. Seine grundlegende Krankheitstheorie war der „*Animismus*“. Die ganze chemische und physikalische Reaktion des Körpers wurde nur in Gang gehalten durch die Seele (Anima) und die Krankheit war der Kampf der Seele gegen schädliche Einflüsse. Diese neue Einstellung erschütterte den alten Somatismus, der in dieser Zeit noch herrschte. Stahl unterteilte die „Geisteskrankheiten“ in „sympathische“, die durch Erkrankungen von Organen verursacht werden und in „pathetische“, die ohne Organerkrankungen hervorgerufen werden. Seine Theorie wurde vielfach rezipiert, was zu einem enormen Fortschritt bei der Entwicklung der Psychiatrie führte.⁴⁸

Im 18. Jahrhundert trat dann dem Somatismus der Solidismus entgegen, der sich vor allem auf das Nervensystem stützte und wichtige physiologische Entdeckungen hervorbrachte. Zu nennen wäre hier William Cullen (1710-1790), der eine der umfangreichsten Klassifizierungen der Geisteskrankheiten verfasste. Cullen war der Erste, der unter dem Ausdruck „Neurose“ eine Krankheit verstand, die nicht vom Fieber oder anderen Krankheitsherden hervorgerufen wurde. Er unterteilte die Neurose in 1. Comata (Zustände wie Apoplexie⁴⁹ oder Schlaganfall),

⁴⁶ Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967. S.35.

⁴⁷ Siehe zu G. E. Stahl: Strube, I.:Georg Ernst Stahl. Biographien hervorragender Naturwissenschaftler, Techniker und Mediziner. Leipzig. 1984.

⁴⁸ Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967. S. 36.

⁴⁹ Apoplexie: Die Entdeckung der Apoplexie geht auf Hippokrates zurück. Wörtlich bedeutet A. Der Vorgang, wenn jemand plötzlich hingestreckt wird. A. cerebri ist eine Art Gehirnschlag, Schlaganfall; Es kann zu Blutungen im Gehirn kommen. Vgl.: Psyhyrembel, W.: Klinisches Wörterbuch mit klinischen Syndromen. Berlin. 1975. S. 74-75.

2. Adynamiae⁵⁰ (Veränderungen des unwillkürlichen) und 3. Spasmi (Störungen der willkürlichen Muskeln, wie Konvulsionen⁵¹). Die vierte Neurosenkategorie nannte er Vesaniae, ein Ausdruck, der aus der Antike stammte, und unter dem er eine geistige Beeinträchtigung verstand. Zudem glaubte er, dass die Neurose als Folge eines endgültigen Verfalls des Verstandes oder des willkürlichen oder unwillkürlichen Nervensystems entstehen könnte. Außerdem befürwortete er die Verwendung von Zwangsjacken, die von McBride konzipiert wurde. Cullens Nosologie war so eindrucksvoll, dass Philippe Pinel sie dann auch in seine Gedanken aufnahm.⁵²

William Cullens Klassifizierung der „Geisteskrankheiten“ wird im 2. Teil, Kapitel 7 in dieser Arbeit genauer behandelt.

Das Nervensystem wurde im 18. Jahrhundert in den Fokus gelegt und nicht nur Cullen beschäftigte sich damit. Robert Whytts (1714- 1766)⁵³ erstes Experiment aus dem Jahre 1751 befasste sich mit den Reflexen, die er noch „Sympathie“ nannte. Galvani und Volta testeten hingegen mit „tierischer Elektrizität“. Ackerknecht formulierte so trefflich:

„Die späte Entdeckung des Nervensystems führte dazu, dass die Krankheiten, die wir jetzt Neurosen nennen, und die bis dahin auf „Dämpfe“ oder „Säfteverderbnis“ zurückgeführt worden waren, nun dem Nervensystem

⁵⁰ Adynamie: Kraftlosigkeit. Vgl.: Pschyrembel, W.: Klinisches Wörterbuch mit klinischen Syndromen. Berlin. 1975. S. 17.

⁵¹ Konvulsionen: Klonische Zuckungen und Schüttelkrämpfe. Vgl.: Ebd. S.644.

⁵² Vgl.: Alexander, F.G., Selesnick, S. T.: Geschichte der Psychiatrie. Ein kritischer Abriss der psychiatrischen Theorie und Praxis von der Frühgeschichte bis zur Gegenwart. Zürich. 1969. S. 146-165.

⁵³ Siehe zu Robert W.: Robert Whytts: Kön. Engl. Leibarztes, Präsidenten des Königl. med. Collegiums, Prof. der Arzneyk. zu Edinburgh und Mitgl. der Königl. Engl. Societät, sämtliche zur theoretischen Arzneykunst gehörige Schriften. Aus dem Englischen übersetzt von Johann Ephraim Lietzau. Berlin. 1790. Diese Übersetzung ist in digitalisierter Form auf:

http://zs.thulb.ujena.de/receive/jportal_jparticle_00006151 einzusehen.

zugeschrieben wurden. Erst seit dem 18. Jahrhundert konnte man „nervös“ sein.⁵⁴

Das späte 18. Jahrhundert war nun geprägt von einem Theoretiker, der den psychologischen wie auch somatischen Standpunkt vertrat. Die Rede ist vom Arztphilosophen Pierre Cabanis (1757-1808), der einen maßgeblichen Einfluss auf die Psychiatrie dieser Zeit hatte. Sein Schwerpunkt lag darin, „moralische“, das bedeutete, psychologische Phänomene physiologisch zu erklären. Er war es aber auch, der zeigte, dass moralische Eindrücke physiologisch- pathologische Folgen haben können. Damit war nun endlich eine vernünftige Erklärung gefunden worden, wie psychogene Krankheiten entstehen konnten, bei denen besonders die „Passions“⁵⁵ eine entscheidende Rolle spielten. Man könnte auch sagen, dass durch diesen Fortschritt eine theoretische Erklärung für eine moralische Behandlung, also eine Form von Psychotherapie, gegeben war. Dennoch darf man nicht außer Acht lassen, dass auf Grund des alten Somatismus und auf der Basis des Seelenglaubens keine echte Psychotherapie möglich war. Ohne Rücksicht darauf zu nehmen wurde in dieser Zeit eine Vielzahl von Ratgeberbüchern veröffentlicht. Natürlich kann man dies als einen Fortschritt ansehen, aber die Methode zum Beispiel durch Furcht zu heilen, die im 18. Jahrhundert gängig war, ist demgegenüber weniger begrüßenswert.⁵⁶

Auch muss man in diesem Zusammenhang erwähnen, dass das 18. Jahrhundert nicht nur die Entwicklung der Psychotherapie forcierte, sondern auch die Entwicklung und Aktivierung von körperlichen Behandlungsmethoden. Die Therapie sah im einzelnen Aderlässe, Abführmittel, Duschen mit eiskaltem Wasser oder irgendeiner anderen

⁵⁴ Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967. S. 37.

⁵⁵ Vgl. zu diesem Thema: Müllerner, E.R.: Die Rolle der „Passions“ in der Psychiatrie des 18. Jahrhunderts. IN: Aktuelle Probleme aus der Geschichte der Medizin. Verhandlungen des XIX internationalen Kongresses Geschichte der Medizin. Basel. 1964. S.474-476.

⁵⁶ Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967. S. 37-38.

Methode vor, die den Patienten in einen regelrechten Schockzustand⁵⁷ versetzte. Eines der Schockinstrumente, das von Hermann Boerhaave (1668-1738), Sohn eines holländischen Geistlichen, konzipiert wurde, war der so genannte Drehstuhl. Der Patient wurde so lange herumgedreht bis ihm Blut aus Nase, Ohren und Mund lief. Von dieser „grausamen“ Methode wurde jahrzehntelang die erfolgreichsten Kuren berichtet. Der Stuhl wurde von Charles Darwins Großvater Erasmus Darwin benutzt, einem Arzt der davon ausging, dass alle Krankheiten auf Grund von ungeordneten Bewegungen der Nervengewebe des Körpers herrührten. Durch den Drehstuhl konnte diese Unordnung wieder korrigiert werden. Benjamin Rush (1745-1813), zum Beispiel, der Begründer der amerikanischen Psychiatrie, war ein entschlossener Befürworter des Drehstuhls, da er die Meinung vertrat, dass Blut, das sich im Gehirn anstaute, verantwortlich für geistige Erkrankungen sei und dieser Zustand durch die Kreisbewegungen gelindert werden konnte. Kastration, Hungerkuren, alte Drogen wie Datura, Belladonna, Kampfer und Digitalis wurden ebenso als Behandlungsmethoden eingesetzt, wie die magnetischen Kuren des 17. Jahrhunderts. Die Elektrizität kam nun auch wieder verstärkt bei der Behandlung von „Geisteskrankheiten“ zum Einsatz.⁵⁸

De Saussure Janice beschrieb 1956 die Situation in den „Irrenanstalten“ bei der Darstellung der Lebensgeschichte von Philippe Pinel folgendermaßen:

„Wenn jemand in Paris von einer Geisteskrankheit befallen wurde, so kam er zunächst ins Hôtel Dieu, wo er mit den Mitteln, die in der damaligen Zeit üblich waren, behandelt wurde. Man ließ ihn baden, gab ihm Duschen, Abführmittel, Aderlässe, ja selbst Belladonna oder Morphinum. Wenn innerhalb von sechs Wochen eine Besserung eintrat, wurde er wieder in Freiheit gesetzt. Bleibt der

⁵⁷ Siehe zum Thema Schockbehandlung auch Kapitel 5.5. in dieser Arbeit.

⁵⁸ Vgl.: Alexander, F.G., Selesnick, S. T.: Geschichte der Psychiatrie. Ein kritischer Abriss der psychiatrischen Theorie und Praxis von der Frühgeschichte bis zur Gegenwart. Zürich. 1969. S. 148 ff.

Zustand aber stationär, musste er nochmals eine Kur von sechs Wochen durchmachen. Falls die zweite Behandlung wirkungslos blieb, wurden die Männer nach Bicêtre und die Frauen in die Salpêtrière geschickt“.⁵⁹

In den dort erwähnten Krankenanstalten wurden die als unheilbar angesehenen Menschen, verwahrt und von der restlichen Gesellschaft isoliert. Inwiefern diese Haltung als philanthropisch- das „Schlagwort“ des 18. Jahrhunderts- anzusehen ist, kann man nicht recht nachvollziehen.

Die Therapeutik war zu dieser Zeit geprägt beziehungsweise geradezu besessen von der Idee der Korrektur, dem Herstellen einer vernünftigen Norm, was auch die zahlreich publizierten Bücher zu diesem Zeitpunkt erklären würde.⁶⁰

Zu nennen wären die Schriften von William Battie (1704-1776)⁶¹ aus dem Jahre 1758, der in London seine Studenten in Psychiatrie lehrte, Thomas Arnold, der sich 1782 um eine neue Klassifikation bemühte und John Haslam, ein Apotheker aus dem berühmten Bedlam Hospital in London, der wegen der dort herrschenden Missstände 1816 entlassen wurde. Großbritannien war zu dieser Zeit führend in der klinischen Medizin, doch auch in Frankreich wurden zahlreiche Werke herausgegeben. Da wären Colombier, Doublet sowie John Daquin zu nennen, die sich 1791, noch vor Philippe Pinel um eine Reform des „Irrenwesens“ einsetzten. Im

⁵⁹ Zit. nach: Pauleikhoff, B.: Das Menschenbild im Wandel der Zeit. Ideengeschichte der Psychiatrie und der klinischen Psychologie. Die Zeit bis Kraepelin und Freud. Guido Pressler. 1983. S. 12-13.

⁶⁰ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege und Behandlungsformen. München. 2006. S. 50-59.

⁶¹ Vgl. zu William Battie: Battie, W., Monroe, J., Hunter, R.: A treatise of madness by William Battie. And Remarks on Dr. Battie's treatise on madness. Psychiatric monograph series. 3. London. 1962. Battie war ein erfolgreicher englischer Arzt. Er schrieb das erste Lehrbuch für Psychiatrie ("Treatise on Madness"), unterrichtete Studenten in der psychiatrischen Praxis und betrieb verschiedene Einrichtungen für psychisch Kranke. Battie gilt als einer der ersten Psychiater (damals noch mad-doctor genannt). 1751 eröffnete er das St. Luke's Hospital in London. Es sollte ein Gegenentwurf zu dem berühmt-berüchtigten Bedlam Hospital sein. 1764 wurde Battie Präsident der führenden englischen Ärztesvereinigung ("Royal College of Physicians"). Dieser Text ist zu finden auf: http://de.wikipedia.org/wiki/William_Battie 28. November. 13Uhr05. Vgl.: auch: Dörner, K.: Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt a. M. 1969. S. 52-69.

deutschen Sprachgebiet erlangte vor allem die Schrift von dem aus Wien stammenden Leopold von Auenbrugger⁶² (1722-1809) Berühmtheit. Er wird seit 1776 als Erfinder der Perkussion⁶³ angesehen. Auch die Bücher von Johannes Reil fanden 1803 großen Anklang. Er war es auch, der den Ausdruck Psychiatrie⁶⁴ ins Leben gerufen hatte.⁶⁵

Die psychiatrischen Schriften des 18. Jahrhunderts waren sicherlich bemüht einen Fortschritt in der Psychiatrie zu erlangen, so darf man ungeachtet dessen nicht vergessen, dass sie den Geist der Zeit widerspiegeln. Die Schriften verloren sich in Theorien, Spekulationen, Annahmen und Klassifikationen und ließen dabei die Berichterstattung konkreter Einzelfälle völlig außer Acht. Die Psychiater, Philosophen, Ärzte, Wissenschaftler waren viel zu sehr damit beschäftigt die Geisteskrankheiten in Systeme zu quetschen. Die Grundstimmung des 18. Jahrhunderts, die Störungen der Vernunft, beeinflussten die Autoren dieser Zeit in negativer Weise. Durch Philippe Pinel und seine Schüler sollte in dieser Beziehung eine grundlegende Änderung herbeigeführt werden.⁶⁶

3.1.4 Die französische Schule

Die französische Schule ist keine eigene Epoche, sie wird aber in dieser Arbeit als gesondertes Kapitel angeführt, da die Ergebnisse, besonders durch den Hauptinitiator Philippe Pinel und seiner Schüler, einen

⁶² Vgl. hierzu: Noltenius, B.: Zur Geschichte der Perkussion von ihrer Bekanntgabe durch Auenbrugger 1761 bis zu ihrer Wiederbelebung durch Corvisart 1808. Leipzig. 1908.

⁶³ Bei der Perkussion handelt es sich um das Beklopfen der Körperoberfläche, um aus den Verschiedenheiten des Schalls auf die darunter liegenden Teile zu schließen. Vgl.: Pschyrembel, W.: Klinische Wörterbuch mit klinischen Syndromen. Berlin/NY. 1975. S. 925.

⁶⁴ Siehe zu Reil: Steffens, H.: Johann Christian Reil. Halle. 1815. wie auch: Marneros, A.: Das Wort Psychiatrie... wurde in Halle geboren. Von den Anfängen der deutschen Psychiatrie. Stuttgart. 2005.

⁶⁵ Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart 1967. S. 39-40.

⁶⁶ Vgl.: Ebd. S. 40.

maßgeblichen Einfluss auf die Weiterentwicklung der Psychiatrie in ganz Europa hatten.

Die Begründung der Psychiatrie als ein wissenschaftliches Fachgebiet ist in besonderer Weise mit der französischen Schule verbunden. Durch die in dieser Zeit erfolgte Französische Revolution gewannen naturwissenschaftliche Therapeutik, politisch- philanthropische Impulse, wie auch ärztliche Therapie besonders an Bedeutung.⁶⁷

Philippe Pinel, geboren 1745 und 1826 gestorben, galt bei seinen Zeitgenossen mehr der inneren Medizin zugetan, als der Psychiatrie. Nichts desto trotz wurde seine 1798 erschienene Nosographie 20 Jahre lang die Bibel der Pariser Schule. Besonders erwähnenswert ist seine 1801 erschienene „*Traité médicophilosophique sur l'aliénation ou La manie*“⁶⁸, in der er heftige Kritik an seinen Vorgängern äußerte und besonders die Ursachenforschung von „Geisteskrankheiten“ in den Vordergrund stellte.⁶⁹

Nach seinen Erfahrungen in verschiedenen Anstalten, wie Belhome, Bicêtre und der Sapêtrière war er zum dem Schluss gekommen, dass in einem derartigen Asyl sehr wohl psychische Therapien, im Heute weitesten Sinn, durchgeführt werden könnten. Er meinte damit nicht die Psychotherapie, sondern lediglich den Versuch, die Idee der Heilung oder Besserung durchzusetzen.⁷⁰

⁶⁷ Vgl.: Schott, H., Töle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege und Behandlungsformen. München. 2006. S. 59- 65.

⁶⁸ Das Werk wurde 1801 auch ins Deutsche übersetzt, wodurch es in den deutschsprachigen Ländern zu einer raschen Verbreitung kam. Pinel, Ph.: Philosophisch-medicinische Abhandlung über Geistesverwirrung oder Manie. Aus dem französischen übersetzt und mit Anmerkungen versehen von Michael Wagner. Wien. 1801. Den gesamten deutschen Text findet man auch online auf: <http://th-hoffmann.eu/archiv/pinel/pinel.1801.pdf>. Vgl. auch: Fischer, I.: Zur Geschichte der Wiener Psychiatrie im XIX. Jahrhundert. IN: Wiener Med. Wschr. Nr. 37. Wien. 1927. S. 5.

⁶⁹ Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart 1967. S. 41-52.

⁷⁰ Vgl.: Shorter, E.: Geschichte der Psychiatrie. Hamburg. 2003. S. 13-54.

So schrieb Philippe Pinel 1801:

„[...] Daß man Individuen, die als hoffnungslose Fälle gelten, in die Gesellschaft zurückführen kann. Unsere emsigste und unermüdlichste Aufmerksamkeit muß jenen unzähligen gemütsgestörten Patienten gelten, die konvaleszieren oder wenigstens lichte Momente haben; diese Gruppe sollte in einer abgetrennten Abteilung des Hospizes untergebracht werden [...] und einer psychologischen Behandlung unterzogen werden, welche dem Zwecke dient, die Fähigkeiten ihres Verstandes zu entwickeln und zu schärfen.“⁷¹

Man muss jedoch anführen, dass bereits vor Pinel Äußerungen über eine mögliche therapeutische Wirkung des Asyls gemacht wurden, historisch aber ist die 1801 erschienene Schrift ohne Zweifel eine der wichtigsten, wenn nicht eine der bedeutendsten dieser Zeit.

Pinel war fest davon überzeugt, dass die Grundlage aller „Geisteskrankheiten“ oder Störungen auf eine Verletzung des zentralen Nervensystems zurückzuführen wäre. Er vertrat auch die Meinung, dass geistige Erkrankungen einen natürlichen Ursprung hätten und nicht der Mythologie zugeschrieben werden dürften. Es war für ihn deshalb sehr wichtig, die geistigen Störungen auf Grund naturwissenschaftlicher Kriterien zu erforschen. Zuerst erfolgten genaue Beobachtung der Patienten und dann eine sehr exakte systematische Darstellung der Tatsachen. Ein weiterer wichtiger Gedanke Pinels war, dass geistige Erkrankungen nicht einfach von heute auf morgen den Patienten „überfallen“, sondern er ging davon aus, dass dies die Folge von Vererbung und Erlebnissen innerhalb der Familie war.⁷²

⁷¹ Zit. nach: Shorter, E.: Geschichte der Psychiatrie. Hamburg. 2003. S. 28.

⁷² Vgl.: Alexander, F.G., Selesnick, S.T.: Geschichte der Psychiatrie. Ein kritischer Abriss der psychiatrischen Theorie und Praxis von der Frühgeschichte bis zur Gegenwart. Zürich. 1969. S. 152.

Vgl. zu der Person Pinel auch: Eckart, W.U.: Ärzte Lexikon. Heidelberg. 2006.

Zudem lehrte er seinen Studenten, dass es keinen Sinn machte, die Wissenschaft mit spekulativen metaphysischen Fiktionen zu vermengen. Gemeint waren damit physiologische Fiktionen, wie das Vorhandensein schädlicher Stoffe im Herzen und Gehirn, geistige Überanstrengung, zerebrale Hyperämie⁷³, oder Verhärtung der Nerven. Pinel hatte keinerlei Verwendung für therapeutische Maßnahmen, die auf die Verabreichung wahlloser Arzneien oder den traditionellen medizinischen Abführ- und Aderlasskuren beruhten. Vielmehr war er davon überzeugt, dass die genaue Beobachtung des Krankheitsverlaufes ziel führend für eine adäquate Behandlung der „Geisteskranken“ sei. Deshalb forderte er auch von seinen Ärztekollegen, dass man mit den „Geisteskranken“ zusammen unter ihnen leben müsste. Nur so wäre es möglich, die Personen Tag und Nacht zu beobachten um eine mögliche Diagnose stellen zu können.⁷⁴

Besonderes wichtig war für Philippe Pinel das „*traitement moral*“ oder auch „*traitement regime*“ genannt. Darunter verstand man eine neue Form des Umgangs mit den Kranken, gekennzeichnet durch Zuwendung, Milde Güte und Geduld. Auf Grund dieses „*traitement moral*“ setzte er sich und in weiterer Folge seine Schüler für soziale Reformen und Anhebung der Moral ein. Seine Hauptleistung bestand darin, dass er einen Wandel der gesellschaftlichen Haltung gegenüber „Geisteskranken“ erreichte. Man kam nun endlich zu der Erkenntnis, dass diese Patienten als menschliche Wesen zu betrachten seien, die ebenso einer ärztlichen Behandlung bedurften, wie Menschen, die an einer somatischen Erkrankung litten.⁷⁵

Diese Gedanken führten dann schließlich auch zur legendären „Kettenbefreiung“ der „Geisteskranken“ im Jahre 1793, die jedoch mehr

⁷³ Bei der Hyperämie ist eine Blutüberfülle eines Organs gemeint. Es kann zum Beispiel zu einem gesteigerten Blutandrang im Gehirn kommen. Vgl.: Pschyrembel, W.: Klinische Wörterbuch mit klinischen Syndromen. Berlin/NY. 1975. S. 526.

⁷⁴ Alexander, F.G., Selesnick, S. T.: Geschichte der Psychiatrie. Ein kritischer Abriss der psychiatrischen Theorie und Praxis von der Frühgeschichte bis zur Gegenwart. Zürich. 1969. S. 153-165.

⁷⁵ Vgl.: Ebd. S. 153.

symbolische als realhistorische Bedeutung hatte. Die „Kettenbefreiung“ verdankten die „Geisteskranken“ nicht nur Pinel allein. Die Besinnung auf menschenwürdigen Umgang mit Armen, Weisen, Krüppeln, Siechen und „Irren“ lag im Geist der Zeit, wie schon mehrmals erwähnt. Zu dem darf nicht vergessen werden dass Pinel anstatt der Ketten die Zwangsjacke einführte, die jedoch nur im äußersten Notfall zu verwenden wäre, um den Patienten damit zu beruhigen. Die Philanthropie in dieser Zeit stellte mehr als nur eine geistige Einstellung dar, sie wurde zum Titel, man könnte sagen, zum Beruf erhoben.⁷⁶

Der Antipsychiater Thomas Szasz- auf ihn wird im Kapitel 10 dieser Arbeit noch genauer eingegangen- vermutete in der „Kettenbefreiung“ von Pinel eine andere Intention.

„Doch wie ich sehe, war Pinels Befreiung des geistesgestörten Patienten aus dem Kerker überhaupt keine psychiatrische, sondern eine moralische Leistung.

Er vertrat den Standpunkt, daß die seiner Obhut anvertrauten Leidenden menschliche Wesen seien und als solche Anspruch auf die Rechte und die Würde hätten, die (zumindest im Prinzip) die Motive der französischen Revolution waren. [...].“⁷⁷

Doch man darf dennoch die Tatsache nicht verdecken, dass der Verdienst über den humanen Umgang mit „Geisteskranken“ nicht allein Pinel zuzuschreiben ist. Ganz im Sinne der Aufklärung wurden nun Geisteskranke als Patienten ernst genommen und in Folge dessen auch behandelt.⁷⁸ Er war jedoch historisch gesehen eine der einflussreichsten Mediziner seiner Zeit. Pinel trat dem Dogma der schicksalhaften Unheilbarkeit aller „Geisteskranken“ entgegen. Auch seine Nachfolger in

⁷⁶ Vgl.: Schrenk, M.: Über den Umgang mit Geisteskranken. Die Entwicklung der psychiatrischen Therapie vom „moralischen Regime“ in England und Frankreich zu den „psychischen Curmethoden“ in Deutschland. Berlin. 1973. S.4- 59.

⁷⁷ Szasz, T.: Geisteskrankheit ein moderner Mythos? Grundzüge einer Theorie des persönlichen Verhaltens. Olten. 1972. S. 41.

⁷⁸ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege und Behandlungsformen. München.2006. S. 62.

anderen europäischen Ländern bezogen sich immer wieder auf ihn und feierten ihn als Pionier und Revolutionär.⁷⁹

Diese Einstellung gegenüber „Geisteskranken“ wird sich im Laufe der Jahrhunderte noch vielen Wandlungen unterwerfen, wenn nicht zum Teil völlig wieder verschwinden, wie es in der Zeit des Nationalsozialismus der Fall war. Zu diesem Thema siehe Kapitel 5 in dieser Arbeit.

Die therapeutischen Feinheiten und deren Ausformulierungen übernahm nunmehr der wichtigste Schüler Pinels, Jean- Etienne Esquirol⁸⁰ 1772 geboren, machte er sich einen Namen mit seiner 1802 erschienen Dissertation über die Rolle von Passionen bei „Geisteskrankheiten“. Ihm war es besonders wichtig, die innovativen Reformideen seines Mentors in die Tat umzusetzen. Eine der wichtigsten Reformen, die er durchsetzen konnte, war die Idee der „*Heilkommune*“. Patienten, wie auch Ärzte wurden als Mitglieder ein und derselben psychiatrischen Gemeinschaft angesehen. Ebenso glaubte Esquirol, wie schon vor ihm Pinel fest an die heilende Wirkung der Isolation. Man müsse den Kranken von der Umwelt, die negativ auf sein Befinden einwirken könnte, schützen. Pinels und Esquirols Ideen wie auch deren Erfahrungen hatten erheblichen Einfluss auf die gesamte europäische psychiatrische Praxis. Doch mit dem ansteigen der Patientenzahlen und den dadurch sehr überfüllten Anstalten, stellte man den therapeutischen Nutzen wieder in Frage.⁸¹

Obleich übertraf Esquirol seinen Mentor noch bei weitem, da er es besser verstand, den sozialen Faktor, den die Psychiatrie benötigte, umzusetzen. Er arbeitete konsequenter mit Statistiken als Pinel und war

⁷⁹ Vgl.: Müller, C.: Vom Tollhaus zum Psychozentrum. Vignetten und Bausteine zur Psychiatriegeschichte in zeitlicher Abfolge. Pressler. 1993. S. 43-57.

⁸⁰ Näheres zu Esquirol: Pauleikhoff, B.: Das Menschenbild im Wandel der Zeit. Ideengeschichte der Psychiatrie und der klinischen Psychologie. Bd. 2. Die Zeit bis Kraepelin und Freud. Pressler 1983. S.50-65ff.

⁸¹ Vgl.: Shorter, E.: Geschichte der Psychiatrie. Berlin. 1999. S. 29-31.

dadurch gerne als Berater bei Planungen neuer Anstalten im In- und Ausland gesehen. Er war ein ausgezeichnete Klinker und starker Befürworter der Deskription.⁸² Die Behandlung begründete Esquirol folgendermaßen:

„Um eine sichere Grundlage zur Therapie bei der Geisteskrankheit zu haben, müsste man alle allgemeinen und individuellen Merkmale der Krankheit kennen lernen, durch sicherere Zeiten den Herd, woher all diese Störungen entstehen, unterscheiden; bestimmen, ob das Physische auf das Geistige, oder das Geistige auf das Physische wirkt [...].“⁸³

Diese Überlegungen in der damaligen Zeit waren schon wesentliche Schritte in Richtung Beschäftigungstherapie, zudem Esquirol auch stark an die positive Wirkung von Arbeit und Beschäftigung glaubte.⁸⁴ Noch heute, wie man weiß, wird in der Therapie stark mit verschiedenen Arten der Beschäftigungstherapie gearbeitet, um den Patienten das Gefühl zu übermitteln, dass er gebraucht wird und etwas Besonderes leisten kann. Esquirol wusste genau wie Pinel, dass es von entscheidender Bedeutung war, eine patientenorientierte, verstehende Psychiatrie mit naturwissenschaftlichen- neuropathologischen Elementen zu verknüpfen. Die Ätiologie sah er als pluridimensional an. Die Ursachen der Geisteskrankheiten sind vielfach und unterschiedlich. Genau diese Erkenntnisse Esquirols, seine vielseitigen und differenzierten Ansichten wurden für die Psychiatrie der folgenden Generationen, vor allem für Wilhelm Griesinger, Emil Kraepelin und Eugen Bleuler, von zentraler Bedeutung.⁸⁵

⁸² Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen. München. 2006. S. 62-64.

⁸³ Zit. nach: Ebd. S. 63. Siehe dazu auch: Esquirol, E.: Des maladies mentales. 138.993. Bd.1-3. 1938.

⁸⁴ Vgl. zu Esquirols Therapieformen auch: Hille, K. C.: Esquirol's allgemeine und spezielle Pathologie und Therapie der Seelenstörungen. Leipzig. 1827.

⁸⁵ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen. München. 2006. S.64.

Großbritannien brachte in dieser Periode nur einen berühmten Psychiater hervor, den Quäker James Cowles Prichard (1785-1848). Ebenso wie das „*traitement moral*“ in Frankreich wurde in England das „*moral insanity*“ geschaffen. Der größte internationale Beitrag seitens der Engländer in dieser Zeit war die Einführung des „*no-restraint*“ Systems, welches auch die Zwangsjacke aufgab, im Gegensatz zu Pinel, der in ihr eine therapeutische Möglichkeit sah, den Patienten zu beruhigen. Das „*no-restraint*“ System wurde 1829 von Robert Gardner Hill in Lincoln vorgeschlagen und später von Charlesworth und John Conolly seit 1839 in Hanwell auch benutzt. Henry Maudsley wurde in weiterer Folge der bekannteste englische Psychiater seiner Generation.⁸⁶

Trotz der langsam aufkommenden Fortschritte und der angestrebten philanthropischen Behandlung der „Geisteskranken“, war die Lage der Kranken um die Wende des 18. Jahrhunderts fast überall in Europa eine schreckliche. Viele von den psychisch Kranken wurden als Taugenichtse, Landstreicher oder Verbrecher der Justiz übergeben. Andere wiederum führten als Bettler oder „Narr“, ein sehr trauriges Leben. Viele dieser verwahrlosten Kranken, begingen aus Grund von mangelnder Fürsorge oder Aufsicht Selbstmord oder verursachten folgenschwere Unfälle. Die Psychiatrie des 19. Jahrhunderts wird einen neuen Weg bestreiten.⁸⁷

3.1.5 Die Psychiatrie im 19. Jahrhundert

Die Psychiatrie war zu dieser Zeit in Frankreich führend, ging aber in der Mitte des 19. Jahrhunderts auf Deutschland über. Ohne Pinel und Esquirol aber, hätten wahrscheinlich entscheidende Impulse für die deutsche Psychiatrie gefehlt. Auf Grund dessen wurden mehrere Hauptwerke von Pinel, eines wurde bereits erwähnt, 1800 ins Deutsche übersetzt mit dem Titel: „*Philosophische Krankheits-Lehre des Bürgers Pinel*“. Zahlreiche

⁸⁶ Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart 1967. S. 52.

⁸⁷ Vgl.: Kraepelin, E.: Hundert Jahre Psychiatrie. Ein Beitrag zur Geschichte der menschlichen Gesittung. Berlin. 1918. S. 2.

Psychiater aus Deutschland besuchten zudem Pariser Krankenanstalten, um von den dort herrschenden Bedingungen zu lernen.⁸⁸

Trotz der Änderung der Machtverhältnisse, die vor sich ging, blieben französische und deutsche Psychiater in regem wissenschaftlichem Austausch. Diese Beziehung wurde aber letztendlich durch den Deutsch-Französischen Krieg von 1870/1871 schlichtweg beendet, und ein Austausch fand lange Zeit nicht mehr statt. Leider verschloss sich die französische Psychiatrie völlig vom restlichen Europa und verwendete ihre eigene Nosographie und Terminologie. Erst 1930 erreichte man wieder eine langsame Annäherung durch Henry Ey, der eine internationale Verbindung verschiedener Psychiater schaffte. Der aufkommende zweite Weltkrieg verschärfte aber die Gegensätze noch mehr und erst ab 1950 gingen französische Psychiater wieder auf ihre deutschen Kollegen zu. Dass durch die lange Zeit der Stille dieser beiden führenden Länder in der Psychiatrie eine Vielfalt an Wissen verloren gegangen ist, versteht sich von selbst. Zum Beispiel wurden die neuesten Forschungsergebnisse von Emil Kraepelin, die weltweit für Aufregung sorgten, von Frankreich nicht einmal zu Kenntnis genommen.⁸⁹

Nichts desto trotz gelang es der deutschen Psychiatrie für lange Zeit eine der führenden Rollen auf dem Gebiet der Psychiatrie zu übernehmen.

Eine besondere Rolle kommt in diesem Zusammenhang Wilhelm Griesinger (1817-1868) zu. Zwischen den Anfängen der französischen Psychiatrie um 1800 und der Begründung der modernen Psychiatrie um 1900, nimmt er einen Sonderstatus ein. Doch bevor hier genauer auf

⁸⁸ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen München. 2006. S. 65.

Wie auch: Porter, R.: Die Kunst des Heilens. Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute. Heidelberg/Berlin. 2000. 496- 516.

⁸⁹ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen München. 2006. S. 65.

Griesinger eingegangen wird, soll die Situation in England zu dieser Zeit kurz beschrieben werden, wie auch die Rolle der Psychiker und Somatiker im 19. Jahrhundert.

In England kamen vor allem immer mehr sozialpsychiatrische Impulse zum Vorschein, nachdem ein Patient verstarb, der in einer Zwangsjacke fixiert wurde. Durch diesen tragischen Zwischenfall begann man die Zwangsbehandlungen zu überdenken. Die „*Non-restraint*“ Bewegung war geboren. Hauptinitiator dieser neuen Idee war im 19. Jahrhundert Robert Gardiner Hill, Direktor des Lincoln- Lunatic Asylums, wie bereits an anderer Stelle erwähnt. Waren zum Beispiel 1830 von 91 Patienten 32 gefesselt, so wurden 1873 nur noch 2 von insgesamt 130 Patienten registriert, die fixiert wurden; die humane Bewegung kam zum vollen Einsatz.⁹⁰

Eine weitere Galionsfigur in diesem Zusammenhang war unzweifelhaft John Conolly (1794-1866), der vollständig auf mechanische Zwangsmittel verzichtete und die menschliche Haltung den Patienten gegenüber maßgeblich veränderte. Prinzipien der Geduld, Gerechtigkeit und Güte waren nun die Tugenden, die ein Psychiater besitzen sollte. Zudem forderte er die tägliche Visite der Ärzte, um sich selbst ein Bild über die eigenen Patienten machen zu können. Er initiierte auch zahlreiche soziale Veranstaltungen mit gemeinsamer Teilnahme von Männern und Frauen. Auch war für Conolly die tägliche Beschäftigung der Patienten durch Handwerk und das Mitarbeiten in der Landwirtschaft von besonderer Bedeutung, um Heilung zu gewährleisten. Es kam relativ schnell zu einer Verbreitung des „*Non-restraint*“ Systems in ganz Europa, insbesondere auch in deutschen Anstalten, was später noch bei Griesinger Erwähnung findet. Ferner kam es in England zu so genannten kolonialen Anstalten, die mit der Landwirtschaft eng in Verbindung standen. Diese Form der

⁹⁰ Vgl.: Arolt, V.: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin. 2004. S. 334.

Behandlung fand aber im restlichen Europa bei weitem nicht so eine starke Rezeption. Ungeachtet dessen, war es England gelungen im 19. Jahrhundert einen bedeutenden Fortschritt im Umgang mit psychisch Kranken zu erzielen, indem man die Menschen als wirkliche Kranke ansah und nicht als von der Gesellschaft zu isolierende Individuen stigmatisierte.⁹¹

Bevor sich die folgende Arbeit auf einen der wichtigsten Psychiater des 19. Jahrhunderts einlässt, soll noch die Rolle der Psychiker und Somatiker kurz skizziert werden, denn man darf diese beiden Strömungen, wenn man von der Geschichte der Psychiatrie schreibt, nicht außer Acht lassen.

3.1.5.1 Exkurs: Psychiker versus Somatiker

Erwin Ackerknecht formulierte in seiner kurzen Geschichte der Psychiatrie so trefflich:

„Der reinsten Ausdruck der romantischen Psychiatrie waren die so genannten Psychiker, so genannt, weil sie die Geisteskrankheiten als reine Erkrankung der körperlosen Seele betrachteten und in wütender Fehde mit den Somatikern lagen, die ihrerseits Geisteskrankheiten als eine ausschließlich körperliche Angelegenheit mit mehr oder weniger wichtigen seelischen Symptomen behandelten.“⁹²

Auf diese immer noch populäre Dichotomie soll nun in weiterer Folge näher eingegangen werden, da man es als ein „Markenzeichen“ der deutschen Psychiatrie in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts bezeichnen kann.

Auf Seiten der Psychiker wären Johann Christian August Heinroth (1773-1843), Karl Wilhelm Ideler (1795-1860) und Justinus Kerner (1786-1862)

⁹¹ Arolt, V.: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin. 2004. S. 334.

⁹² Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967. S. 59.

zu nennen. Sie vertraten die Ansicht, dass „Geisteskrankheiten“ auf Grund der in Sünde gefallenen körperlosen Seele, entstanden.⁹³

Vor allem war es Heinroth, der von dieser These überzeugt war. Sein dazugehöriges Lehrbuch erschien 1818⁹⁴. Für ihn war die „Geisteskrankheit“ eine reine Seelenkrankheit, eine Unfreiheit, wenn man so mag. Der Sünder war von Gott mit dem Verlust der Willensfreiheit bestraft worden. Mit dieser kasuistischen Einstellung kam er zu dem Schluss, dass „Geisteskranke“ selbst für ihre Taten verantwortlich seien. Kategorisch lehnte er Vererbbarkeit bei „Geisteskrankheiten“ ab, da doch die Seele jedes Mal neu vergeben wird und jeder Mensch eine individuelle, einzigartige Seele besitze. Zu erwähnen wäre jedoch, dass Heinroth 36 Sorten von „Geisteskrankheiten“ unterschied. Anhand von Reiseberichten kann zudem belegt werden, dass seine Behandlungsmethoden weit milder waren, als er in seinen eigenen Schriften vorschlug.⁹⁵

Seine psychosoziale Sicht entwickelte Heinroth wahrscheinlich aus seiner Fixierung von Moral und Sünde. Die Leidenschaften des Menschen, behauptete er, trieben ihn schließlich dazu, sich dem Bösen hinzuwenden. Diese Entscheidung führte seiner Meinung nach zu einer Art inneren „Entsittlichung“. Sei der Mensch bereits in diesem Stadium, könne die Seele durch Schreck, Verdruss oder Enttäuschung sehr leicht erkranken. In seinem 1823 veröffentlichten Lehrbuch „*Lehrbuch der Seelenheilkunde*“ beschrieb Heinroth verschiedene Faktoren, die das seelische Wohlergehen bestimmten. Sein Werk war jedoch von einem derart

⁹³ Vgl.: Arolt, V.: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin. 2004. S.334.
Siehe zu Psychiker auch: Schippergers, H.: Psychiatrische Konzepte und Einrichtungen in ihrer geschichtlichen Entwicklung. IN: Kisker, K.P. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Bd. 3. Berlin. 1975. S. 9-11.

⁹⁴ Vgl.: hierzu: Heinroth, J.C.A.: Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens und ihre Behandlung. Von rationalem Standpunkt aus entworfen. Leipzig. 1818.

⁹⁵ Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967. S. 60-62.

glaubensstarken Pietismus durchzogen, dass es von seinen Kollegen kaum wahrgenommen wurde.⁹⁶

Nichts desto trotz wurden aber unter den Psychikern zum Teil wieder barbarische Behandlungsmethoden eingeführt, um damit die Seele zu erschüttern und eine Besserung der Symptome zu erzielen. Der Darwinsche Stuhl kam wieder zum Einsatz, sowie Hungerkuren, Elektrizität und Untertauchen ins eiskalte Wasser. Die Methoden erinnerten sehr stark an das Mittelalter und lassen den Schluss zu, dass es einen deutlichen Rückschritt in der Psychiatrie am Anfang des 19. Jahrhunderts gegeben hatte.⁹⁷

Neben diesen religiösen Psychikern gab es auch noch die ethischen Psychiker, wie Wilhelm Ideler einer war. Geistige Gesundheit konnte laut ihm nur erreicht werden, wenn der Mensch sein Leben nach den sittlichen Regeln ausrichtete. „Geisteskrankheiten“ entstanden in weiterer Folge also, wenn man ein ausschweifendes Leben führte. Der Mensch müsste im Einklang mit seiner Seele sein und sein Leben nach moralischen Grundsätzen ausrichten, ansonsten geriet die Seele in ein Ungleichgewicht, was daraufhin den Menschen krank machte.⁹⁸

Der regressive Schritt der romantischen Psychiatrie im 19. Jahrhundert wurde vor allem von Justinus Kerner verkörpert, der wieder an die Besessenheit durch Geister glaubte und zum Zwecke der Heilung den Exorzismus empfahl. Es ist unerklärlich, wie die Psychiater wieder in das Denkmuster des Mittelalters zurückfallen konnten, wo doch bereits so

⁹⁶ Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967.S. 60-62. Wie auch: Kutzer, M.: „Psychiker“ als „Somatiker“- „Somatiker“ als „Psychiker“. Zur Frager der Gültigkeit psychiatriehistorischer Kategorien. IN: Engstrom, E.J.; Roelcke, V. (Hrsg.): Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum. Medizinische Forschung. Bd. 13. Mainz. 2003. S. 27-49.

⁹⁷ Vgl.: Arolt, V.: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin. 2004. S.334.

⁹⁸ Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967. S. 60-62.

entscheidende und wichtige Schritte gesetzt wurden. Doch überzeugt von ihren idealistischen Konstruktionen, maßen sie den Erkenntnissen der Wissenschaft keine Bedeutung mehr zu.⁹⁹

Demgegenüber standen die Somatiker, mit einer weit nüchterneren Einstellung. Besonders Friedrich Nasse (1778-1851) und Maximilian Jacobi (1775-1858) waren Vertreter dieser Richtung. Sie verbanden vor allem einen naturwissenschaftlichen mit einem anthropologisch ganzheitlichen Denkansatz.¹⁰⁰

Nasse beschäftigte sich vor allem mit der psychologischen Funktion des Herzens. Bei ihm folgte die Seele den Funktionen des Organismus, denn psychische Grundfunktionen wurden bei den Psychikern, wie auch bei den Somatikern im Organismus lokalisiert, wobei die „niederen“ triebhaften psychischen Eigenschaften insbesondere den Bauchorganen zugeordnet wurden. Ein unsterblicher Seelenanteil war unbestritten, der in seinem innersten Kern nicht erkranken, beziehungsweise den schädlichen Trieben nicht ausgesetzt werden konnte. Der Kern sei die menschliche Vernunft, der Geist des Menschen sozusagen, der sich am Gewissen orientierte. Die Somatiker argumentierten in dieser Hinsicht keineswegs organpathologisch im Sinne einer „Gehirnpsychiatrie“. Sie lehnten demnach jegliche Gehirnlehren oder Theorien ab.¹⁰¹

Jacobis Schwerpunkt lag in allen körperlichen Erscheinungen, die bei „Geisteskrankheiten“ auftreten könnten. In dieser Hinsicht wurden vor allem der Puls und jede chemische Veränderung des Körpers beobachtet. Jacobi hatte zahlreiche begabte Schüler, wie zum Beispiel F. Bird, der seine Beobachtungen 1830 veröffentlichte. Es kann auch mit Recht

⁹⁹ Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967. S. 62.

¹⁰⁰ Vgl.: Arolt, V.: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin. 2004. S.334.

¹⁰¹ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen. München. 2006. S. 54-56.

behauptet werden, dass die Somatiker, ebenso wie später Griesinger, romantisch- idealistische Züge in ihre Theorien einfließen ließen. So kamen sie zum Beispiel nur zu ihrem Somatismus, weil sie überzeugt waren, dass die unsterbliche Seele nicht erkranken könnte. Somatiker und Psychiker waren so gesehen gleich spekulativ.¹⁰²

Nicht desto trotz entstanden in dieser Periode eine Reihe von Anstalten. Die stationäre Psychiatrie im 19. Jahrhundert war gekennzeichnet durch die Anstaltspsychiatrie. Besonders bekannte und wichtige Anstalten waren:

- Sonnenstein gegründet 1811
- Siegburg gegründet 1825
- Sachsenberg gegründet 1830
- Winnenthal gegründet 1834
- Halle gegründet 1834
- Illenau gegründet 1842¹⁰³

Diesen Einrichtungen standen Direktoren, wie Carl- Friedrich Flemming, Heinrich P.A. Damerow und Johann- Christian Roller vor. Besonders von Bedeutung war, dass die Anstaltsdirektoren mit den psychisch Kranken zusammenlebten und somit der täglichen Kontrolle und der damit einhergehenden Wirklichkeit nicht entrinnen konnten. Dies war mit Sicherheit auch einer der Gründe dafür, dass die deutsche Psychiatrie im 19. Jahrhundert die Führungsrolle im gesamt europäischen Vergleich einnahm, denn es gab in keinem anderen europäischen Land eine vergleichsweise ähnliche Form des Umgangs mit „Geisteskranken“.¹⁰⁴

Obwohl es in dieser Periode zu einer zunehmenden Humanisierung der Patienten kam, verwendete man in der ersten Hälfte des 19. Jahrhundert

¹⁰² Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967. S. 61.

¹⁰³ Vgl.: Ebd. S. 62.

¹⁰⁴ Vgl.: Ebd. S. 62. wie auch: Arolt, V.: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin. 2004. S.334.

in Deutschland immer noch allzu gern die aktiven Behandlungsmethoden, wie den berüchtigten Drehstuhl, der unter den verschiedensten Namen zur Anwendung kam. So wurde er als „Ekel- und Schmerztherapie“ wie auch als „Douche“ bezeichnet. Besonders verdeutlicht wird dieses Bild durch Ernst Horn, der für sein Sack- und Zwangsstehen traurig berühmt wurde. Er übergoss seine Patienten in seinen Sitzungen mit nicht weniger als 200 Eimern kalten Wasser. Der therapeutische Nutzen von dieser Behandlungsmethode sei dahingestellt. Dennoch sah Horn anscheinend eine heilende Wirkung in diesen inhumanen Methoden und deshalb kamen sie bei ihm immer wieder zur Anwendung.¹⁰⁵

Die Kontroverse der Psychiker und Somatiker wurde bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts besonders heftig in Deutschland, aber auch in anderen Ländern, ausgetragen. Mit dem Werk Wilhelm Griesingers war diese Debatte dann längst überholt. Die spätere Gehirnpsychiatrie hatte mit der alten Kontroverse kaum noch etwas zu tun und fand dann schließlich ein Ende, nur um später in einer anderen Form wieder aufzutauchen. Die Psychiatrie spaltete sich nach Griesinger und nach der Veröffentlichung der „*Allgemeinen Psychopathologie*“ 1913 von Karl Jaspers in zwei Lager. Zum einen gab es die biologischen Psychiater zum anderen die psychopathologischen Psychiater. Später bezeichnete man die entsprechende Dichotomie medizinisch (speziell psychopharmakologisch) gesinnte Psychiater versus psychotherapeutisch (psychoanalytisch) eingestellte Psychiater. Wer das so sah, berief sich gerne- allerdings zu Unrecht- auf die alte Gegenüberstellung Somatiker versus Psychiker.¹⁰⁶

107

¹⁰⁵ Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967. S. 62- 63.

¹⁰⁶ Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen. München 2006. S. 55-56.

¹⁰⁷ Siehe zum Thema Psychiker und Somatiker auch: Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie. Berlin. 1948. S.709-710; Pauleikhoff, B.: Das Menschenbild im Wandel der Zeit. Ideengeschichte der Psychiatrie und der Klinischen Psychologie. Bd. 2. Die Zeit bis Kraepelin und Freud. Pressler. 1983. S. 187-191. Wie auch: Dörner, K.: Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt a. M. 1969. S. 281-303.

3.1.5.2 Wilhelm Griesinger und die 1. biologische Psychiatrie

Wilhelm Griesinger ist in dieser Arbeit ein eigenes Kapitel gewidmet, da er entscheidend zum Fortschritt der Psychiatrie beigetragen hat und einer der ersten war, der die Ursache von „Geisteskrankheiten“ im Gehirn suchte. Des Weiteren war er nicht nur einer der einflussreichsten Repräsentanten der ersten biologischen Psychiatrie, sondern entwickelte auch das moderne Modell einer universitären Psychiatrie.

Wilhelm Griesinger (1817- 1869)¹⁰⁸ führte den Titel eines Professors der Psychiatrie und Neurologie. Er hatte ein allumfassendes Interesse an der Forschung und hatte bevor er dreißig wurde, seine Beobachtungen in einem Lehrbuch über „Geisteskrankheiten“ niedergeschrieben.¹⁰⁹ Im Laufe seiner langjährigen Tätigkeit trug er in hervorragendem Maße zur Erforschung von Infektionskrankheiten, der pathologischen Anatomie und der „Geisteskrankheiten“ bei. Er schrieb zahlreiche Abhandlungen über psychiatrische Diagnostik und Therapie. Zudem begründete er das „*Archiv für Physiologische Heilkunde*“ sowie die „*Gesellschaft für Medizinische Psychologie*“, die sich dadurch auszeichneten, dass sie nicht nur ein Forum für Psychiater darstellten, sondern auch den Vertretern verwandter Gebiete, besonders den Philosophen, zugänglich waren. Vor allem seine verschiedenartigen medizinischen Interessen machten ihn zu einem der großen Synthetiker der ärztlichen Wissenschaften. Er hatte immer den nüchternen Blick zwischen anatomischen und psychologischen

¹⁰⁸ Siehe zu Griesinger: Wiesner, A.: *Leben und Werk des Tübinger Professors Wilhelm Griesinger*. Emsdetten 1937.

¹⁰⁹ Siehe hierzu: Griesinger, W.: *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Für Aerzte und Studirende*. Stuttgart. 1871.

Phänomenen. Er sah es als seine Mission an, die deutsche Psychiatrie von der Romantik zu befreien.¹¹⁰

Besonderen Einfluss hatte seine 1845 erstmals veröffentlichte „*Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*“. Er begann seine Abhandlung mit der Forderung, die „Geisteskrankheiten“ und ihre Symptome zu lokalisieren. Für ihn gab es keinen Zweifel, dass der Sitz der „Geisteskrankheiten“ im Gehirn zu finden sei, selbst wenn nicht bei jeder dieser Erkrankungen eine entsprechende Hirnschädigung gefunden wurde. „*Psychische Krankheiten sind Gehirnkrankheiten*“¹¹¹, das „Irresein“ war seiner Meinung nach nur ein Symptomkomplex verschiedener anomaler Gehirnzustände. Natürlich ging Griesinger nicht davon aus, dass alle „Geisteskrankheiten“ ausschließlich Krankheiten des Gehirns seien. Für ihn waren es insbesondere die diffusen Gehirnkrankheiten, die die Krankheiten des Geistes zu verantworten hätten. Zudem forderte er, dass die Psychiatrie eine selbstständige Disziplin werden müsse, die medizinisch und nicht poetisch oder moralistisch eingestellt sein müsste.¹¹²

Griesinger schaffte es, der Psychiatrie einen wissenschaftlichen Standpunkt zu verleihen. Er hatte wesentlich dazu beigetragen, dass das spekulative Denken von empirischer Arbeit abgelöst wurde. Er wandte sich auch entschieden gegen jede Voreingenommenheit und Einseitigkeit, vor allem in Bezug auf die Somatiker und der Humoralpathologie. Er propagierte, dass in der Psychiatrie die Verbindung zwischen Wissenschaft und Praxis unvermeidbar seien. Auch ging die neue biologische Arbeitsrichtung auf Griesinger zurück. Die biologisch-

¹¹⁰ Vgl.: Alexander, F.G., Selesnick, S.T.: Geschichte der Psychiatrie. Ein kritischer Abriss der psychiatrischen Theorie und Praxis von der Frühgeschichte bis zur Gegenwart. Zürich. 1969. S. 200-204.

¹¹¹ Anmk. : Diesen Wortlaut findet man in dieser Form nicht in seinem Werk. Dieses Zitat ist zwar nicht falsch, aber eine doch ungenaue und oft verwendete Wiedergabe.

¹¹² Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967. S. 63-72.

psychiatrischen Thesen Griesingers werden im Allgemeinen als seine größte, wenn nicht einzige Leistung hingestellt. Sein Hauptanliegen lag darin, dass man psychisch Kranke wie andere Kranke ansehen sollte und folgendermaßen auch ärztlich behandelte. Sein Argument lag darin, dass „Geisteskranke“ Hirn- und Nervenranke Individuen seien, an denen ganz dieselben ärztlichen Aufgaben zu stellen seien, wie bei allen übrigen Nervenranken. Auch war es Griesinger, der forderte, dass jede Heilanstalt den Charakter eines Krankenhauses besitzen müsse und nicht etwa den eines Besserungsinstitutes, einer Fabrik oder gar eines Gefängnisses. Damit wollte er auch sagen, dass die Anstalt durchaus unter eine ärztliche Leitung zu stellen sei.¹¹³

Seine Leidenschaft lag aber im psychologischen Vorgehen. Seine psychodynamischen, insbesondere ich- psychologischen Ausführungen enthielten ungeahnte neue Erkenntnisse. Er betonte, dass es in der Praxis obligat wäre, nicht allein die aktuelle Situation und das Vorfeld der psychischen Erkrankungen zu beobachten, sondern die gesamte Anamnese, sowie auch die Familiensituation, die körperliche Entwicklung und auch die Weiterentwicklung dieser Person, um so ein allumfassendes Bild der Geschichte des Patienten zu erhalten. Durch diesen neuen Impuls akzentuierte Griesinger eine neue Dimension der Psychiatrie. Es handelte sich dabei um die Psychodynamik, die auch die Subjektivität des Erlebens mit einschloss. Die Bedeutung der Griesinger'schen Psychodynamik aber wurde zu seinen Lebzeiten nicht wirklich gewürdigt. Sigmund Freud hatte sich zwar in seiner Traumdeutung um 1900 auf Griesinger berufen, aber war nicht näher auf die Tiefenpsychologie von Griesinger eingegangen. Die Psychiatrie begann erst in den 1930er Jahren vereinzelt, und von den 1980er Jahren an, diese Dimensionen, die von Griesinger aufgestellt wurden, zu thematisieren. Er war es auch, der die Pluridimensionalität der Psychiatrie erkannte und entsprechende multimodale psychiatrische

¹¹³ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen. München. 2006. S.70-71.

Behandlungen gefordert hatte. Er hat die biologischen und psychologischen Dimensionen des psychisch Kranken zueinander in Beziehung gesetzt und an vielen Stellen das ausgesprochen, was psychiatriehistorisch lange Zeit unbeachtet blieb.¹¹⁴ So schrieb er in seinem Lehrbuch:

*„Sie [die Psychiatrie] darf sich aber überhaupt nicht bloß mit den auffallenden körperlichen oder geistigen Ereignissen, die dem Irresein näher vorangingen, begnügen, sondern sie muss sich auf den Standpunkt stellen, wo der jetzige krankhafte Zustand als das endliche Ergebnis aller früher vorhandenen Lebenszustände erscheint [...]. Ein näheres Eingehen in die Ätiologie des Irreseins zeigt nämlich alsbald, wie es in der außerordentlichen Mehrzahl der Fälle nicht eine einzige spezifische Ursache, sondern einen Complex mehrerer, zum Theil sehr vieler und verwickelter schädlicher Momente war, unter deren Einfluss die Krankheit endlich zu Stande kann [...]. Es ist keine Frage das Irresein in vielen Fällen durch rein körperliche Ursachen entstehen kann, dass andererseits unter ihrer Mitwirkung die psychischen Causalmomente weit eher und ganz vorzüglich zur Entstehung der Geisteskrankheiten führen. Eine erbliche oder erworbene Disposition lässt sich dann häufig, doch nicht gerade immer nachweisen [...]“.*¹¹⁵

Hiermit ist das psychiatrische Modell angesprochen, dass später mehrdimensionale oder pluridimensionale Psychiatrie genannt wurde. Von dem ätiopathogenetischen Zusammenspiel der einzelnen Faktoren hatte Griesinger bereits eine überzeugende Vorstellung, der das heutige Vulnerabilitätsmodell entspricht. Er hatte auch ganz präzise Forderungen, wie die therapeutische Behandlung auszusehen hatte. Die psychische wie auch die somatische Heilmethode müssten absolut gleichberechtigt sein. Dennoch wusste Griesinger, wie schwer es war vor dem Hintergrund der Wissenschaft, die Notwendigkeit des Zusammenwirkens psychischer und

¹¹⁴ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen. München. 2006. S. 72.

¹¹⁵ Zit. nach. Ebd. S. 73. (Originalquelle: Griesinger, W.: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Stuttgart. 1845.)

somatischer Therapie zu erkennen. Er kam sehr schnell zu dem Schluss, dass es schwierig war pluridimensionale Ansätze in der Behandlung zu realisieren und wie leicht es hingegen war durch theoretische Annahmen und Hypothesen in der Einseitigkeit zu verharren.¹¹⁶

Auf Grund dessen forderte er neue Behandlungsformen und bessere Versorgungen für psychisch Kranke. Die Therapie sollte human sein und nicht so menschenunwürdig, wie es in der Vergangenheit der Fall war. Vor allem müssten psychische und physische Methoden kombiniert werden, um eine effizientere Versorgung zu gewährleisten. Wichtig war es für Griesinger, dass das Individuum behandelt wird und nicht allein die Krankheit. Er war auch überaus optimistisch was die Heilungschancen betraf und legte dadurch großen Wert auf Prophylaxe. Griesinger ging auch davon aus, dass die Umgebung auf den Kranken einen entscheidenden Einfluss hatte und forderte in Folge dessen dringende Reformen. Eine annehmbare Alternative zur stationären Behandlung sah er in freieren extramuralen Versorgungsformen, wie die Pflege in der Familie. Der psychisch Kranke hatte dadurch die Gelegenheit unter Gesunden leben zu können und war vielleicht wieder integrationsfähig für die Gesellschaft. Griesinger bevorzugte auch Bäder, Opium, Digitalis, Blausäure und Datura als Behandlungsformen, anstatt Aderlass, Blasenbildung, Abführ- und Brechmittel. Er war so zu sagen ein Befürworter des „*non restraint Systems*“ von Conolly. Noch dazu beschäftigte er sich mit dem damals akuten Problem, ob Spezialanstalten für Unheilbare, so genannte Pflegeanstalten von Heilanstalten getrennt werden müssten.¹¹⁷

Ihm war die Frage besonders wichtig, wie man sowohl den akut, als auch den chronisch Kranken die bestmögliche Behandlung gewähren könnte. Er war davon überzeugt, dass Behandlungen von Langzeitbehandlungen

¹¹⁶ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen. München. 2006. S.73-74.

¹¹⁷ Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967. S.70.

zu unterscheiden seien. Weiters forderte er, dass jede größere Stadt einen Ort zur richtigen Unterbringung und Behandlung akuter Fälle besitzen müsse und die Aufnahme in jeder denkbaren Weise für den Kranken erleichtert werden müsste. Man kann hier durchaus behaupten, dass Griesinger bereits Anhänger der späteren gemeindenahen Psychiatrie war.¹¹⁸ Die Originalität und Vielseitigkeit seines Arbeitens, die Gründlichkeit und Voraussicht seiner Planung, sowie das fundierte pluridimensionale Psychiatrieverständnis waren nur wenige Gründe für seinen Erfolg. Mit ihm und seinen Schülern begann auch der Übergang von der Anstalts- zur Universitätspsychiatrie. Es bleibt eine Tatsache, dass mit und durch Griesinger die deutsche Psychiatrie internationale Geltung erreichte und immer mehr die Führungsrolle in Europa übernahm.¹¹⁹

In Österreich gingen die Dinge mittlerweile ihren eigenen und von Griesinger völlig unabhängigen Weg. Im nächsten Kapitel soll daher die Entwicklung der Psychiatrie in Wien und die bedeutendsten Persönlichkeiten in diesem Zusammenhang näher beschrieben werden.

Die Entwicklung in Österreich ist deswegen auch von Bedeutung, da Österreich und Deutschland immer in Konkurrenz zueinander standen und vielleicht war es gerade dieses Konkurrenzdenken was die schnellen Fortschritte der Psychiatrie in dieser Zeit erklären würde.

Es ist bekannt, dass die Psychiatrie in Österreich in der gesamten ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts zurückgeblieben war. Doch dieser Zustand änderte sich ganz rasch ab 1848 und führte schließlich zu einer Spätblüte

¹¹⁸ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen. München. 2006. S.76.

¹¹⁹ Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967. S.72.

der Psychiatrie, wie sie nirgends anders auf der Welt stattfand.¹²⁰ Auch muss erwähnt werden, dass 1893 der „*Verein für Psychiatrie und Neurologie*“ gegründet wurde und heute zu den ältesten wissenschaftlichen ärztlichen Vereinen Österreichs gezählt wird.¹²¹

Auf Grund dieser Tatsachen ist es notwendig, die Geschichte der Psychiatrie in Österreich näher zu beleuchten.

¹²⁰ Vgl.: Jetter, D.: Zur Entwicklung der Irrenfürsorge im Donauraum. IN: Artelt, W. u.a. (Hrsg.): *Medizin historisches Journal*. Sonderdruck. Bd. 6. Heft 2/3. Hildesheim/ NY. S. 189.

¹²¹ Vgl.: Skopec, M.: Ärztliches Vereinswesen: Über die Gründung des „Vereins für Psychiatrie und Neurologie“ in Wien. IN: Göschl, D. (Hrsg.): *Österreichische Krankenhaus- Zeitung*. 29. Jahrg. Wien. 1988. S. 495.

4 Die Psychiatrie in Österreich

Schon während der Regierungszeit von Maria Theresia versuchte man in Österreich die psychisch Kranken medikamentös zu behandeln, obwohl teilweise noch Gewohnheiten aus dem Mittelalter herrschten.¹²² Der Erfinder der Perkussion- die schon erwähnt wurde- Leopold Auenbrugger (1722-1809) sprach schon im Jahre 1761 über psychosomatische Krankheiten. Außerdem beschrieb er 1775 ein von ihm eigens angenommenes Krankheitsbild, die „*mania virorum*“, die er mit Kampf zu behandeln versuchte. Im Jahre 1784 wurde das erste Spezialinstitut Europas für „Geisteskranke“ im Rahmen des Wiener Allgemeinen Krankenhauses durch Joseph II gegründet, der so genannte „Wiener Narrenturm“¹²³, wo Patienten in Ketten gelegt wurden und zum Teil sogar am Hals befestigt waren. Diese Vorgehensweise gegenüber den Kranken lässt die Hilflosigkeit der Wissenschaft erkennen, die in dieser Zeit herrschte. Die Menschen, die in diesem „Tollhaus“ - oder auch des Kaisers „Gugelhupf“ genant- untergebracht waren, wurden gehalten wie Tiere und auch dementsprechend zur Schau gestellt. Es war nur ein allzu gerner Brauch der Wiener und Wienerinnen am Sonntagnachmittag gegen die Entrichtung eines Eintrittsgeldes, sich diese Menschen wie in einem Zoo anzuschauen. Der Narrenturm hatte lediglich den Zweck, die Patienten vor sich selbst zu schützen und die Mitmenschen von ihnen zu isolieren.¹²⁴

¹²² Vgl.: Wyklicky, H.: Das Wiener Allgemeine Krankenhaus. IN: Hippokrates Verlag. (Hrsg.): Hippokrates. Wissenschaftliche Medizin und praktische Heilkunde im Fortschritt der Zeit. Sonderdruck. 40. Jahrg. Heft 11. Wien. 1969. S. 439-444.

¹²³ Siehe zu Narrenturm auch: Köhle, J.: Der Narrenturm in Wien oder das Paradigma des Wahnsinns. Wien. 1991. Wie auch: Stohl, A.: Warum der Narrenturm in Wien keinen Garten hatte. IN: Der andere Garten. Göttingen. 2005. S. 321 ff. und Sablik, K.: Josphinismus in der Medizin: Das Allgemeine Krankenhaus in Wien und der Narrenturm. IN: Springer Verlag. (Hrsg.): Wien Klin. Wschr. 103/116. Wien. 1991. S. 493-497. Siehe auch zu Wiener Irrenhausprojekte: Jetter, D.: Wiener Irrenhausprojekte. IN: Scheid, W u.a. (Hrsg.): Fortschr. Neurol. Psychiat. 49. Heft 2. Stuttgart. 1981. S. 43-52.

¹²⁴ Vgl.: Wyklicky, H.: Zur Geschichte der Psychiatrie in Österreich. IN: Berner, P. u.a. (Hrsg): Zur Geschichte der Psychiatrie in Wien. 1983. S. 9.

„Die Behandlung der „Geisteskranken“ war die des mit Ketten verschärften Zwanges. Dieses alte Zwangssystem, wenn auch in gemilderter Form, gab der Behandlungsmethode noch immer das charakteristische Gepräge. Die humanitären Bestrebungen [...] einiger Irrenärzte waren [...] geeignet, manche Besserungen im Anstaltswesen zu erzielen, sie vermochten jedoch nicht, solange die Irrenanstalten noch im Banne des Zwanges standen, eine durchgreifende Reform der Irrenpflege herbeizuführen.“¹²⁵

Die ärztliche Betreuung der dort eingesperrten Menschen, wie auch die Erarbeitung von theoretischen Grundlagen der „Geisteskrankheiten“ hatte bis zu der Mitte des 19. Jahrhunderts keine besondere Bedeutung in der Wiener Medizinischen Schule. Die Entwicklung der Psychiatrie war zu diesem Zeitpunkt in Frankreich, England oder Deutschland bereits fortgeschrittener.¹²⁶

Die Errichtung des „Irrenturms“ signalisierte aber den Beginn einer eigentlichen Irrenfürsorge in Österreich. Man darf nicht vergessen, dass „Geisteskranke“ bis dahin in Zuchthäusern oder Gefängnissen untergebracht wurden oder wenn es gut ging, in alten, maroden Armen- und Siechenhäusern. Der „Narrenturm“ hatte zwar auch die Bestimmung „Geisteskranken“ einen Aufenthalt zu gewährleisten, aber wie schon erwähnt, unter zwangsmäßigen und schlechten Zuständen. Man kann daher in keiner Weise von einer rationellen Behandlung sprechen.¹²⁷

¹²⁵ Tilkowsky, A.: Das öffentliche Irrenwesen in Oesterreich. Die Irrenanstalten in Oesterreich. IN: Oesterreichs Wohlfahrts- Einrichtungen 1848-1898. 3. Bd. Gesundheitspflege. Wien. 1900. S. 364-365.

¹²⁶ Vgl.: Gröger, H.: Die Wiener Psychiatrie in ihrer Entwicklung. IN: Kunst des Heilens. Aus der Geschichte der Medizin und Pharmazie. Niederösterreichische Landesausstellung 1991. Katalog des NÖ Landesmuseums. Neue Folge. Nr. 276. Wien. 1991. S. 788.

¹²⁷ Vgl.: Holub, E.: N.Oe. Landes- Heil- und Pflegeanstalt für Geistes und Nervenranke „am Steinhof“ in Wien, XIII. IN: Schlöss, H. (Hrsg): Die Irrenpflege in Österreich in Wort und Bild. Halle a. d. S. 1912. S. 178.

Joseph II befahl deshalb die Kranken, wenn es nur irgend möglich war, in den Hof zu schicken, um einen Spaziergang machen zu können, damit sie nicht den ganzen Tag in ihren gefängnisähnlichen Zellen verbringen mussten. 1789 wurde dann jede schlechte Behandlung der Patienten strengstens untersagt. In England hingegen, wo ein humaner Umgang mit psychisch Kranken herrschte, berichtete der bereits erwähnte Conolly, dass Mondsüchtige während bestimmter Mondphasen systematisch gebunden, gekettet und gepeitscht wurden, um den Einfluss des Mondes zu entgehen. Der Einfluss der Gestirne hatte aber auch in Wien bestimmte Relevanz, vor allem durch den aus Konstanz stammenden Franz Anton Mesmer (1734-1815), der in Wien zur Zeit Maria Theresias seine Magnetkuren durchgeführt hatte. Ganz im Gegensatz zu der grausamen Behandlung, die in dieser Zeit immer noch an der Tagesordnung stand, waren seine therapeutischen Sitzungen vor allem in der höheren Gesellschaft sehr beliebt. Er nahm eine im Kosmos, wie im menschlichen Organismus wirkende Kraft, ein Fluidum an, dessen Menge und Verteilung Veränderungen von Leib und Seele bewirkte. In der Heilung erfolgreich, aber von akademischer Seite abgelehnt und in Misskredit gebracht, verließ er 1777 Wien, ging nach Frankreich, wo er viele Anhänger hatte. Eine wissenschaftliche Anerkennung blieb ihm jedoch auch dort verwehrt.¹²⁸

Mesmer gilt heute als einer der Pioniere der Hypnosetherapie. Der nach ihm benannte „*Mesmerismus*“ wirkte noch weit in das 19. Jahrhundert hinein. Später hat dann sein Nachfolger Franz Joseph Gall¹²⁹ (1758-1828)

¹²⁸ Vgl.: Gröger, H.: Die Wiener Psychiatrie in ihrer Entwicklung. IN: Kunst des Heilens. Aus der Geschichte der Medizin und Pharmazie. Niederösterreichische Landesausstellung 1991. Katalog des NÖ Landesmuseums. Neue Folge. Nr. 276. Wien. 1991. S. 788.

¹²⁹ Siehe zu Gall und seiner Schädellehre auch:
http://www.meduniwien.ac.at/histmed/gall_biographie.htm

gewirkt, dem die Medizin weit mehr als nur seine Cranioskopie¹³⁰ verdankte.¹³¹

Gall unterschied im Gehirn verschiedene Zentren oder Organe, die er auf die Schädeloberfläche projizierte. Er vertrat die Ansicht, dass man aus der Schädelform Rückschlüsse über die geistigen Qualitäten erzielen konnte. Sein Anliegen war es - durch seine neu geschaffene Lehre und seiner Überzeugung, dass der Schlüssel von „Geisteskrankheiten“ in der Hirnrinde zu finden sei - ein neues Verständnis des Wahns zu erreichen. Des Weiteren waren seine später publizierten Schriften zur anatomischen Hirnforschung von besonderer Bedeutung, da er bereits die Ursprünge der Hirnnerven richtig beschrieben hatte, indem er die weiße Hirnsubstanz klar von der grauen unterschied. Seine eben beschriebenen Lehren führte er an Kranken des „Wiener Narrenturms“ durch. Gall musste aber Wien bereits in den ersten Jahren des 19. Jahrhunderts verlassen, da seine Ideen nicht mit der zu dieser Zeit herrschenden Auffassung korrespondieren konnten.¹³²

Während die ausländische Kritik über die Zustände im Wiener Narrenturm nicht abreißen wollte, erarbeitete um 1819 einer der ehemaligen Primärärzte des Narrenturms Bruno Goergen (1777- 1842) in einem kleinen Konzept ein Modell für Österreich aus, was später als Anstaltspsychiatrie bezeichnet wurde. Er führte in Oberdöbling eine Privatheilanstalt ein, die sich vor allem durch ihre mustergültige Betreuung einen Namen machte. Die Patienten erhielten eine abwechslungsreiche Beschäftigungstherapie, nahrhafte Kost, erlesene Gesellschaft, den

¹³⁰ Kranioskopie: Merkmalsbeschreibung des Schädels. Vgl.: Duden. Der kleine Duden. Fremdwörter. Mannheim u.a. 2004. S. 262.

¹³¹ Vgl.: Wyklicky, H.: Zur Geschichte der Psychiatrie in Österreich. IN: Berner, P. (Hrsg.): Zur Geschichte der Psychiatrie in Wien. Wien. 1983. S. 10.

¹³² Vgl.: Gröger, H.: Die Wiener Psychiatrie in ihrer Entwicklung. IN: Kunst des Heilens. Aus der Geschichte der Medizin und Pharmazie. Niederösterreichische Landesausstellung 1991. Katalog des NÖ Landesmuseums. Neue Folge. Nr. 276. Wien. 1991. S. 789.

gebührenden Respekt und ein Maß an Eigenverantwortung. Der einzige Nachteil, den diese Anstalt hatte, war, dass sie nur den oberen Schichten der Wiener Gesellschaft zugänglich war. Neben dieser Einrichtung begann in Wien noch in der Mitte des 19. Jahrhunderts das „sanfte“ Wirken Ernst von Feuchterslebens (1806-1849), der sich auch als Erster mit der Thematik der psychischen Krankheiten auf universitärem und nicht auf medizinischem Boden auseinandersetzte. Im Jahre 1838 erschien sein Buch über die „*Diätetik der Seele*“¹³³ und 1845 sein „*Lehrbuch der ärztlichen Seelenheilkunde*“.¹³⁴ In seinen beiden Werken legte er auf psychologisch- anthropologischer Grundlage die Einheit von Leib und Seele dar. Er konnte sich dann schließlich 1843 habilitieren, dadurch wurde er der erste Dozent für Psychiatrie an der Universität Wien und hielt Vorlesungen über die ärztliche Seelenkunde.¹³⁵

Feuchtersleben, wie auch andere Zeitgenossen gingen davon aus, dass der menschliche Geist durch eine „gestörte Organisation“ nicht richtig arbeiten konnte. Diese „gestörte Organisation“ zu ergründen, wurde dann später zur Obsession der eben entstandenen anatomischen Klinik, die unter dem Pathologen Carl Rokitansky (1804-1878) und Josef Skoda (1805-1881) in Wien geschaffen wurde. Durch Rokitansky wurde einer der bedeutendsten Psychiater in Wien gefördert, die Rede ist von Theodor Meynert (1833-1878).^{136 137}

¹³³ Siehe: Feuchtersleben, E.: Zur Diätetik der Seele: Nebst ausgewählten Aphorismen. Berlin. 1848.

¹³⁴ Siehe: Ders.: Lehrbuch der ärztlichen Seelenkunde. Als Skizze zu Vorträgen. Wien. 1845.

¹³⁵ Vgl.: Gröger, H.: Die Wiener Psychiatrie in ihrer Entwicklung. IN: Kunst des Heilens. Aus der Geschichte der Medizin und Pharmazie. Niederösterreichische Landesausstellung 1991. Katalog des NÖ Landesmuseums. Neue Folge. Nr. 276. Wien. 1991. S. 790.

¹³⁶ Vgl.: Wyklicky, H.: Zur Geschichte der Psychiatrie in Österreich. IN: Berner, P. (Hrsg.): Zur Geschichte der Psychiatrie in Wien. 1983. S. 10.

¹³⁷ Vergleiche zu diesem Thema auch: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen. München. 2006. S. 85-87. Wie auch: Stockert- Meynert, D.V.: Theodor Meynert und seine Zeit. Deutschland. 1930.

4.1 Theodor Meynert und sein Wirken

Meynert¹³⁸ gelang es auf Grund der Förderungen von Rokitansky, das Gebiet der Psychiatrie intensiv zu studieren. 1866 erhielt Meynert auf Geheiß seines Förderers eine Prosektorstelle an der erst 1853 eröffneten k.k. Heil und Pflegeanstalt am Brünfeld, neben dem Allgemeinen Krankenhaus. Dieses sehr imponierende Bauwerk war gewissermaßen dazu da, die Rückständigkeit von Kaiser Josephs „Tollhaus“ wieder wett zu machen. Mit dieser neu eröffneten Anstalt und den qualifizierten Personal war nun auch Österreich im Besitz einer funktionierenden Abteilung der „Anstaltspsychiatrie“.¹³⁹

Meynert war Anhänger der Wiener naturwissenschaftlichen Schule und ein therapeutischer Nihilist. Er war davon überzeugt, dass es sinnlos wäre, unheilbare Krankheiten zu behandeln. Außerdem betonte er immer wieder, dass er sich nicht der Psychiatrie zugewandt hatte um Patienten zu heilen, sondern ausschließlich um zu forschen. Eines seiner Hauptanliegen war es, die Mikrostruktur von Hirn und Rückenmark sichtbar zu machen, was ihm auch durch seine entwickelte Färbungstechnik gelang, in seinem Fall Kaminrot.¹⁴⁰ Diese Technik ermöglichte nun die Hirnzellen unter dem Mikroskop sichtbar zu machen und Anordnung, wie auch Aufbau der einzelnen Nervenzellen aus der Großhirnrinde und anderen Hirnregionen zu unterscheiden. Diese Vorgangsweise bezeichnete Meynert als Zytoarchitektonik.¹⁴¹

¹³⁸ Siehe zu Meynerts Privatleben: Hirschmüller, A.: Freuds Begegnungen mit der Psychiatrie. Von der Hirnmythologie zur Neurosenlehre. Tübingen. 1991. 93-104.

¹³⁹ Vgl.: Wyklicky, H.: Zur Geschichte der Psychiatrie in Österreich. IN: Berner, P. (Hrsg.): Zur Geschichte der Psychiatrie in Wien. Wien. 1983. S. 10.

¹⁴⁰ Siehe zum Thema Gehirn: Meynert, T.: Sammlung von populär- wissenschaftlichen Vorträgen über den Bau und die Leistungen des Gehirn. Wien. 1892.

¹⁴¹ Vgl.: Shorter, E.: Geschichte der Psychiatrie. Hamburg. 2003. S. 124.

Meynert galt als einer der führenden Histopathologen in der europäischen Psychiatrielandschaft. Durch seine bereits erwähnte Färbetechnik entdeckte er viele Strukturen, die tief in der Gehirnsubstanz lagen. Er ging davon aus, dass jeder Reiz, der das Zentralnervensystem erreichte, ein entsprechendes Zentrum in der Hirnrinde erregte. Er wies einige Verbindungswege und Assoziationsbahnen nach, auf denen Gehirnrindenzellen miteinander und mit tieferen Zellen des Gehirns in Verbindung traten. Er ging von der richtigen Annahme aus, dass die tiefer im Gehirn liegenden Zellen Produkte einer führenden phylogenetischen Entwicklung waren. Er war davon überzeugt, dass eine unzureichende Blutzirkulation des Gehirns zu Erregungszuständen führte und dass ein erhöhter Blutzufluss in die Zerebralgefäße Depressionen hervorrief. Diese so eben geschilderte Vorstellung hat man dann später als „Gehirnmythologie“ bezeichnet. Meynert war es auch der eine systematische Klassifikation der „Geisteskrankheiten“ vorschlug, die auf seinen histopathologischen Studien beruhte. Auf die Klassifikationseinteilungen wird im Kapitel 7 dieser Arbeit genauer eingegangen.¹⁴²

Die Fokussierung Meynerts auf die Großhirnlappen sorgte generationenlang für Heiterkeit, dabei wurde aber völlig außer Acht gelassen, dass er nach Griesinger, der wahrscheinlich wichtigste Repräsentant der ersten biologischen Schule war und somit die zweite biologische Psychiatrie des 20. Jahrhunderts vorweggenommen hatte. Zudem forderte er, dass sich die Psychiatrie wissenschaftlich auf die genauen Kenntnisse des anatomischen Aufbaus des Gehirns stützen müsste. Denn dadurch würde sie sich erst zu einer Ursachenforschung erheben.¹⁴³

¹⁴² Vgl.: Alexander, F.G., Selesnick, S. T.: Geschichte der Psychiatrie. Ein kritischer Abriss der psychiatrischen Theorie und Praxis von der Frühgeschichte bis zur Gegenwart. Zürich. 1969. S. 208-209.

¹⁴³ Vgl.: Shorter, E.: Geschichte der Psychiatrie. Hamburg. 2003. S. 124.

Meynerts Hauptanliegen lag – wie schon erwähnt- in der anatomischen Klinik. Er versuchte den Sitz der Krankheiten ausfindig zu machen und hatte sich, wie schon zuvor Griesinger, mit der Theorie angefreundet, dass die Ursache der Krankheiten vielleicht im Gehirn zu suchen sei. Er wollte hinter jedem Symptom eine nachweisbare anatomische Ursache finden. Rokitsansky war es nun wieder, der Meynert zu einem weiteren Karrieresprung verhalf. Wenn es in naher Zukunft eine psychiatrische Klinik an der Heil- und Pflegeanstalt geben sollte, sollte niemand anderes als Theodor Meynert als Vorstand tätig sein. 1870 wurde dann die erste Psychiatrische Klinik gegründet, wo er Klinikchef, aber nicht Anstaltsleiter war. Somit standen sich Anstalts- und Universitätspsychiatrie immer in starker Konkurrenz gegenüber. Durch die hirnorganische Forschungsrichtung, die Meynert betrieb, wurden die Gegensätze zwischen Anstalts- und Universitätspsychiatrie noch mehr verstärkt. Auf Seiten der Anstaltspsychiatrie wäre Ludwig Schlager (1828-1885) zu nennen, der sich 1858 für forensische Psychiatrie habilitierte und sich besonders für Reformen des „Irrenwesens“ einsetzte.¹⁴⁴

So schrieb er auch:

„Bis in die letzten Jahre war der Stand der öffentlichen Irrenfürsorge im Allgemeinen in Oesterreich ein wenig zufriedenstellender. In den verschiedenen Kronländern des Kaiserstaates bestanden wohl Irrenabtheilungen in Verbindung mit anderen Krankenanstalten [...] [sie] liessen bezüglich ihrer Lage und inneren Einrichtung sehr viel zu wünschen übrig, und nur die Irrenanstalt am Brünfeld zu Wien und die Irrenanstalt zu Prag waren Asyle, die in jeder Hinsicht eine Ausnahme machten, in dem man deren Anlage und Einrichtung den Anforderungen der Zeit möglichst Rechnung zu tragen bemüht war [...] und der Irrenanstalt in Wien Seitens der österreichischen Regierung Geldmittel in der liberalsten Weise zugewendet wurden, so dass diese Anstalt [...] in der günstigen

¹⁴⁴ Vgl.: Gröger, H.: Die Wiener Psychiatrie in ihrer Entwicklung. IN: Kunst des Heilens. Aus der Geschichte der Medizin und Pharmazie. Niederösterreichische Landesausstellung 1991. Katalog des NÖ Landesmuseums. Neue Folge. Nr. 276. Wien. 1991. S. 791.

*Lage war, sich dauernd zu einer Muster- Irrenanstalt des Kaiserstaates herauzuentwickeln. [...] dass man auch bei uns in Oesterreich nicht bloss Seitens der Irrenärzte, sonder auch Seitens der Landesvertretungen eifrigst bemüht ist, den Stand der öffentlichen Irrenpflege in den einzelnen Kronländern zu verbessern, und in dieser Richtung nach Kräften den Anforderungen der Zeit möglichst gerecht zu werden.*¹⁴⁵

Schlager übernahm 1873 die Direktion der Irren-, Heil- und Pflegeanstalt. Der Bruch zwischen Theodor Meynert, der als Vorstand in der dort eingerichteten psychiatrischen Universitätsklinik¹⁴⁶ agierte und Schlager war unvermeidlich, da beide völlig unterschiedliche Auffassungen der Psychiatrie vertraten. Auf Grund dessen legte Meynert die Leitung der Klinik zurück. Zur selben Zeit wurde die Beobachtungsstation, die im Allgemeinen Krankenhaus für nicht eindeutig psychisch kranke Patienten errichtet wurde, 1875 in eine zweite psychiatrische Universitätsklinik umgewandelt, deren Vorstand Meynert wurde.¹⁴⁷

An der ersten Psychiatrischen Klinik an der niederösterreichischen Landesheil- und Pflegeanstalt, die weiter bestehen blieb, übernahm Max Leidesdorf (1818-1889) die Nachfolge.^{148 149} „So kam es zu der in Europa einmaligen Situation, daß Wien zwei psychiatrische Universitätskliniken besaß.“¹⁵⁰

¹⁴⁵ Schlager, L.: Der heutige Stand der öffentlichen Irren- Fürsorge in Oesterreich. Aus: Separatabdruck aus Griesinger's Archiv. Berlin. 1868/ 1869. S. 1 u. 14.

¹⁴⁶ Vgl. dazu: Reisner, H.: Zur Geschichte der Wiener Psychiatrischen und Neurologischen Universitätskliniken. IN: Springer Verlag. (Hrsg.): Wiener klin. Wschr. Sonderdruck. 86. Jahrg. Nr. 5. Wien. 1974. S. 133-135.

¹⁴⁷ Vgl.: Gröger, H.: Die Wiener Psychiatrie in ihrer Entwicklung. IN: Kunst des Heilens. Aus der Geschichte der Medizin und Pharmazie. Niederösterreichische Landesausstellung 1991. Katalog des NÖ Landesmuseums. Neue Folge. Nr. 276. Wien. 1991. S. 791.

¹⁴⁸ Vgl.: Wyklicky, H.: Zur Geschichte der Psychiatrie in Österreich. IN: Berner, P. (Hrsg.): Zur Geschichte der Psychiatrie in Wien. Wien. 1983. S. 9.

¹⁴⁹ Vergleiche zu Theodor Meynert auch: Alexander, F.G. Selesnick, S. T.: Geschichte der Psychiatrie. Ein kritischer Abriss der psychiatrischen Theorie und Praxis von der Frühgeschichte bis zur Gegenwart. Zürich. 1969. S.208.

¹⁵⁰ Gröger, H.: Die Wiener Psychiatrie in ihrer Entwicklung. IN: Kunst des Heilens. Aus der Geschichte der Medizin und Pharmazie. Niederösterreichische Landesausstellung 1991. Katalog des NÖ Landesmuseums. Neue Folge. Nr. 276. Wien. 1991. S. 791.

Der einzige Schwachpunkt, den Meynert hatte, war der Umgang mit den Patienten, da er sich ausschließlich für die Forschung einsetzte. Er hatte, grob ausgedrückt kein Interesse an ihnen und glaubte ohnehin, dass für die meisten jede Hilfe zu spät kam. Nicht gerade eine konstruktive Einstellung, sie wurde aber von vielen Psychiatern seiner Generation vertreten. Trotz des Mangels an Sensibilität für die Patienten war er auf dem Gebiet der Psychiatrie ein Pionier. 1868 forderte er eine grundlegende Neuorientierung der Psychiatrie, ganz unabhängig von Griesingers Forderung in Berlin. Er wollte völlig von der Symptometikettierung wegkommen und die anatomischen Ursachen für geistige Erkrankungen lokalisieren. Meynerts Arbeit war somit der Beginn der letzten Phase der ersten biologischen Psychiatrie, der Konzentration auf die Anatomie. In den 1880er Jahren erfolgte ein regelrechter Boom an den Universitäten, am Mikroskop zu arbeiten, um irgendwelche Fortschritte in der Psychiatrie erreichen zu können. Heute weiß man aber, dass die erste biologische Psychiatrie zum Scheitern verurteilt war, da sie sich zu sehr von den Patienten und deren Problemen abgrenzte. Nichts desto trotz haben diese Wissenschaftler versucht im Falle von Krankheiten Hirnschäden zu identifizieren, die primär psychischen und nicht neurologischen Ursprung hatten. Banal ausgedrückt, sie sahen sich mehr als Psychiater, denn als Nervenärzte. Auch waren fast alle führenden Forscher auf diesem Gebiet Schüler von Theodor Meynert gewesen, was das mangelnde Verständnis für den Kranken mit sich zog.¹⁵¹

Leidesdorf war es nun sehr daran gelegen, Richard von Krafft- Ebing (1840- 1903)¹⁵² als seinen Nachfolger zu gewinnen, wahrscheinlich um so den Fortbestand der ersten Psychiatrischen Klinik zu gewährleisten. Beide Männer hatten ihr Vorbild in Wilhelm Griesinger gefunden, noch dazu kam

¹⁵¹ Vgl.: Shorter, E.: Geschichte der Psychiatrie. Hamburg. 2003. S. 125-126.

¹⁵² Siehe zu Krafft- Ebing: Sigusch, V.: Richard von Krafft- Ebing (1840-1902). Eine Erinnerung zur 100. Wiederkehr des Todestages. Berlin. 2004.

Krafft- Ebing aus der von Christian Roller (1802-1878) hervorragend geleiteten Heilanstalt in Illenau. Erwähnenswert ist an dieser Stelle, dass niemand geringeres als Julius Wagner Jauregg (1857- 1940) - auf ihn wird an anderer Stelle genauer eingegangen - 1883 Schüler von Leidesdorf war.¹⁵³

Krafft- Ebing verstand es, Anstalt- und Universitätspsychiatrie ideal zu verbinden. Sein Hauptanliegen lag in der forensischen Psychiatrie, aber er wurde auch durch seine „*Psychopathia sexualis*“¹⁵⁴ in weitesten Kreisen bekannt. Dämmerzustand und Zwangsvorstellungen waren sein Vokabular, auch die Bezeichnungen Masochismus und Fetischismus gehen auf ihn zurück. Innsbruck setzte, im Gegensatz zu Wien direkt die Meynertschule fort, wo Gabriel Anton (1858-1932) wirkte, bevor er nach Halle berufen wurde. Nachfolger wurde dann Meynerts ehemaliger Assistent Carl Mayer (1862-1936), der dort eine große Schule gegründet hatte. Nach dem Ableben Meynerts 1892 in Wien wünschte sich Krafft- Ebing aus der ersten Psychiatrischen Klinik der k. k. Heil- und Pflegeanstalt an die zweite Psychiatrische Klinik im Allgemeinen Krankenhaus zu übersiedeln, denn immer mehr wollte auch er die Neurologie, die zu diesem Zeitpunkt Arbeitsbereich der Internisten war, an seiner Klinik etablieren, was ihm auch gelungen war. Nach dem Tod Krafft- Ebings kam nun Julius Wagner- Jauregg (1857-1940) an die erste Psychiatrische Klinik, musste aber resignieren und ging zur zweiten Psychiatrischen Klinik über, wie schon seine Vorgänger Meynert und Krafft- Ebing.¹⁵⁵ Die unten angeführte Tabelle, soll überblicksmäßig noch einmal darstellen, was hier bereits genau geschildert wurde. Sie soll lediglich zum leichteren Verständnis beitragen.

¹⁵³ Vgl.: Wyklicky, H.: Zur Geschichte der Psychiatrie in Österreich. IN: Berner, P. (Hrsg.): Zur Geschichte der Psychiatrie in Wien. Wien. 1983. S. 9.

¹⁵⁴ Siehe dazu: Krafft-Ebing, R.v.: *Psychopathia Sexualis*. 1886.

¹⁵⁵ Vgl.: Wyklicky, H.: Zur Geschichte der Psychiatrie in Österreich. IN: Berner, P. (Hrsg.): Zur Geschichte der Psychiatrie in Wien. Wien. 1983. S.12.

„Irrenanstalten“ und Psychiatrische Kliniken Wiens¹⁵⁶

Tab. 4.1.

Chronologie	Irrenanstalt I. Psychiatrische Klinik	Allgemeines Krankenhaus II Psychiatrische Klinik
1784	K.K. Irrenheilanstalt eröffnet (Narrenturm+ Lazarett+ Dreiguldenstock)	
1828		Beobachtungszimmer werden eingerichtet (Teil der II medizinischen Abteilung)
1853	K.K. Irrenheilanstalt Brünnfeld eröffnet	
1866	Wird umgewandelt zur Niederösterreichischen Landesirrenanstalt	
1868		Beobachtungszimmer werden selbständige Abteilung mit Schlager als Leiter
1870	I. Psychiatrische Klinik an der NÖLIA eingerichtet mit Meynert als Vorstand	
1873	Schlager wird Direktor an der NÖLIA	Leidesdorf wird Nachfolger Schlagers
1875	Leidesdorf wird Vorstand der I Psychiatrischen Klinik	Umwandlung der Beobachtungszimmer zur II Psychiatrischen Klinik; Meynert wird dessen Vorstand
1878		Weitere Räume werden als Psychiatrische Abteilung des Allgemeinen K. an die II Psychiatrische Klinik Angegliedert

¹⁵⁶ Hirschmüller, A.: Freuds Begegnungen mit der Psychiatrie. Von der Hirnmythologie zur Neurosenlehre. Tübingen. 1991. S. 116.

4.2 Die Fieberkur von Julius Wagner Jauregg

Wagner- Jauregg war schon immer ein Experimentator gewesen; Bereits während seiner Studienzeit führte er am Institut für Experimentelle Pathologie bei Salomon Stricker zahlreiche Tierversuche durch.¹⁵⁷

In der Folge hatte Wagner- Jauregg die Jahrhundert alte Idee, dass durch fieberhafte Erkrankungen andere Krankheiten geheilt werden könnten. Erstmals verfasste er seine Gedanken 1887 und publizierte 30 Jahre später seine Malariatherapie, für die er 1927 den Nobelpreis erhielt.¹⁵⁸

Wagner- Jauregg führte durch diese neue Form der Therapie eine revolutionäre und imponierende Veränderung in der neurologischen Wissenschaft herbei. Maßgebend für seinen Erfolg war im Übrigen die Tatsache, dass es sich bei der progressiven Paralyse um ein als unheilbar geltendes psychisches Leiden handelte, an dem sich später seine neue Methode bewährte.¹⁵⁹

Er glaubte an die Möglichkeit, die progressive Paralyse durch künstliche Erzeugung verschiedener fieberhaften Krankheiten, einschließlich der bereits erwähnten Malaria, zu behandeln. Wenige Jahre später ging auch er von der Theorie zur Praxis über. Bereits seit den 1890er Jahren behandelte er Paralytiker mit dem Kochschen Tuberkulin¹⁶⁰ und später mit Typhusvakzine¹⁶¹. Durch diese Form der Therapie waren ihm einige Heilungen gelungen. Die Resultate waren jedoch zu sporadisch und

¹⁵⁷ Vgl.: Hirschmüller, A.: Freuds Begegnungen mit der Psychiatrie. Von der Hirnmythologie zur Neurosenlehre. Tübingen. 1991. S. 59-60.

¹⁵⁸ Vgl.: Wyklicky, H.: Zur Geschichte der Psychiatrie in Österreich. IN: Berner, P. (Hrsg.): Zur Geschichte der Psychiatrie in Wien. Wien. 1983.S. 13. Wie auch: Whitrow, M.: Julius Wagner- Jauregg. (1857-1940). Wien. 2001.

¹⁵⁹ Vgl.: Seitelberger, F.: Ueber die gegenwärtige neurologisch- psychiatrische Forschung in Oesterreich. IN: Springer Verlag (Hrsg.): Wiener klin. Wschr. Sonderabdruck aus 69. Jahrg. Nr. 38/39. Wien. 1957. S. 682.

¹⁶⁰ Tuberkulin: Sind gelöste Gifte und Zerfallsstoffe der Tuberkelbakterien. Vgl.: Psyhyrembel, W.: Klinisches Wörterbuch mit klinischen Syndromen. Berlin. 1975. S. 1243.

¹⁶¹ Typhusvakzine: Ist ein Impfstoff, der lebende Typhusbakterien enthält, die durch Absättigung mit Typhus- Immunserum ihrer Virulenz beraubt sind. Verwendung zur Umstimmungstherapie. Heute eher ungebräuchlich. Vgl.: Ders.: S. 1248.

unsicher, um sie weiter zu verfolgen. Schließlich begann Wagner- Jauregg im Jahre 1917 Malaria zu verwenden und erzielte in nur wenigen Jahren durchschlagende Erfolge, sodass diese Methode allgemein anerkannt wurde und ihm 1927 den Nobelpreis einbrachte. Obwohl dann später die Malariabehandlung durch die einfachere und wirkungsvollere Penicillinbehandlung ersetzt wurde, bleibt die Malariabehandlung der Progressiven Paralyse ein Meilenstein in der Geschichte der Medizin. Vor allem, da nun die Anzahl der Paralytiker in den Anstalten drastisch zu sanken begann und man den Patienten eine realistische Hoffnung auf Heilung geben konnte. Des Weiteren diente die Therapie als Ansporn, um weitere somatische Behandlungsmöglichkeiten zu erforschen.¹⁶² Durch diese neue Möglichkeit der Heilung wurde die gesamte innere Struktur der Psychiatrie verwandelt, „befreit von dem Druck mittelalterlicher Vorurteile wurde sie ein Feld intensivster aktiver Bestrebungen der Forschung und der therapeutischen Medizin“.¹⁶³

In Wien folgte 1928 der ehemalige Assistent von Wagner- Jauregg, Otto Plötzl (1877-1962) an die zweite Psychiatrische Klinik nach, der seit 1922 an der Prager- Deutschen Universität gelehrt hatte. Er war vorwiegend Hirnpathologe. Sein Hauptaugenmerk lag bei der Aphasie (Sprachstörungen), Agraphie (Verlust des Schreibvermögens), optisch-agnostische Störungen, Großhirn, Farbenwelt und Probleme der Raum- und Zeitbildung.¹⁶⁴ Die Schule von Plötzl hat dann versucht, durch genaue Beobachtungen und Analysen von Einzelfällen, mehr über die Physiologie der Hirnfunktionen zu erfahren. Plötzls Verdienst liegt in der genialen

¹⁶² Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967. S.100-101.

¹⁶³ Seitelberger, F.: Ueber die gegenwärtige neurologisch- psychiatrische Forschung in Oesterreich. IN: Springer Verlag. (Hrsg.): Wiener klin. Wschr. Sonderabdruck aus 69. Jahrg. Nr. 38/39. Wien. 1957. S. 682. wie auch: Vgl.: Gabriel, E.: Psychiatrie in Wien um die Jahrhundertwende. Aus: Vortrag in der finnischen Gesellschaft für Medizingeschichte in Helsinki am 12. Juni 1990. S.4-5.

¹⁶⁴ Vgl.: Wyklicky, H.: Zur Geschichte der Psychiatrie in Österreich. IN: Berner, P. (Hrsg.): Zur Geschichte der Psychiatrie in Wien. Wien. 1983. S.14.

Vereinigung von Gestaltpsychologie, Psychoanalyse und Gehirnphysiologie.¹⁶⁵

Auch in Graz wirkte seit 1935 ein Schüler Wagner- Jaureggs, nämlich der aus einer alten österreichischen Ärztefamilie stammende Otto Kauders (1893-1949). Ihm gelang es während dem strengen Reglement des zweiten Weltkrieges, Impfmalariaabblut zu konservieren und mit Hilfe von Barzilai- Vivaldi die Unübertragbarkeit der Impfmalaria durch Anopheles nachzuweisen. Später schenkte er seine Aufmerksamkeit der medizinischen Psychologie, der Psychotherapie und der psychischen Hygiene. Nach 1945 war er in Wien der zweite Nachfolger Wagner-Jaureggs, bis er 1949 völlig unerwartet starb.¹⁶⁶

Indessen aber hatte sich in Wien außerhalb der Anstalten ein Forscher profiliert, der einen völlig anderen Weg einschlug. Sigmund Freud (1856-1939)¹⁶⁷, der laut Ackerknecht in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts einer, wenn nicht der berühmteste Arzt war.¹⁶⁸

¹⁶⁵ Vgl.: Berner, P; Hoff, H.: Der gegenwärtige Stand der Wiener psychiatrischen und neurologischen Forschung. IN: Springer Verlag. (Hrsg.): Wiener klin. Wschr. Sonderabdruck aus 69. Jahrg. Nr.38/39. Wien. 1957. S. 679.

¹⁶⁶ Vgl.: Wyklicky, H.: Zur Geschichte der Psychiatrie in Österreich. IN: Berner, P. (Hrsg.): Zur Geschichte der Psychiatrie in Wien. Wien. 1983. S.14.

¹⁶⁷ Es gibt zahlreiche Publikationen zu Freud. Zum Beispiel siehe: Freud, Ernst. L.: Sigmund Freud. Sein Leben in Bildern und Texten. Frankfurt a. M. 1976.

¹⁶⁸ Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967. S. 86.

4.3 Sigmund Freud und die Psychoanalyse

*„Freuds Beitrag zum Verständnis der Natur des Menschen kann nicht überschätzt werden. Er kam früh in seiner Laufbahn zu dem Schluss, dass man, wenn man „Geisteskranke“ heilen will, erst ihre Natur verstehen muss, und dass man, wenn man ein Phänomen verstehen will, es systematisch beobachten muss.“*¹⁶⁹

wie F.G. Alexander und Selesnick S.T. 1969 es so trefflich formulierten.

Unter den Bedingungen der nervenärztlichen Praxis, entwickelte Freud eine wirklich psychische Therapiemethode. Weitaus wichtiger aber waren seine Modelle für die Persönlichkeitsentwicklung, für so genannte Abwehrmethoden und für die therapeutische Beziehung, die für Freud einen besonders wichtigen Teil der Therapie darstellte. Seine innovativen Vorschläge wirkten sehr provozierend auf die medizinisch eingeeengte Psychiatrie in dieser Zeit, sodass man die zahlreichen Gemeinsamkeiten mit Freud nicht wahrgenommen hat, sondern sich ideologisch wie auch politisch gegen die Psychoanalyse aussprach, bis weit nach 1945.¹⁷⁰

Freuds Psychoanalyse ging von der Voraussetzung aus, dass sich verdrängte sexuelle Erinnerungen oder auch Phantasien, die in der frühen Kindheit stattgefunden haben, im Erwachsenenalter zu Neurosen entwickeln könnten. Durch seine Technik der Traumanalyse, die freie Assoziation und Verarbeitung der Übertragungsneurose, sollten die Patienten weitgehend von ihren Neurosen geheilt werden. Wenn man die Therapie aus diesem Blickwinkel betrachtet, war sie ausgesprochen psychiatrisch. Die Psychoanalyse sprach die Probleme an, die der Arzt,

¹⁶⁹ Alexander, F.G., Selesnick, S. T.: Geschichte der Psychiatrie. Ein kritischer Abriss der psychiatrischen Theorie und Praxis von der Frühgeschichte bis zur Gegenwart. Zürich. 1969. S. 237.

¹⁷⁰ Vgl.: Dörner, K.: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/ Psychotherapie. Bonn. 2002. S. 502 ff.

wie auch der zu behandelnde Patient gleichermaßen als Störungen von Seele und Geist ansahen. Der Aufstieg der Psychoanalyse begann aber nicht, wie zu erwarten bei den Psychiatern, sondern bei den Neurologen, Haus- und Fachärzten. Die Patienten dieser Berufsgruppen suchten einen engen fürsorglichen und vor allem dauerhaften Kontakt mit ihren Ärzten. Doch am Anfang des 20. Jahrhunderts wurde noch mit Elektrotherapie, diätetischer Therapie und mit verordneten Placebos gearbeitet. Man vermittelte den Patienten, dass allein der Körper behandelt wurde. Das Seelenleben blieb dabei völlig außen vor. Dieser Zustand änderte sich nun grundlegend mit dem Aufkommen der Psychoanalyse. Arzt, wie auch Patient versuchten nun gemeinsam die Seele zu erkunden, was dazu geführt hat, dass sich der Patient emotional aufgehoben fühlte. Das richtige Verhältnis zwischen Arzt und Patient war für Freud ein entscheidender Faktor für eine mögliche Heilung beziehungsweise Besserung der Neurose. Genau das machte auch die Psychoanalyse anfangs so populär, denn sie leistete etwas, was anfänglich in der ärztlichen Betreuung völlig fehlte. Sie ermöglichte es den Patienten, eine Beziehung zum Arzt aufzubauen und die Gewissheit zu haben, die volle Aufmerksamkeit des Arztes zu erhalten. Diese seelischen Sehnsüchte waren den Ärzten durchaus bekannt, aber Freud war der erste, der ein Therapieangebot machte, dass die Gefühlswelt des gehobenen Bürgertums ansprach. Auch auf Grund seiner ethnischen Herkunft war es Freud möglich, Zugang zu einer Patientengruppe zu erhalten, die in psychologischer Hinsicht besondere Hilfe benötigte. Die Rede ist von den Jüdinnen des gehobenen Bürgertums, deren Familien gerade am Anfang des 20. Jahrhunderts einen schnellen Prozess der kulturellen Anpassung an die westeuropäischen Werte durchmachten. Auf Grund seiner ähnlichen Lebensgeschichte fasste dieser Personenkreis schneller Vertrauen zu Freud, als zu einem nicht jüdischem Arzt.¹⁷¹

¹⁷¹ Vgl.: Shorter, E.: Geschichte der Psychiatrie. Hamburg. 2003. S. 226- 237.
Wie auch: Ellenberger, H. F.: Die Entdeckung des Unbewussten. Bd. 2. Bern. 1973. S. 567-759.

Freud wurde 1856 in Mähren geboren, wuchs aber mit seiner Familie in Wien auf, in der Stadt, die auch zum Zentrum seiner Psychoanalyse werden sollte. Durch den ansteigenden Antisemitismus in dieser Zeit wurde Freud sehr schnell zum Außenseiter. Den stärksten Einfluss auf ihn in seinen Jugendjahren hatte der Physiologe Ernst Brücke. 1885 erhielt Freud die Möglichkeit ein Studium in Paris bei Charcot zu absolvieren. Weiters studierte er Kinderpsychiatrie in Berlin und ließ sich 1886 schließlich ganz in Wien nieder. Es ist auch bekannt, dass Freud in dieser Zeit mit Kokain experimentierte und nur durch einen Zufall sein Freund Karl Koller die Lokalanästhesie vor ihm entdeckte. Seine Berichte über seine Erfahrungen bei Charcot, vor allem die männliche Hysterie¹⁷² und die suggestive Erzeugung hysterischer Lähmungen, fand bei der Wiener Gesellschaft der Ärzte keinen Glauben.¹⁷³

Freud war nicht von der populären Elektrotherapie überzeugt und wandte sich ab diesem Zeitpunkt der Hypnose zu. In dieser Zeit kämpfte er zudem sehr mit finanziellen Schwierigkeiten, wurde aber von seinem Freund Josef Breuer (1842-1925)¹⁷⁴, Mitentdecker der Psychologie des Unbewussten, unterstützt. Durch seine Monographien über Aphasie und die cerebrale Kinderlähmung erhielt Freud auch wissenschaftliche Reputationen.¹⁷⁵

Josef Breuer war es auch, der Freud Arbeit verschafft hatte, indem er ihm hysterische jüdische Mädchen zur Behandlung schickte. 1895 veröffentlichten Freud und Breuer gemeinsam ihre „*Studien über Hysterie*“¹⁷⁶, die Breuers Geschichte der jungen Anna O. und mehrere

¹⁷² Siehe zu Hysterie: Hysterie und Identität des Bürgers. IN: Dörner, K.: Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt a.M. 1969. S. 36-43.

¹⁷³ Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967. S. 90-91.

¹⁷⁴ Siehe zu Breuer: Hirschmüller, A.: Physiologie und Psychoanalyse in Leben und Werk Josef Breuers. IN: Jahrbuch der Psychoanalyse Beiheft. 4. Bern. 1978.

¹⁷⁵ Vgl.: Wyklicky, H.: Zur Geschichte der Psychiatrie in Österreich. IN: Berner, P. (Hrsg.): Zur Geschichte der Psychiatrie in Wien. Wien. 1983. S. 81-82.

¹⁷⁶ Vgl.: Breuer, J.: Studien über Hysterie. Von Jos. Breuer u. Sigm. Freud. Leipzig/Wien. 1895.

Fallstudien von Freud enthielt. Anna O. wurde zu einem Prototyp einer psychotherapeutisch behandelten Hysterikerin. Hypno- Katharis war die Methode, die man anwandte. Später entwickelte sich das Konzept der freien Assoziation und Deutung. Die Methode, erlangte später unter der Bezeichnung kathartische Therapie¹⁷⁷ weite Verbreitung. Freud glaubte indessen in allen Geschichten dieser jungen Frauen einen sexuellen Moment entdeckt zu haben und ging von der bereits erwähnten These aus, dass alle Neurosen auf Grund von frühkindlichen sexuellen verdrängten Erlebnissen entstanden.¹⁷⁸

Kurz nach der gemeinsamen Veröffentlichung von Freud und Breuer erfolgte ein Bruch zwischen den beiden Männern. Freud war zu der Überzeugung gelangt, dass bei all seinen Neurotikern, Hysterikern, Aktualneurotikern, Angstneurotikern oder Neurasthenikern, sexuelle Schwierigkeiten oder sexuelle Erlebnisse aus der Kindheit die einzige Ursache der Erkrankung waren. Breuer war von dieser These nicht überzeugt und wandte sich von ihm ab. Auch Freud war mit den neurophysiologischen Erklärungen Breuers nicht einverstanden, die er aber vielleicht unterschätzt hatte. Freud und Breuer waren am Beginn ihrer Karriere beide Neurophysiologen. Obwohl Freud wusste, dass alle psychischen Erkrankungen sehr wohl auf neurologische Prozesse zurückzuführen seien und eines Tages Spritzen und Pillen zur Heilung herangezogen werden könnten, sah er im Moment keine relevanten Erfolge in neurophysiologischen und anatomischen Studien, sodass er

¹⁷⁷ Die kathartische Behandlungsmethode kommt zum Einsatz bei neurotischen Krankheitserscheinungen, bei der in der Hypnose oder im eingehenden Zwiegespräch die Erinnerung an die Vorgänge (verdrängter Affektiverlebnisse) erweckt wird, die durch ihren Eingriff in das Seelenleben das Leiden hervorgerufen haben. Die therapeutische Wirksamkeit dieses Verfahrens wird in der Abreaktion des bis dahin verdrängten Affektes gesehen. Sie wurde später von Freud modifiziert und zu einer planmäßigen psychotherapeutischen Methode entwickelt. Pschyrembel, W.: Klinisches Wörterbuch mit klinischen Syndromen. Berlin, 1975. S. 593.

¹⁷⁸Vgl.: Shorter, E.: Geschichte der Psychiatrie. Hamburg. 2003. S.229.230. Wie auch: Wyklicky, H.: Zur Geschichte der Psychiatrie in Österreich. IN: Berner, P. (Hrsg.): Zur Geschichte der Psychiatrie in Wien. Wien. 1983. S.82.

sich völlig der psychologischen Ebene zuwandte. Allein auf Grund dieses mutigen Entschlusses, sind seine späteren Erfolge zu erklären.¹⁷⁹

Das vehemente Forschen im Unterbewusstsein nach sexuellen Erinnerungen war anfangs typisch für die Psychoanalyse. Die Psychoanalyse bestand aus drei Kernbereichen:

- 1) aus dem Studium der Widerstände des Analysanden gegen Gedanken, die aus dem Unbewussten in das Bewusstsein drängten;
- 2) aus der Konzentration auf die Kausalität sexueller Konflikte und schließlich
- 3) aus der zentralen Funktion frühkindlicher Erfahrungen.¹⁸⁰

In Folge dieses Entwurfes rief Freud 1902 die kleine „*Psychologische Mittwoch- Vereinigung*“ ins Leben, die 1908 in „*Wiener Psychoanalytische Vereinigung*“ umbenannt wurde. Diese wurde zu einer Art Mutterorganisation für alle weiteren in der internationalen Psychoanalytischen Vereinigung zusammengefassten Organisationen. Sehr lange, genauer gesagt, zehn Jahre, stand Freud mit seiner Psychoanalyse ganz allein da, bis 1906 Eugen Bleuler und Carl Gustav Jung (1875-1961) zu ihm stießen. Weiters wurde ein Zentralblatt von Alfred Adler (1870-1937) und Wilhelm Stekel (1868-1939) ins Leben gerufen. „*Imago*“ wurde eine Fachzeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse auf die Geisteswissenschaften.¹⁸¹

1911 aber verließ Alfred Adler und 1913 Carl Gustaf Jung die „*Psychologische Mittwoch- Vereinigung*“, zwei seiner bedeutendsten Schüle und Mitarbeiter, um eigene Organisationen zu gründen und ihre selbst geschaffenen Systeme weiter auszubauen. Bei beiden dürfte es sich sowohl um persönliche, als auch um sachliche Gründe gehandelt haben. Vor allem in Bezug auf die Ablehnung der Libidotheorie,

¹⁷⁹ Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967. S. 92.

¹⁸⁰ Vgl.: Shorter, E.: Geschichte der Psychiatrie. Hamburg. 2003. S. 232.

¹⁸¹ Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967. S.93.

vereinfacht ausgedrückt, sie sahen bei Freud eine Überschätzung der Sexualität als motivierende Kraft bei Neurosen.¹⁸² Freuds Arzt Wilhelm Stekel wandte sich später ebenso von ihm ab, da alle Bemühungen Freud von der Kindheitssexualitäts-Theorie wegzulocken, fehlschlugen. Zum Schluss blieben Freud nur noch die wirklich überzeugten „Jünger“, die die psychoanalytische Lehre in ganz Europa verbreiteten.¹⁸³

Unter der dem Begriff der „libido“ verstand Freud die Sexualenergie. Als Folge der Regression dieser Libido komme es seiner Meinung nach zu Neurosen. Auch sah er im „Ödipuskomplex“ den Kern aller Neurosen. Technisch bediente sich nun Freud, wie schon erwähnt, der freien Assoziation. Die Interpretation von Träumen half ihm die Neurosen seiner PatientenInnen zu analysieren. Trotz des Ausstiegs von Adler und Jung wuchs die psychoanalytische Bewegung weiter.¹⁸⁴

Der erste Weltkrieg bedeutete für Freud vor allem einen persönlichen für die internationale Bewegung einen sachlichen Rückschlag. Die Psychotherapie entwickelte sich dennoch ständig weiter. In den USA hatte die psychoanalytische Bewegung einen sehr starken Einfluss auf die Psychiatrie, Psychologie und Medizin, die später als psychosomatische Medizin zusammengefasst wurden, aber auch auf alle anderen Bereiche des wissenschaftlichen, geistigen und kulturellen Lebens.¹⁸⁵ Unklar blieb, ob die Psychoanalyse eine spezifische Therapie darstellte, oder ob es sich dabei bloß um eine Weltanschauung handelte. Man kann der Psychoanalyse nicht absprechen, dass sie ein umfassendes Bild der Zusammenhänge zwischen Mensch und Gesellschaft kreierte, jedoch war sich Freud keinesfalls sicher, ob die Psychoanalyse dem Individuum von

¹⁸² Vgl.: Wyklicky, H.: Zur Geschichte der Psychiatrie in Österreich. IN: Berner, P. (Hrsg.): Zur Geschichte der Psychiatrie in Wien. Wien. 1983. S. 83.

¹⁸³ Vgl.: Shorter, E.: Geschichte der Psychiatrie. Hamburg. 2003. S. 233.

¹⁸⁴ Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967. S.93.

¹⁸⁵ Vgl.: Wyklicky, H.: Zur Geschichte der Psychiatrie in Österreich. IN: Berner, P. (Hrsg.): Zur Geschichte der Psychiatrie in Wien. Wien. 1983. S. 83.

Nutzen sein konnte, geschweige denn helfen konnte. Daraus erklärt sich auch, dass er so wenige Fallstudien veröffentlichte und sich lieber mit Analysen auf gesellschaftlicher Ebene auseinandersetzte. Sein hierfür bestes Beispiel war die 1930 veröffentlichte Arbeit über „*Das Unbehagen der Kultur*“.¹⁸⁶ Dieses Werk zeigte ganz deutlich, wie Freud zu der Psychoanalyse stand. Seine Einstellung zu der Psychiatrie war jedoch ein ganz andere. Er hatte höchst wahrscheinlich als niedergelassener Nervenarzt auch psychotische Patienten zu behandeln, dennoch hatte er ein sehr distanziertes Verhältnis zur klinischen Psychiatrie. Vielleicht lag das daran, dass er sich selbst mit seinen auffallenden psychosomatischen Symptomen als ein „normaler Neurotiker“ bezeichnete. Freud ging auch davon aus, dass „Geisteskranke“ durch die Psychoanalyse nicht heilbar seien. Diese negative Einstellung war mitunter einer der Ursachen, warum er sich von der Psychiatrie fernhielt.¹⁸⁷ Die ganze Entfaltung der psychoanalytischen Bewegung und der aus ihr entstandenen Schulen wurde vielfach dargestellt und soll hier nicht näher erwähnt werden.¹⁸⁸

Der erste Weltkrieg, wie an einer anderen Stelle bereits erwähnt, hatte einen maßgeblichen Einfluss auf die Psychoanalyse, doch der zweite Weltkrieg führte zu einem radikalen Bruch in der Weiterentwicklung dieser neuen Bewegung. Die „Freudsche Psychoanalyse“ wurde 1933 in Deutschland und 1938 auch in Österreich verboten. Die zumeist jüdischen Analytiker waren dadurch zwangsläufig zur Emigration gezwungen, konnten vor allem in den USA Fuß fassen und die neue Bewegung der Psychoanalyse erfolgreich in vielfältiger und modifizierter Form einführen und weiterentwickeln. Kurz sei hier noch erwähnt, dass die Psychoanalyse

¹⁸⁶ Vgl.: Shorter, E.: Geschichte der Psychiatrie. Hamburg. 2003. S. 234.

Siehe auch: Freud, S.: Das Unbehagen in der Kultur. Wien. 1930.

¹⁸⁷ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen. München. 2006. S. 132-133.

¹⁸⁸ Siehe dazu: Dührssen, A.: Ein Jahrhundert psychoanalytische Bewegung in Deutschland. Die Psychotherapie unter dem Einfluss Freuds. Göttingen. 1994.

in den USA eine Akzeptanz erfuhr, die in Europa nie existiert hatte. Es herrschte vor allem Toleranz zwischen Psychiatrie und Psychosomatischer Medizin. Psychiatrie und Psychoanalyse wurden zum Teil auch als Synonyme verwendet. Auch Freud musste auf Grund seiner Herkunft Österreich verlassen und starb bekanntlich 1939 als Flüchtling in London.¹⁸⁹

Zusammenfassend wäre hier zu sagen, dass Freud einen maßgeblichen Schritt in der Psychiatrie geleistet hat, obwohl er- wie schon an anderer Stelle erwähnt- dieser Disziplin sehr verhalten gegenüberstand. Natürlich überreizte Freud den Begriff der Sexualität und überschätzte die Bedeutung der frühkindlichen „sexuellen“ Erlebnisse. In seinen Symboldeutungen verfuhr er leider sehr einseitig und der von ihm kreierte Ödipuskomplex funktionierte nur für eine ganz bestimmte Lokalität. Positiv ist aber festzuhalten, dass die Psychotherapie eine Besserung bei Neurotikern und Schizophrenen hervorrief. Diese therapeutischen Fortschritte machten die Psychoanalyse so erfolgreich. Als reine Wissenschaft hätte sie mit großer Sicherheit nie einen so großen Widerhall erfahren, wie es Griesinger mit seinen Arbeiten erreichte. Die wirklich wichtige Erkenntnis den die Psychoanalyse erreichte, war, dass es ab nun wieder Ärzte gab, die ihren Patienten aufrichtig zuhörten und ihnen ihre vollkommene Aufmerksamkeit schenkten. Diese neue Richtung befreite die Psychiatrie aus einem Zustand der Hoffnungslosigkeit und Sterilität.¹⁹⁰

Sigmund Freud war demnach nicht umsonst einer der progressivsten und bedeutendsten Persönlichkeiten am Anfang des 20.Jahrhunderts.

¹⁸⁹ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen. München. 2006. S. 133.

¹⁹⁰ Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1957. S. 95.
Siehe zu Psychiatrie und Österreich auch: Gabriel, E.: Zur Geschichte der Psychiatrie in Österreich. IN: Gründungsmatinee. Zum Welttag der mentalen Gesundheit 3. April. 2001. Wien/ Naturhistorisches Museum. 2001.

Bevor in dieser Arbeit auf den 2. Teil „Die historische Entwicklung der einer psychiatrischen Systematik“ eingegangen werden kann, muss einer Zeit Aufmerksamkeit geschenkt werden, die den weiteren Weg der Psychiatrie bis heute nachhaltig negativ geprägt hat. Die Rede ist von der Zeit des Nationalsozialismus.

Im folgenden Kapitel sollen nur die wichtigsten Ereignisse bearbeitet werden, da das Thema „Psychiatrie und Nationalsozialismus“ den Rahmen dieser Diplomarbeit bei weitem übersteigen würde.

5 Die Psychiatrie im Nationalsozialismus

Eines der dunkelsten Kapitel der Psychiatrie Geschichte ist der Zeitraum, in dem psychisch Kranke und geistig behinderte Menschen der Euthanasie zum Opfer fielen. Degenerationslehre, Sozialdarwinismus und Rassenhygiene waren die wissenschaftlichen, ideologischen und gesellschaftlichen Grundsteine, die später im Nationalsozialismus zu diesem furchtbaren Vernichtungsfeldzug dieser Menschen geführt hatte.¹⁹¹

5.1 Ideologische Hintergründe

Die Degenerationslehre gewann bereits in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts starken Einfluss auf die Psychiatrie. Im Lateinischen bedeutet „*degenerare*“ abweichen, nämlich ein Abweichen von der Norm, wobei die Idealnorm und nicht die Durchschnittsnorm gemeint war. Als Folge der Degeneration wurden nicht nur die Krankheit und der anschließende Tod eines Menschen gewertet, sondern auch der Niedergang einer ganzen Familie bestimmt. Dennoch blieb die Degenerationslehre eine Theorie ohne empirische Grundlegung. Das Registrieren von so genannten Entartungszeichen oder Stigmata kann wohl kaum als wissenschaftlich-empirisches Vorgehen bezeichnet werden.¹⁹²

Der Sozialdarwinismus geht auf den britischen Biologen Charles Robert Darwin (1809-1882) zurück er veränderte in einem nicht absehbaren Maße das biologische, medizinische und gesellschaftliche Denken und

¹⁹¹ Vgl.: Blasius, D.: Deutsche Erinnerung. Wegstrecken der Psychiatriegeschichte. IN: Wollschläger, M. (Hrsg.): Sozialpsychiatrie. Entwicklungen. Kontroversen. Perspektiven. Tübingen. 2001. S. 29- 43.

¹⁹² Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen München 2006. S.99-107.

hatte auch erheblichen Einfluss auf die Psychiatrie. Der wichtigste Vertreter des Sozialdarwinismus in Deutschland war der Zoologe und Naturphilosoph Ernst Haeckel (1834-1903). Im Grunde genommen bedeutet Sozialdarwinismus nichts anderes als dass der Mensch in die Evolution eingreifen soll, um eine höhere Entwicklung der Menschheit voranzutreiben und sie von Minderwertigem zu befreien. Von dieser Einstellung und Betrachtungsweise war es nur noch ein kleiner Schritt bis zur Rassenideologie und Rassenhygiene.¹⁹³

Alfred Ploetz (1860-1940), Mediziner, gebrauchte bereits 1895 den Begriff der Rassenhygiene an Stelle des in den angelsächsischen Ländern gebrauchten Terminus Eugenik. In Bezug auf das eugenische Denken ging es darum, eine gesunde „Vitalrasse“ zu erhalten und zwar durch gezielte Selektionsmaßnahmen im Sinne der „natürlichen Auslese“. 1905 gründete Ploetz zusammen mit dem Ethnologen Richard Thurnwald (1869-1954) in Berlin die „*Gesellschaft für Rassenhygiene*“, die das Ziel hatte, die Rassenhygiene als ein wissenschaftliches Fach zu institutionalisieren. Ploetz sah vor allem eine gefährliche Vermehrung der Untüchtigen und Unnützen kommen. Verbunden mit den völkischen Ideen war die deutsche Rassenhygiene geboren, die im Nationalsozialismus vollständig zum Tragen kam und immer wieder als Rechtfertigung herangezogen wurde, um die beginnenden Zwangssterilisierungen zu erklären.¹⁹⁴ Der Begriff der Eugenik wurde 1883 von dem Engländer Francis Galton (1822-1911) geprägt. „Eu“= bedeutet griechisch wohl; „Gen“= werden, was soviel bedeutet, dass der Mensch wohl geboren werden soll.¹⁹⁵

¹⁹³ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen München 2006. S.107-108.

¹⁹⁴ Vgl.: Ebd. S. 110-115. Vgl. hierzu auch: Siemen, H.L.: Psychiatrie im Nationalsozialismus. IN: Baer, R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998. S. 107-109.

¹⁹⁵ Vgl.: Kollé, K.: Verrückt oder Normal? Psychiatrie in Wissenschaft und Praxis. Stuttgart. 1968. S.72.

Der führende Kopf und geistige Vater dieser erbbiologischen und rassenhygienischen Forschung war Ernst Rüdin (1874-1952), ein langjähriger Mitarbeiter von Emil Kraepelin. Wichtig zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang, dass die Forschungen von Rüdin anfangs rein wissenschaftliche Interessen verfolgten. Die spätere Umsetzung in die praktische Erbfolge wäre ohne die Machtübernahme der Nationalsozialisten niemals so rasch erfolgt. Man kann nur vermuten, dass bei der Fortdauer einer Demokratie gewiss viele Bedenken zu diesem Thema geäußert worden wären, da die Grundlagen der Vererbung von seelischen Abnormitäten zu dieser Zeit in keiner Weise wissenschaftlich erklärt werden konnten. Obwohl also keine ausreichenden Erkenntnisse zur Vererbung vorlagen, begannen die Sterilisierungen, zuerst noch mit dem Einverständnis des Kranken, später unter Zwang.¹⁹⁶

5.2 Der Beginn der Zwangssterilisierungen

Der Plan der Sterilisierung war in der Theorie bereits 1920 in dem Werk von dem Juristen Karl Binding und dem Psychiater Alfred Hoche zum Tragen gekommen. Das Werk mit dem folgenschweren Titel „*Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens*“¹⁹⁷ war der Beginn der Theorie des „lebensunwerten Lebens“, die schließlich im Nationalsozialismus in die Praxis umgesetzt wurde.¹⁹⁸ In diesem Buch legten sie zum Beispiel die monatlichen Ausgaben und Aufwendungen für einen „Idioten“, wie sie es abwertend ausdrückten, bei 1300 Reichsmark fest. Des Weiteren listeten sie auf, was an Kleidung, Nahrungsmitteln, Heizung an Nationalvermögen für einen unproduktiven Zweck verschwendet wurde. Man kann sich nur

¹⁹⁶ Vgl.: Kollé, K.: Verrückt oder Normal? Psychiatrie in Wissenschaft und Praxis. Stuttgart. 1968. S.72.

¹⁹⁷ Siehe dazu: Binding, Karl: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Von Karl Binding und Alfred Hoche. Leipzig. 1920.

¹⁹⁸ Vgl.: Lederer, H.J.: Von Aderlüssen, Brechkuren und Sturzbäder zur Pharmako-Psycho- und Sozialtherapie am Ende des 20. Jahrhunderts. Dieser Text ist zu finden: www.lichtblick99.de/historisch_1.html/ 18.November.12Uhr16.

allzu gut vorstellen, wie diese Beispiele auf die Bevölkerung der 1920er Jahre gewirkt haben mussten. Der erste Weltkrieg war noch nicht überwunden, die Menschen litten Hunger auf der ganzen Welt und es ist leicht nachzuvollziehen, auf welche „Lösung“ die Bevölkerung gekommen war.¹⁹⁹ Leitmotivisch klang aus dem Werk auch die spätere Praxis der nationalsozialistischen Lebensvernichtung an, wenn man liest, dass es sich bei „Geisteskranken“ um nichts anderes, als um das „furchtbare Gegenbild echter Menschen“, „Ballastexistenzen“, „leere Menschenhülsen“ oder „geistig Tote“ handelte.²⁰⁰

Die Schrift blieb zunächst in der Weimarer Republik ohne größere Resonanz. Ihr Inhalt wurde bei der Machtübernahme der Nationalsozialisten erneut aufgegriffen und in die Praxis umgesetzt. Die neu entflammte Ideologie fand ihren Niederschlag in der Verabschiedung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (GzVeN) vom 1. Januar 1934.²⁰¹

Dieses neue Gesetz knüpfte nur bedingt an den Gesetzesentwurf des Preußischen Landesgesundheitsamtes vom Jahre 1932 an, wo die Einwilligung der betreffenden Person eine unerlässliche Voraussetzung für die Sterilisierung war. Diese Einwilligung wurde nun im Nationalsozialismus abgeschafft und man konnte unter Zwang sterilisiert werden. Auch war das Vorgehen verfahrensmäßig abgesichert. Die Betroffenen konnten zwar auf eigenen Wunsch einen Antrag stellen, aber es wurde für beamtete und nichtbeamtete Ärzte, wie auch für Anstaltsärzte eine Anzeigenpflicht eingeführt. Dieser Personenkreis hatte

¹⁹⁹ Vgl.: Bongartz, D., Goeb, A.: Irrwege. Ein Psychiatrie-Buch. Hamburg. 1981. S.133.

²⁰⁰ Vgl.: Blasius, D.: Umgang mit Unheilbaren. Studien zur Sozialgeschichte der Psychiatrie. Bonn.1986.S. 111.

²⁰¹ Lederer, H.J.: Von Aderlässen, Brechkuren und Sturzbäder zur Pharmako- Psycho- und Sozialtherapie am Ende des 20. Jahrhunderts. Dieser Text ist zu finden: www.lichtblick99.de/historisch_1.html/ 18.November.12Uhr39.

das Recht einen Antrag ohne die Einwilligung des Betroffenen zu stellen. Durch dieses neu in Kraft getretene Gesetz wurden schließlich erfasst:

- angeborener Schwachsinn (Oligophrenien²⁰²)
- Schizophrenie
- zirkuläres manisch-depressives „Irresein“, später manisch-depressive Psychosen
- erbliche Fallsucht (später Epilepsie)
- erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea)
- erbliche Blindheit und Taubheit
- schwere erbliche körperliche Missbildung
- schwerer Alkoholismus²⁰³

Der „Schwachsinn“ wurde mit unzulänglichen Tests diagnostiziert, man kann sich kaum vorstellen, welche Demütigung das für den Betroffenen gewesen sein muss. Mit diesem Test wurde über das weitere Schicksal eines Lebens entschieden. Der Zwang, der schon erwähnt wurde, war in wörtlichem Sinne zu verstehen. Die Kranken wurden, bei Widerspruch, durch die Polizei in den Operationssaal gebracht und operiert. Die Kastration von Triebtätern wurde durch das *„Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher“* im November 1933 verabschiedet. Die gesamte Ärzteschaft sah einer Sterilisation im Großen und Ganzen positiv entgegen. Dies dürfte auch der Grund dafür sein, dass die Zwangssterilisation nur auf geringen Widerstand stieß. Weiters bestärkt wurde diese Einstellung durch die Arbeit von Rüdin und seinen Mitarbeitern in der deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in

²⁰² Oligophrenie: Dieser Begriff wurde von Kraepelin eingeführt. Ist eine Form des abgebornen Schwachsinns. Es ist ätiologisch kein einheitlicher Begriff, bisher sind etwa 30 Formen differenziert worden, davon sind etwa 14 therapierbar. Primär ist der angeborene Enzymdefekt, der Schwachsinn ist sekundär und streng genommen nicht angeboren, daher ist es besser von erbbedingtem Schwachsinn zu reden. Vgl.: Pschyrembel, W.: Klinisches Wörterbuch mit klinischen Syndromen. Berlin. 1975. S. 866.

²⁰³ Vgl.: Blasius, D.: Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses. F.a.M.1980. S.158.

München, die die Erblichkeit der Psychosen, so schien es, für diesen Personenkreis belegt hatten. Daher machten viele Psychiater mit Eifer Meldungen zur Sterilisation oder versuchten ihre Patienten zu überreden, selbst einen Antrag zu stellen. Doch einige leisteten auch Widerstand, da sie diese Vorgehensweise nicht mit dem von ihnen abgelegten hippokratischen Eid vereinbaren konnten. Sie meldeten ihre Patienten nicht zur Sterilisation, sondern stellten ihnen eine „falsche“ Diagnose, wie zum Beispiel Psychopathien aus.²⁰⁴

Die Anstaltspsychiater waren in dieser Zeit in zweifacher Hinsicht betroffen. 1935 wurde das GzVeN dahin erweitert, dass bei schwangeren Frauen, die sterilisiert wurden, die Leibesfrucht ebenfalls abgetrieben werden konnte. Zum einen hatten die Anstaltspsychiater nun die Anzeigepflicht, zum anderen agierten sie auch als Gutachter vor dem Erbgesundheitsgericht, die über gestellte Anträge entschieden. Bis zum Jahre 1945 wurden zirka 200.000 bis 350.000 Menschen unfruchtbar gemacht.²⁰⁵ Nichts desto trotz war die Rolle der Anstaltspsychiatrie ambivalent, denn sie hat weder bei der Anzeigenerstattung, noch bei der Antragsstellung besonders aktiv mitgearbeitet. Des Weiteren war in sehr vielen Fällen der Einsatz von Polizei notwendig, es gab daher bei den Betroffenen, wie auch in der Öffentlichkeit erheblichen Widerstand. Dieser Widerstand gegen die Sterilisierung dieser Menschengruppe wurde vom Reichsministerium des Inneren sehr genau registriert.²⁰⁶

In dem Buch „Verrückt oder Normal“ von Kurt Kolle ist es dem Autor sehr wichtig auch seine eigene Berufsgruppe, die Psychiater in Schutz zu nehmen:

²⁰⁴ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen München 2006. S.167-168.

²⁰⁵ Vgl.: Blasius, D.: Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses. F.a.M. 1980. S.159.

²⁰⁶ Vgl.: Ders.: Umgang mit Unheilbaren. Studien zur Sozialgeschichte der Psychiatrie. Bonn. 1986. S. 114.

„[...] aber wie reagierten dann die Chirurgen und Frauenärzte, die befehlsmäßig zwangsweise vorgeführte Menschen operierten? Mir ist nicht bekannt geworden, daß sich ein Chirurg oder Frauenarzt geweigert hätte, den verstümmelnden Eingriff vorzunehmen. Das ist kein kollektiver Angriff gegen diese Ärztegruppe, sondern eine aggressive Verteidigung der Berufsgruppe, der ich angehöre. Nach dem Ende des Nationalsozialismus wurden nämlich stets nur Psychiater angeklagt, deren Mehrzahl für die Mißgriffe und Verbrechen nicht verantwortlich gemacht werden kann. [...] nur bei Kenntnis dieser Vorgänge wird verständlich, daß eine breite Öffentlichkeit nach dem Zusammenbruch von 1945 mit großem Mißtrauen gegen die Psychiater erfüllt war [...].²⁰⁷

Inwieweit das „dunkle“ Kapitel auf die weitere Entwicklung der Psychiatrie Einfluss hatte, siehe Kapitel 5.6. in dieser Arbeit.

Trotz des Widerstandes der Betroffenen, der Öffentlichkeit, wie auch der Kirche, wurde die Zwangssterilisation nicht eingestellt. Das „grausige“ Programm wurde sogar noch erweitert. Die Zwangssterilisation hatte das Prinzip der Unverletzlichkeit eines Menschen missachtet, und das Ziel der Euthanasie war es nun den Menschen völlig zu „vernichten“.

5.3 Die Euthanasie an psychisch Kranken

Schon wieder bediente sich der Nationalsozialismus einer Sprache, um die Reaktionen der Bevölkerung zu beschwichtigen. Das Wort Euthanasie setzt sich aus dem griechischen „Eu“= wohl; „Thanatos“= der Tod zusammen. Der Mensch soll wohl sterben, als Gegenstück zur Eugenik, der Mensch soll wohl geboren werden.²⁰⁸

Der Überfall auf Polen am 1. September 1939 kann auch als Beginn der Tötungen von psychisch Kranken datiert werden. Das polnische

²⁰⁷ Vgl.: Kollé, K.: Verrückt oder Normal? Psychiatrie in Wissenschaft und Praxis. Stuttgart. 1968. S. 72 u.74.

²⁰⁸ Vgl.: Ebd.: S. 76.

Pflegepersonal wurde im Zuge des Überfalls von deutschen MitarbeiterInnen ersetzt. Alle polnischen psychisch Kranken wurden planmäßig erfasst und in so genannten Gaswägen vergast oder massenhaft erschossen.²⁰⁹

Schließlich verfügte Hitler in einem geheimen Führererlass Ende Oktober 1939 (er ließ den Erlass auf den 1. September 1939 zurückdatieren), dass ab diesem besagten Zeitraum alle psychisch Kranken in Meldebögen zu erfassen seien. Die Hauptzentrale befand sich damals in einer Villa mit der Adresse Tiergartenstraße 4 in Berlin, daher wurde diese Vernichtungsaktion auch kurz als T-4 Aktion bezeichnet.²¹⁰

Hitler beauftragte den Reichsleiter Phillip Bouhler und Dr. Karl Brandt mit dieser Aktion, mit den Worten:

„Reichsleiter Bouhler und Dr. med. Brandt sind unter Verantwortung beauftragt, die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, daß nach menschlichen Ermessen unheilbar Kranken bei kritischer Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann.“²¹¹

Einige führende Psychiater waren bereits in die Pläne der Vernichtung eingeweiht, unter ihnen Prof. Werner Heyde, der die ärztliche Leitung übernahm und sein Stellvertreter Prof. Paul Nietsche. Damit die reibungslose Durchführung dieser Vernichtung erfolgen konnte wurden vier Tarnorganisationen ins Leben gerufen.

- 1) Reichsarbeitergemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten (wählte die „zum Tode verurteilten“ Kranken aus)
- 2) Gemeinnützige Krankentransportgesellschaft (führte die Transporte durch)
- 3) Gemeinnützige Stiftung für Anstaltspflege

²⁰⁹ Vgl.: Siemen, H.L.: Psychiatrie im Nationalsozialismus. IN: Baer, R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998. S.114.

²¹⁰ Vgl.: Schott, H., Töle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen München 2006. S.177.

²¹¹ Zit. nach: Bongartz, D., Goeb, A.: Irrwege. Ein Psychiatrie-Buch. Hamburg. 1981. S.136.

- 4) Zentralverrechnungsstelle Heil- und Pflegeanstalten (beide waren für die verwaltungsmäßige Abwicklung zuständig)²¹²

Im Oktober wurde die Zahl der zu ermordenden Patienten auf 65.000 bis 70.000 festgelegt. Gleichzeitig begann dann die genaue Erfassung der Anstaltspatienten durch die bereits erwähnten Meldebögen. Diese beinhalteten genaue Angaben der persönlichen Daten, Diagnose, Rassenzugehörigkeit, Bettlägerigkeit, Therapie und Art der Beschäftigung. Diese Daten wurden dann an die begutachtenden Psychiater weitergeleitet und ausgewertet. Schließlich wurden dann die zur Tötung „freigegebenen“ Patienten in sechs verschiedene Tötungsanstalten transportiert.²¹³

- 1) Schloss Grafeneck (Kreis Münsingen)
- 2) Schloss Hartheim (bei Linz)
- 3) Ehemaliges Zuchthaus Brandenburg (an der Havel)
- 4) Bernburg (bei Saale)
- 5) Sonnenstein (bei Pirna)
- 6) Hadamar (bei Limburg)²¹⁴

Folglich wurden bis zum Jahre 1941 70.253 Patienten durch Kohlenmonoxid umgebracht. Am 24.August 1941 wurde die Aktion durch Hitler plötzlich gestoppt. Zum einen waren die festgelegten Planzahlen der zu ermordenden Patienten erreicht worden und zum anderen gab es immer mehr Proteste aus der Bevölkerung, von Seiten der Kirche und den

²¹² Vgl.: Siemen, H.L.: Psychiatrie im Nationalsozialismus. IN: Baer,R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998. S.115.

²¹³ Vgl.: Lederer, H.J.: Von Aderlässen, Brechkuren und Sturzbäder zur Pharmako-Psycho- und Sozialtherapie am Ende des 20. Jahrhunderts. Dieser Text ist zu finden: www.lichtblick99.de/historisch_1.html/ 20.November. 17Uhr52.

²¹⁴ Ebd. 20. November. 174hr59.

Angehörigen, die das Verschwinden der Patienten misstrauisch beobachtet hatten.²¹⁵

Einige Geistliche bewiesen genau in dieser furchtbaren Zeit Mut und protestierten ganz öffentlich. Zu nennen wäre hier der Bischof von Münster Kardinal Graf Galen, der in der Lampertikirche eine denkwürdige Predigt hielt.

Die Predigt hielt er am 3. August 1941:

„Deutsche Männer und Frauen! Noch hat Gesetzeskraft der §21 des Reichsstrafgesetzbuches, der bestimmt:> Wer vorsätzlich einen Menschen tötet, wird, wenn er die Tötung mit Überlegung ausgeführt hat, wegen Mordes mit dem Tode bestraft.< Wohl um diejenigen, die jene arme Menschen, Angehörige unserer Familien, vorsätzlich töten, vor dieser gesetzlichen Bestrafung zu bewahren, werden die zur Tötung bestimmten Kranken aus der Heimat abtransportiert in eine entfernte Anstalt. Als Todesursache wird dann irgendeine Krankheit²¹⁶ angegeben. Da die Leiche sofort verbrannt wird, können die Angehörigen und auch die Kriminalpolizei es hinterher nicht mehr feststellen, ob die Krankheit wirklich vorgelegen hat und welche Todesursache vorlag. Es ist mir aber versichert worden, daß man im Reichsministerium des Inneren und auf der Dienststelle des Reichsärztführers Dr. Conti keinen Hehl daraus machte, daß tatsächlich schon eine große Zahl von Geisteskranken in Deutschland vorsätzlich getötet worden ist und in Zukunft getötet werden soll. Das Strafgesetzbuch bestimmt in §139 :> Wer von den Vorhaben[...] eines Verbrechens wider des Lebens [...] glaubhafte Kenntnis erhält und es unterläßt, der Behörde oder dem Bedrohten hiervon zur rechten Zeit Anzeige zu machen, wird [...] bestraft> [...].²¹⁷

²¹⁵ Vgl.: Lederer, H.J.: Von Aderlässen, Brechkuren und Sturzbäder zur Pharmako-Psycho- und Sozialtherapie am Ende des 20. Jahrhunderts. Dieser Text ist zu finden: www.lichtblick99.de/historisch_1.html/ 20. November 18 Uhr 01.

²¹⁶ Anm. der Verfasserin: Die Angehörigen wurden zum Beispiel unterrichtet, dass der Patient unerwartet an einer Blinddarmentzündung verstarb, obwohl ihn dieser schon nachweislich Jahre zuvor entfernt wurde.

²¹⁷ Zit. nach.: Kollé, K.: Verrückt oder normal? Psychiatrie in Wissenschaft und Praxis. Stuttgart. 1968. S. 76-77.

Kardinal Galen hatte zu diesem Zeitpunkt erfahren, dass Kranke aus dem Marienthal zur Tötung abtransportiert werden sollten und wie in seiner Predigt erwähnt, erstattete er Anzeige am 28. Juli 1941. Er musste aber dennoch feststellen, dass bereits 800 Personen zur Ermordung in die Tötungsanstalt gebracht wurden. In seiner Ansprache an die Bevölkerung fuhr er wie folgt fort:

„[...] So müssen wir damit rechnen, dass die armen wehrlosen Kranken über kurz oder lang umgebracht werden.[...] weil sie nach dem Urteil irgendeines Amtes, nach dem Gutachten irgendeiner Kommission >lebensunwert< geworden sind, weil sie nach dem Gutachten zu den >unproduktiven Volkesgenossen< gehören [...] Wenn einmal zugegeben wird, daß Menschen das Recht haben, >unproduktive< [...] zu töten, dann ist der Mord an uns allen, wenn wir alt [...] und damit unproduktiv werden, freigegeben. [...] Dann ist keiner von uns seines Lebens mehr sicher [...].“²¹⁸

Wie man aus dieser Predigt ersieht, wusste die Bevölkerung genau Bescheid, was in den Tötungsanstalten vor sich ging. Der immer stärker werdende Protest führte- wie bereits an anderer Stelle erwähnt- zum Stopp der Aktion T-4 am 24. August 1941.

Doch die Euthanasie war damit keineswegs beendet. Bereits 1941 wurde die Euthanasieaktion unter dem Tarnnamen 14f13 auf "schwerstkranke" Inhaftierte in den Konzentrationslagern ausgedehnt. 14f13 war der Codename für Ermordungen „Geisteskranker“ in Konzentrationslagern. Das T-4 Personal war beauftragt, das KZ von „überzähligen“ Insassen zu befreien. Untersuchungen seitens der Ärzte fanden keine mehr statt und es wurden auch keine Gutachten mehr erstellt. Die Lagerinsassen wurden lediglich aufgefordert einen Fragebogen auszufüllen, mit der offiziellen Begründung, dass es sich hierbei um die Verlegung in ein Erholungsheim

²¹⁸ Zit. nach: Kollé, K.: Verrückt oder normal? Psychiatrie in Wissenschaft und Praxis. Stuttgart. 1968. S. 77.

handelte. Neben der Vernichtung von „Geisteskranken“ und politischen Gefangenen wurden auch unzählige medizinische Experimente durchgeführt, auf die hier nicht näher eingegangen wird. Die Aktion 14f13 dauerte bis Kriegsende an, und es fielen ihr zirka 20.000 Menschen zum Opfer.²¹⁹ Obwohl die T- 4 Aktion offiziell eingestellt wurde und die 14f13 Aktion auf die Insassen in den Konzentrationslagern ausgerichtet war, ging das Morden an Psychiatriepatienten weiter. Diesmal geschah es aber sehr viel dezentraler und war eng mit dem Kriegsgeschehen verbunden. Im Rahmen der „Aktion Brandt“- benannt nach dem Leibarzt von Adolf Hitler- oder der so genannten „wilden Euthanasie“ ging das grauenhafte und unvorstellbare Morden weiter.²²⁰

Der einzige Unterschied zu den anderen Aktionen war, dass sich die Tötungsmethoden verändert hatten. Anstelle die Patienten mit Gas zu ermorden verwendete man nun Überdosierungen von Medikamenten, insbesondere von Luminal, verschiedenen Barbituraten, Opiate und sogar Zyankali. Die Kranken starben in Folge der Vergiftungen viel rascher, da sie in äußerst schlechter körperlicher Verfassung waren, bedingt durch die mangelhafte Unterbringung, der fehlenden Heizung und vor allem durch die verschriebene Hungerkost, die bei vielen Patienten noch vor der Überdosierung der Medikamente bereits zum Tod geführt hatte. Gegen Kriegsende intensivierten sich die Krankentötungen noch zusätzlich. Das Hungersterben hielt sogar noch nach Kriegsende einige Monate an und bis 1949 erhielten psychisch Kranke in den Anstalten nicht die krankenhausbliche Ernährungszulage.²²¹

²¹⁹ Vgl.: <http://www.sonderpaedagoge.de/geschichte/deutschland/ns/index.htm>
20.November.22Uhr40.

²²⁰ Vgl.: Siemen, H.L.: Psychiatrie im Nationalsozialismus. IN: Baer,R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998. S.116.

²²¹ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen München 2006. S.180.

Die Massentötungen der psychisch Kranken hing- wie bereits erwähnt- mit dem Verlauf des Krieges zusammen. Eine Ausnahme bildete dabei die Kindereuthanasie, auf die hier kurz eingegangen werden soll.

5.4 Kindereuthanasie

Zielgruppe der Kindereuthanasie waren Kinder, die nicht in den Anstalten lebten, sondern noch bei ihren Eltern. In der Kanzlei des Führers wurde mit Experten des Reichsausschusses zur Erfassung erb- und anlagebedingter Erblichen ein Plan entwickelt, der im August 1939 an alle Hebammen, Geburtshelfer und leitende Mitarbeiter von Entbindungsanstalten erging. Das Personal wurde aufgefordert die Geburten von Kindern an das Gesundheitsamt zu melden, die an:

- 1) Idiotie
- 2) Mongolismus
- 3) Microcephalie
- 4) Hydrocephalie
- 5) Missbildungen
- 6) Lähmungen litten.

Es mussten auch schon lebende Kinder bis zu drei Jahren, die an den erwähnten Krankheiten litten, gemeldet werden. Diese Meldungen wurden dann an den Reichsausschuss weitergeleitet, wo von drei Gutachtern entschieden wurde, ob das Kind getötet werden soll, ohne die Einwilligung der Eltern und ohne gesetzliche Grundlage.²²² Die Kinder wurden mittels Luminal oder Morphinum vergiftet, in einer der vier so genannten Ausrottungsanstalten. Auch wurden zu diesem Zwecke an die 25 bis 30 „Kinderfachabteilungen“ errichtet, die eigens für das Töten von Kindern

²²² Vgl.: Siemen, H.L.: Psychiatrie im Nationalsozialismus. IN: Baer, R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998. S.114.

vorgesehen waren. Insgesamt fielen ungefähr 5000 Kinder der Euthanasie zum Opfer.²²³

So ambivalent es auch erscheinen mag, in der Zeit des Nationalsozialismus gab es auch die ersten wirksamen biologischen Behandlungsverfahren. Es erscheint widersprüchlich das man einerseits den psychisch Kranken „ausmerzen“ wollte und andererseits die Leiden lindern wollte. Nichts desto trotz gab es in dieser Zeit zahlreiche Psychiater, die sich „*durch einen kaum gebremsten, sehr radikalen therapeutischen Aktivismus*“²²⁴ auszeichneten.

Auf einige sehr einflussreiche, aber dennoch „fragwürdige“ Behandlungsverfahren soll in Kapitel 5. 5. näher eingegangen werden.

5.5 Neue Therapieverfahren im Nationalsozialismus

Eine Person, die in diesem Zusammenhang zu nennen wäre, ist der in Nadverna geborene Manfred Sakel (1900-1957)²²⁵, der 1933 die Insulinkomatherapie ins Leben rief. Er war davon überzeugt, dass durch ein künstlich hervorgerufenen Insulinkoma, Patienten von schweren psychischen Leiden geheilt werden konnten. Systematisch begann er zu prüfen, ob durch dieses künstlich erzeugte Koma die Schizophrenie gebessert werden konnte. 1934 veröffentlichte Sakel seine ersten Ergebnisse mit dem erstaunlichen Resultat, dass gewisse Symptome bei den behandelnden Patienten gelindert werden konnten. In Wien konnte Sakel mit seiner Therapie bei seinen Kollegen keinen Erfolg verbuchen. Enttäuscht kehrte er Österreich den Rücken und ging 1936 in die USA, wo

²²³ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen München 2006. S.176.

²²⁴ Siemen, H.L.: Psychiatrie im Nationalsozialismus. IN: Baer, R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998.S. 112.

²²⁵ Siehe zu Sakel auch: Walther, T.: Die »Insulin-Koma-Behandlung«. Erfindung und Einführung des ersten modernen psychiatrischen Schockverfahrens. Berlin. 2004.

er bis zu seinem Tode im Jahr 1957 blieb. Die Insulinkomatherapie wurde nur in der Schweiz und den angelsächsischen Ländern aufgegriffen.²²⁶

Wenige Monate nachdem die erste Komabehandlung eingeführt wurde, tauchte eine neue Variante der Krampftherapie auf, die für den eigentlichen Beginn der Schockbehandlungen steht.

Bei der Insulinbehandlung kam es zu Krampfanfällen, die eigentlich nicht vorgesehen waren. Einige Psychiater waren davon überzeugt, dass ein künstlich hervorgerufener Krampf die Symptome bei einer Psychose reduzieren würde. Man machte sich daher eifrig auf die Suche nach einem geeigneten Krampfauslösenden Mittel, die schließlich die Psychiater zu Cadiazol, das in den 1920er Jahren als Kreislaufmittel weit verbreitet war, führte. Ladislav von Meduna (1896-1964) arbeitete ausführlich mit Tieren, um die Wirkung des Cadiazol genau zu beobachten. Der therapeutische Effekt der Cadiazol- Krampfbehandlung war unbestreitbar und wurde von Meduna 1935, auf Grund von 110 durchgeführten Fällen, publiziert. Dennoch hatte die Behandlung erhebliche Nachteile. Erstens hatten die Patienten furchtbare Angst vor den Krampfanfällen und zweitens war die Dosierung sehr schwer zu steuern. Die Patienten erlitten immer wieder Frakturen, da man sie während eines Anfalls nicht beruhigen konnte, es konnten sogar Wirbelsäulenverletzungen auftreten. Obwohl diese Therapie als inhuman anzusehen ist, muss man bedenken, dass man in den 1930er Jahren keine andere Alternative hatte, Schizophreniekranken zu heilen oder ihre Symptome zu lindern. Im Hinblick darauf muss erwähnt werden, dass vielen Kranken mit dieser neuen pharmakologischen Krampfbehandlung zum Teil geholfen wurde, und von dieser Annahme war Meduna ausgegangen.²²⁷

²²⁶ Vgl.: Shorter, E.: Geschichte der Psychiatrie. Hamburg. 2003. S.313-322. Mehr zum Thema somatische Behandlung vgl.: Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie. Berlin. 1948. Wie auch Arns, W. u.a.: Neurologie und Psychiatrie für Krankenpflegeberufe mit 186 Prüfungsfragen. Stuttgart. 1983.

²²⁷ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen München 2006. S.474-475.
Wie auch: Vgl.: Müller, M.: Prognose und Therapie der Geisteskrankheiten. Stuttgart. 1949. S. 51-56.

Da nun aber die Nebenwirkungen dieser beiden Behandlungsmethoden weitgehend bekannt waren, suchte man abermals nach einer alternativen Methode, um einen künstlichen Krampf auszulösen und es bot sich die elektrische Stimulation an. Die Elektrokrampftherapie geht auf den italienischen Professor Ugo Cerletti (1877-1963) zurück. Cerletti war der erste, der das Gehirn gezielt unter Strom setzte, um so einen Krampf auszulösen. Zusammen mit seinen Assistenten Ferdinando Accorneso, Lucio Bini und Lamberto Longhi wollte er die Elektrokrampftherapie, die er zuerst nur an Hunden ausprobierte, auf den Menschen übertragen. Es gelang aber nur Bini herauszufinden, dass Strom ungefährlich sei, solange man die Elektroden an den Schläfen der Hunde anbrachte und nicht, wie zuvor, im Maul und am Anus, was immer zu Herzversagen bei den Tieren führte. Im April 1938 versuchte man die erste Elektrokrampfbehandlung am Menschen und der erste Patient, ein 39jähriger Ingenieur aus Mailand, erfuhr tatsächlich eine Besserung nach elf EKT- Anwendungen. Mit der EKT war keine Heilung der Schizophrenie möglich, aber man konnte nun die lähmenden Symptome von Psychosen entscheidend lindern.²²⁸

Die EKT ist auch die einzige somatische Behandlungsmethode, die auch heute noch teilweise zum Einsatz kommt. Sie wird bei der lebensbedrohlichen schizophrenen Katatonie und bei akuten, hochgradig gequälten und agitierten schizophren- psychotischen oder depressiven Krisen angewandt, wenn Medikamente keinerlei Besserung erbringen. Dennoch gilt die Anwendung der EKT als sehr umstritten, da die genaue Wirkungsweise unbekannt ist.²²⁹

²²⁸ Vgl.: Shorter, E.: Geschichte der Psychiatrie. Hamburg. 2003. S. 326-335. Wie auch: Vgl.: Vaiciunas, V.: Die Behandlung der Geisteskranken früher und heute. IN: Anton, G. u.a. (Hrsg.): Psychiatr. Neurol. Wschr. Nr. 31/32. Halle a. d. S. 1943. S. 196-199.

²²⁹ Vgl.: Bohnsack, H: Einführung in die Psychiatrie. Stuttgart. 1991. S. 158.
Zum Thema EKT siehe auch: Klux, M.: Normalität und Wahnsinn. 2006. S. 71-79.

Man darf aber nicht außer Acht lassen, dass diese neuen biologischen Behandlungsmethoden im Hintergrund des Nationalsozialismus entstanden sind. Die Therapien wurden mit einer besonderen Radikalität an den Patienten angewendet. Auch diente dieser therapeutische Aktivismus der Rechtfertigung der Tötungen an den Kranken. Diejenigen, die nicht mehr heilbar und therapieresistent waren, waren störend und sollten vernichtet werden, damit man denjenigen, auf den die psychiatrischen Therapien positiv wirkten durch vielfältige Maßnahmen wieder in die Gesellschaft einführen konnte. Das war sozusagen die nicht nachvollziehbare Logik der Psychiatrie in dieser Zeit; die „Unheilbaren“ töten, damit denen geholfen werden kann, die eine Aussicht auf Heilung hatten. Man wollte der Bevölkerung damit auch zeigen, dass für die Kranken alles getan wurde und nur die Unheilbaren von den erbbiologischen Maßnahmen betroffen seien. Die Psychiatrie nach 1945 war dann aber eine Psychiatrie des Schweigens, und die Selbstachtung und das Ansehen der deutschen Psychiatrie war für lange Zeit weitgehend erschüttert, was einen sehr zögerlichen Neubeginn zur Folge hatte.²³⁰

5.6 Die Situation in der Psychiatrie nach 1945

Mehr als 150.000 Menschen sind von 1939-1945 ermordet worden, nur weil sie psychisch krank waren. Die Psychiatrie als Wissenschaft und auch als Institution war in dieses menschenunwürdige Unterfangen sehr tief verstrickt. *„Aus jeder Anstalt waren Menschen in Tötungsanstalten transportiert worden, die meisten Psychiater hatten sich in irgendeiner Weise an der Selektion oder dem Abtransport beteiligt, viele waren auch unmittelbar für den Tod von Psychiatriepatienten verantwortlich geworden, sei es auf den Hungerstationen, durch Verabreichung der Todesspritzen, als Ärzte in den Tötungsanstalten oder als Gutachter.“*²³¹

²³⁰ Vgl.: Siemen, H.L.: Psychiatrie im Nationalsozialismus. IN: Baer, R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998. S. 113-114.

²³¹ Ebd. S. 113-114.

In der Nachkriegszeit war man lange Zeit nicht daran interessiert, die Verbrechen des Nationalsozialismus aufzuarbeiten. Durch die durchgeführten Nürnberger Ärzteprozesse von 1946-1947 und mehr als 40 Euthanasieprozesse bis 1965 wurden die wesentlichen Fakten allgemein bekannt, fanden aber trotzdem bis in die 70er Jahre hinein keine Resonanz. Die Psychiatrie Enquête von 1975 prangerte schließlich die verheerenden und menschenunwürdigen Mängel der psychiatrischen Versorgung an, und im Zuge dieser Untersuchung wurde auch endlich die Vergangenheit aufgearbeitet.²³²

Die Aufarbeitung dieses dunklen Kapitels der Psychiatriegeschichte ist bis in die heutigen Tage noch nicht völlig abgeschlossen. Nachdem sich aber das medizinische Fach weitgehend von den „Schrecken“ des zweiten Weltkrieges und dessen Folgen erholt hatte, wurde die Zeit der zweiten biologischen Psychiatrie eingeleitet.

²³² Vgl.: Lederer, H.J.: Von Aderlässen, Brechkuren und Sturzbäder zur Pharmako-Psycho- und Sozialtherapie am Ende des 20. Jahrhunderts. Dieser Text ist zu finden: www.lichtblick99.de/historisch_1.html/ 21.November. 21Uhr19. Mehr zum Thema Psychiatrie und Nationalsozialismus: Mitscherlich, A.: Das Diktat der Menschverachtung. Heidelberg. 1947. Klee, E.: „Euthanasie“ im NS-Staat. Frankfurt 1983. Dörner, K.: Der Krieg gegen den psychisch Kranken. Nach „Holocaust“: Erkennen- Trauern- Begegnen. Rehberg. 1980. Weitbrecht, H.J.: Psychiatrie in der Zeit des Nationalsozialismus. Bonn. 1968. Weiszäcker, V. von: „Euthanasie“ und Menschenversuche. Heidelberg. 1947. Thom, A.: Medizin unterm Hakenkreuz. Berlin. 1989. und viele mehr. Siehe zu Österreich: Gabriel E.: Die Bedeutung der NS- Euthanasie in der Gegenwart der österreichischen Psychiatrie. IN: Neuropsychiatrie. Bd. 15. Nr. 3/4. Wien. 2001. S. 92-97. Und Neugebauer, W.: Wiener Psychiatrie und NS- Verbrechen. IN: Keintzel, B., Gabriel, E. (Hrsg.): Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien. 1999. S. 136-165.

6 Neuere Entwicklungen im 20. Jahrhundert

6.1 Die zweite biologische Psychiatrie

In den 70er Jahren kehrte die biologische Psychiatrie zurück und verdrängte vorübergehend sogar die Psychoanalyse, wodurch sie sich wieder als ein medizinisches Spezialgebiet im Rahmen der Medizin etablierte. Das biologische Denken stand wieder im Vordergrund, was bedeutete, dass man die Gründe einer seelischen Erkrankung wieder in einer gestörten Hirnchemie oder in einer Fehlentwicklung im Hirn suchte. Des Weiteren ersinnte man sich wieder der ersten biologischen Psychiatrie im 19. Jahrhundert und griff alte Fragen oder Thesen dieser Zeit wieder auf. Die Psychoanalyse hatte in dieser starr somatischen und biologischen Betrachtungsweise zwischenzeitlich keinen Platz mehr, dennoch ließ man der Psychotherapie einen gewissen Spielraum, aber nicht in der Weise, in der es wünschenswert gewesen wäre. Der Gedanke, dass psychische Krankheiten womöglich durch Fehlentwicklungen des Gehirns entstehen könnten und diese mit Hilfe von bestimmten Medikamenten geheilt werden könnten, kam bereits in der ersten biologischen Psychiatrie zur Sprache fand aber seinen Weg erst zirka 1970 in den klinischen Alltag und leitete einen neuen Umgang mit psychisch Kranken ein, wie auch deren Behandlung.²³³

6.1.1 Die ersten wirksamen Medikamente

Neben zahlreichen Veränderungen in der Psychiatrie auf den unterschiedlichsten Gebieten, wie der Unterbringung, Gesetze, Wahrnehmung der Kranken, unterlagen auch die somatischen Behandlungen einer steten Weiterentwicklung.

²³³ Vgl.: Shorter, E.: Geschichte der Psychiatrie. Hamburg. 2003. S. 359-430.

Im 20. Jahrhundert setzte man vermehrt Hoffnung in die Psychopharmakologie. Eines der ersten wirksamen Medikamente war das psychotrope Lithium²³⁴. Es wurde bereits 1949 bei manisch-depressiven Kranken eingesetzt, zum Teil wird Lithium auch heute noch bei dieser Form der Erkrankung verwendet. Anfang der 50er Jahre entwickelte man Medikamente mit antipsychotischen und antidepressiven Wirkstoffen, wie Chlorpromazin, Largactil und Imipramin, die mit großem Enthusiasmus bei den Erkrankten eingesetzt wurden und die Psychiatrie vollständig veränderten. Viele Psychiater sahen in dieser neuen Form der Behandlung von psychisch Kranken eine Befreiung aus dem Dunkel des Asyls und des „überholten“ „Freudianismus“. Vor allem das entdeckte Chlorpromazin leitete eine pharmakologische Revolution ein, vergleichbar mit der Einführung des Penizillins in der Allgemeinmedizin. Das Medikament war zwar nicht in der Lage die Psychosen völlig zu heilen, man konnte aber zumindest die schlimmsten Symptome lindern, sodass der Patient ein angemessenes Leben führen konnte, ohne gleich asyliert werden zu müssen. 1955 wurden schließlich Medikamente, die einen Rückgang von Psychosen bewirkten, als Neuroleptika bezeichnet.²³⁵

Wenn man von der Chronologie ausgeht, entdeckte man die Tranquilizer noch vor den Neuroleptika, wie etwa Mephenesin oder Meprobramat, die eine sehr beruhigende, angstlösende und schlafanstoßende Wirkung zeigten. Man erkannte demnach relativ rasch, welche große Bedeutung diese neuen Wirkstoffe hatten und unterzog sie genauen systematischen chemisch-pharmazeutischen Untersuchungen, wobei die wichtige Gruppe der Benzodiazepine gefunden wurde. In weiterer Folge entstanden aus dieser Gruppe die ersten neuen Medikamente, wie 1960 Librium

²³⁴ Siehe zu Lithium auch: Schou, M.: Lithium- Behandlung in Psychiatrie und Medizin. IN: Haase, H. J. (Hrsg.): Die Behandlung der Psychosen des schizophrenen und manisch-depressiven Formenkreises. Die Behandlung der so genannten endogenen Psychosen. Stuttgart. 1976. S. 63-82.

²³⁵ Vgl.: Porter, R.: Die Kunst des Heilens. Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute. Heidelberg/Berlin. 2000. S. 522-526.
Wie auch: Shorter, E.: Geschichte der Psychiatrie. Hamburg. 2003. S. 370- 393.

(Chlordiazepoxyd) und 1963 Valium (Diazepam). Man sah in diesen neuen Medikamenten keinerlei größere Gefahr, im Gegenteil, man war von der therapeutischen Breite dieses Wirkstoffs begeistert, minimale Toxizität, und verglichen mit alten Sedativa, eine weit geringere Gefahr, abhängig zu werden.²³⁶ Dem war aber in der Tat nicht so. Schon 1965 wurden erste Stimmen laut, dass Librium erhöht zu Sucht führen kann, Valium wurde in die Beobachtungen nicht mehr miteinbezogen, da es erst Jahre zuvor eingeführt wurde, heute würde die Abhängigkeit von Valium niemand mehr in Frage stellen, da sie eindeutig nachgewiesen wurde.²³⁷

Eine weitere Gruppe von Medikamenten, die Mitte der 50er Jahre eingeführt wurden, waren die Antidepressiva, die häufig, wie der Name schon sagt, bei schweren Depressionen eingesetzt wurden. Diese Medikamente kann man in die Untergruppe der antipsychotischen Tranquilizer einordnen. Forscher entdeckten nämlich bei der Einführung der Tranquilizer, dass die enthaltenen Wirkstoffe einen positiven Einfluss auf die Stimmung der Patienten hatten, die an einer Depression litten. Vor allem am Beginn der Behandlung sprachen die Patienten gut auf die Medikamente an, doch mussten die Dosierungen in der Folge erheblich angehoben werden, um eine Verbesserung zu erreichen. Deshalb wurde diese Behandlungsmethode auch häufig von Psychiatern angezweifelt und kritisiert. Die Hauptgruppe der antidepressiven Psychopharmaka bilden die Thymoleptika, die schon 1957 erfolgreich eingeführt wurden. Fast zur selben Zeit wurden ebenfalls als Antidepressiva, die Monoaminoxidaseinhibitoren (Abkürzung MAOI) eingeführt. Die darauf beginnenden pharmakologischen und biochemischen Untersuchungen waren für die Erforschung des Stoffwechsels bei der Melancholie von großer Bedeutung. Man muss aber anmerken, dass die MAOI klinisch

²³⁶ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen. München. 2006. S. 492.

²³⁷ Vgl.: Baer, R.: Von den Anfängen der modernen Psychopharmakologie. IN: Baer, R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998. S. 141.

bald aufgegeben wurden, zum einen, weil sie den Thymoleptika bei den therapeutischen Erfolgen unterlegen waren, zum anderen weil sie sehr gefährliche Nebenwirkungen hatten. Man fand heraus, dass sich diese Medikamente mit zahlreichen Lebensmitteln und Alkohol nicht vertrugen, und die dadurch entstehenden Wechselwirkungen führten bei manchen Patienten sogar zum Tode; Heute gibt es zahlreiche Medikamente, die bei Depressionen erfolgreich eingesetzt werden, die aber an dieser Stelle nicht näher erläutert werden sollen, da es unzählige Fachliteratur²³⁸ zu diesem Themengebiet gibt.²³⁹

Durch die Verwendung von Medikamenten war es nun nicht mehr nötig, irgendeine Form von Zwangsmittel anzuwenden, sollte man zumindest annehmen. Die Unterbringung der psychisch Kranken, wie auch deren Umgang änderten sich schlagartig, obwohl man auch am Ende des 20. Jahrhundert immer wieder mit Missständen in der Psychiatrie zu kämpfen hatte.

6.1.2 Krankenversorgung und Psychiatrie Reform

Durch die Einführung der Psychopharmaka und die Veränderungen, die sich im gesamten Gebiet der Psychiatrie bemerkbar machten, kann man weitgehend von einer Reform sprechen. In den meisten Ländern begann sie in den 1950er bis 1970er Jahren und ist zum Teil bis heute noch nicht abgeschlossen. Die wichtigsten Bereiche, die in diesen Reformen zum Tragen gekommen sind, waren die Situationen in den Großkrankenhäusern und deren psychiatrischen Abteilungen, Tageskliniken und ambulanten Dienste, gemeindenaher Versorgung und

²³⁸ Siehe zu Psychopharmaka auch: Schmitz, M.: 1mal1 der Psychopharmaka. Grundlagen, Standardtherapien und neue Konzepte. Darmstadt. 1999. Wie auch: Benkert, O., Hippus, H.: Psychiatrische Pharmakotherapie. Berlin. u.a. 1992.

²³⁹ Vgl.: Stark, M. V.: Entwicklungen in der Behandlung psychisch Kranker seit den 50 er Jahren in Deutschen, Italienischen und Angloamerikanischen Raum. Wien. 1994. S. 35.

ein toleranteres Verständnis für den psychisch Kranken.²⁴⁰ Man ging in dieser Zeit noch weitgehend von der Tatsache aus, dass diese Menschen vor der Gesellschaft oder die Gesellschaft vor ihnen geschützt werden musste, demnach wurden sie in diesen „Asylen“ untergebracht. Doch ab den 50er Jahren begann sich die Situation zu ändern, da sich eine neue Entwicklung abzeichnete. Die so genannte Sozialpsychiatrie wurde ins Leben gerufen, die sich vor allem mit neuen Behandlungsmethoden auseinandersetzte. Sie entwickelte vor allem neue Methoden gemeindenaher ambulanter Behandlungen, neue Medikamente und die psychotherapeutischen Maßnahmen wurden weiterentwickelt. Man war fest davon überzeugt, einen besseren Umgang mit psychisch Kranken erreichen zu können. Doch der groß angelegte Bericht zur Lage der Psychiatrie in Deutschland, der 1971 vom Bundestag in Auftrag gegeben wurde, brachte nicht das gewünschte Resultat.²⁴¹

Die so genannte Psychiatrie Enquête von 1971 brachte endlich ans Licht, wie schlecht es um die Situation der psychisch Kranken bestellt war. Große Lücken bestanden damals im Bereich der ambulanten Versorgung, wie etwaige Beratungsstellen für psychisch Kranke, niedergelassene Psychiater und vor allem eine gemeindenahere Psychiatrie. Des Weiteren war auch die Situation im komplementären Bereich, wie Tagesstätten oder betreutes Wohnen, wenig zufrieden stellend. Bei den psychiatrischen Großkrankenhäusern herrschte ein erschreckender Zustand, zu wenig oder schlecht ausgebildetes Personal, überfüllte Krankenbetten, schlechte Organisationsstruktur der Kliniken, was zwangsläufig zur Entstehung eines Hospitalismus²⁴² führte. Hinter dieser gesamten Kritik stand eine

²⁴⁰ Vgl.: Schott, H., Tötle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen. München. 2006. S. 306.

²⁴¹ Vgl.: Stark, M. V.: Entwicklungen in der Behandlung psychisch Kranker seit den 50 er Jahren in Deutschen, Italienischen und Angloamerikanischen Raum. Wien. 1994. S. 8-9.

²⁴² Hospitalismus: Darunter versteht man allgemein die Schädigung eines Kranken in seelischer und körperlicher Beziehung, hervorgerufen durch einen langen Aufenthaltes in einer Klinik oder einer ähnlichen Anstalt. Vgl.: Peters, U.H.: Psychiatrie und medizinische Psychologie von A-Z. München. o. J. S. 247.

neue Bewegung, die in den 70er Jahren zum Tragen kam, die Rede ist von der so genannten Antipsychiatrie, auf die aber erst im 3. Teil dieser Arbeit näher eingegangen wird.²⁴³

Der 1. Teil der Arbeit, „Historischer Rückblick“ endet nun hier in den 70er Jahren. Man könnte den Faden natürlich noch weiter spinnen und eine eigene Publikation über die wechselnden Unterbringungen von psychisch Kranken herausbringen, da auch in anderen europäischen Ländern, die Reformen in der Psychiatrie Veränderungen mit sich brachten, man denke nur an die Gründung der Therapeutischen Gemeinschaft durch Franco Basaglia in den 60er Jahren. Doch erstens würde dies den Rahmen dieser Arbeit bei weitem übersteigen und zweitens ist es in diesem Zusammenhang auch nicht ziel führend.

Dem Leser sollte im 1. Teil dieser Arbeit lediglich vor Augen geführt werden, wie unterschiedlich die Wahrnehmungen von psychisch Kranken in jeder Epoche waren und welche Erfolge auf dem Gebiet der Psychiatrie seit der Antike gemacht wurden. Auch die vielen Irrwege, wie die verheerenden Folgen im Nationalsozialismus mussten an dieser Stelle erwähnt werden.

Der 2. Teil dieser Arbeit beschäftigt sich mit der Entwicklung einer psychiatrischen Systematik, bis hin zur heutigen internationalen Einteilung von seelischen Erkrankungen. Auf Grund der veränderten Wahrnehmungen und Einteilungen von psychischen Krankheiten, kann man auch einen Wandel der Gesellschaft zu diesem Personenkreis ablesen.

²⁴³ Vgl.: Schott, H.: Chronik der Medizin. Dortmund. 1993. S. 558.

2. Teil

7 Historische Entwicklung einer psychiatrischen Systematik

Was im 2. Teil dieser Diplomarbeit näher beleuchtet wird, ist die historische Entwicklung der psychiatrischen Termini im Allgemeinen, von der Antike ausgehend bis hin zur heute üblichen internationalen Systematik, vor allem in Bezug auf die veränderten und abwechselnden Vorstellungen von psychischen Erkrankungen.

Wie De Boor einleuchtend sagte:

„Eine wissenschaftsgeschichtlich orientierte Darstellung der Psychiatrischen Systematik mag als trockene, klinikferne oder überflüssige Aufgabe erscheinen.

Vergegenwärtigt man sich aber, daß in den täglichen Konferenzen der psychiatrischen Kliniken und Anstalten bei jeder Aufnahme und Entlassung Probleme der Psychiatrischen Systematik aktuell werden, so wird man nicht nur die Neigung, sondern auch die Notwendigkeit verstehen können, die Entwicklung der diagnostischen Termini, mit denen wir täglich arbeiten, kennen zu lernen.“²⁴⁴

Die Autorin dieser Arbeit kann sich dieser Aussage nur anschließen.

Die Krankheitsbegriffe und ihre Systematisierung spiegeln in trefflicher Weise die Entwicklungen und Bedingungen der jeweiligen Zeit wider, wie auch die Einstellung der Menschen zu den Erkrankten. W. Leibbrand und A. Wettley, haben in ihrer Geschichte der abendländischen Psychopathologie genau die richtigen Worte für die Darstellung dieser Thematik gefunden:

²⁴⁴ Aus dem Vorwort von: De Boor, W.: Psychiatrische Systematik. Ihre Entwicklung in Deutschland seit Kahlbaum. Berlin. 1954.

„Kranke Menschen sind eine Wirklichkeit, Krankheiten mit begrifflichen Namen sind Erscheinungen des Geistes. Sie sagen nicht nur in verschiedenen Zeitbindungen Besonderes aus, sie sind gelegentlich auch Erfindungen, die aus dem Zeitgeist emporwachsen, um entweder zu verschwinden oder mit gleichen Namen anderes zu meinen.“²⁴⁵

Auch Michel Foucault hat in seinem Buch *„Wahnsinn und Gesellschaft“²⁴⁶* die zeitlich unterschiedlichen Wahrnehmungen von Geisteskrankheiten geschildert. Wie bereits in den eingehenden Kapiteln dieser Arbeit besprochen, begann der Versuch einer Einteilung der psychischen Erkrankungen bereits im Altertum, denn *„die Klassifikation von beobachtbaren Einheiten im allgemeinen und psychopathologischen Verhaltensweisen im Sonderfall, ist nicht erst ein Vorgehen unserer Tage.“²⁴⁷*

Die führenden Autoren des Altertums wie Soranus, Celsus und Aretäus beschränkten sich weitgehend auf die Unterteilung in

- 1) Melancholie
- 2) Manie
- 3) Phrenitis²⁴⁸

Sie alle vertraten auch die 4 Säftelehre, die hier nicht nochmals wiederholt werden soll.

Wie bereits erwähnt kam es im Mittelalter und der Renaissance zu einem herben Rückschritt in der Psychiatrie. *„Das Mittelalter versah die Maniaken und Bessesenen vor allem mit magisch- religiösen Interpretationen, der*

²⁴⁵ Leibbrand, W., Wettley, A.: Der Wahnsinn. Geschichte der abendländischen Psychopathologie. München. 1961. S. 2.

²⁴⁶ Siehe: Foucault, M.: Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt a. M. 1969.

²⁴⁷ Klug, J.: Psychiatrische Diagnosen. Einflußfaktoren auf die Stabilität im zeitlichen Verlauf. Weinheim/Basel. 1983. S. 29.

²⁴⁸ Siehe dazu Kapitel 3.1. in dieser Arbeit

*Geisteskranke war nicht Objekt des Arztes, sondern der Teufelsaustreiber und Inquisitors.*²⁴⁹

Durch diese Regression kam es in der psychiatrischen Landschaft zu dieser Zeit zu einem Stillstand. Man kann sagen, dass man erst wieder in der Barockzeit begann, psychiatrische Analysen einzelner Krankheitsbilder durchzuführen. Zu nennen wäre hier, der bereits an anderer Stelle erwähnte Animismus von Georg Ernst Stahl, der der Psychiatrie zu dieser Zeit wichtige Impulse gab.²⁵⁰

Die Animisten waren davon überzeugt, dass allein die Seele für die Reaktionen des Körpers verantwortlich sei, somit standen sie im klaren Gegensatz zu dem alten Somatismus, der seinen Ursprung bei den Griechen hatte und von rein körperlichen erklärbaren Phänomenen ausging. Im Laufe des 18. Jahrhunderts trat dem Somatismus schließlich der Psychologismus entgegen, der sein Bestreben darin sah, jede Form der psychischen Erkrankung auf psychologischer Ebene zu erklären.²⁵¹

Man hatte dadurch am Ende des 18. Jahrhunderts ein sehr weit gefasstes Spektrum bezüglich der psychiatrischen Einteilungen, es reichte von der Pathophysiologie bis hin zur Philosophie. Eines haben aber sämtliche Einteilungsversuche in dieser Zeit gemeinsam, bekanntlich, dass *„zwischen spekulativen Vorstellungen und typisierenden Beschreibungen keine überzeugenden Brücken bestehen.“*²⁵²

Bereits Carl von Linnè (1707-1778) unterteilte die Geisteskrankheiten in eine Reihe von Gattungen, Arten und Unterarten. Diese Art der Einteilung wurde von einer großen Anzahl der damaligen Psychiater übernommen. Linnè stütze sich vor allem auf das äußere Verhalten der Kranken, um

²⁴⁹ Döcker, U.: Vom Narren zum psychiatrischen Patienten. Eine Institutionalisierungsgeschichte des Wahnsinns in Österreich. Wien. 1985. S. 88.

²⁵⁰ Vgl.: Baer, R.: Die Entwicklung einer psychiatrischen Systematik. IN: Baer, R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998. S. 3.

²⁵¹ Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967. S. 36.

²⁵² Baer, R.: Die Entwicklung einer psychiatrischen Systematik. IN: Baer, R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998. S. 3.

eine mögliche Zuordnung der Krankheitsform zu finden. Heute stützt man sich vermehrt auf die Psychopathologie und Verlaufssymptome.²⁵³

Einteilungsversuch von Linné im Jahre 1763²⁵⁴

Tab. 7.1.

Genera morborum Klasse V Geisteskrankheiten

I Ideale	II Immaginative	III Pathetische
Delirium	Ohrensausen	verdorbener Geschmack
Paraphrosyne	Gesichte	Heißhunger
Demenz	Schwindelgefühle	Polydipsi
Manie	panischer Schrecken	Satyriasis
Dämonomanie	Hypochondrie	Erotomanie
Melancholie	Schlafwandeln	Heimweh
		Tollwut
		Hydrophobie
		Ekel vor Speisen
		Antipathie
		Ängstlichkeit

Wie bereits erwähnt, sieht man an diesem Einteilungsversuch ganz deutlich heraus, dass sich Linné an äußeren Erscheinungsbildern von Krankheiten orientierte. Diese Klassifikation wurde zwar vielfach übernommen, doch wie Foucault so trefflich formulierte: *„diese ganze geduldige Mühe der Klassifikation hat, wenn sie auch eine neue Rationalitätsstruktur in ihrem Entstehen bezeichnet, selbst keine Spur hinterlassen, [...] und diejenigen, die das neunzehnte Jahrhundert zu definieren versuchen, werden von einer anderen Art sein [...]“*²⁵⁵

²⁵³ Vgl.: Baer, R.: Die Entwicklung einer psychiatrischen Systematik. IN: Baer, R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998. S.3-4.

²⁵⁴ Foucault, M.: Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt a.M. 1969. S.190.

²⁵⁵ Ebd. S.191.

Im Folgenden sollen nun einige wichtige Einteilungsversuche vorgestellt werden, um die stete Weiterentwicklung der Klassifizierungsversuche zu veranschaulichen, bis hin zur heutigen Sichtweise der psychiatrischen Krankheiten.

7.1 Traditionelle Nosologien

Eine richtige Systematisierung des Wissens versuchte erst mit der beginnenden Neuzeit der Schweizer Felix Plater (1537-1614). Vor ihm dachte niemand ernsthaft daran, die Krankheiten nach bestimmten Ordnungsprinzipien zu klassifizieren. Er war es schließlich auch, der mit dem „naiven Prinzip“ gebrochen hatte, die Krankheiten nach den Regionen des Körpers zu bestimmen, dass heißt nach ihrem Sitz, wie es von der Antike übernommen wurde, sondern er versuchte die Krankheiten nach ihrer „Natur“ zu ordnen.²⁵⁶

Die Systematik Platers im 17.Jahrhundert²⁵⁷

Tab. 7.2.

1.Gruppe: Mentis imbecillitas	Schwachsinnzustände (angeboren oder erworben)
2.Gruppe: Mentis consternatio	Krankheiten mit Bewußtseinsstörungen
3.Gruppe: Mentis alienatio auch Hallucinatio Paraphrosyne	Psychosen (Manie, Melancholie) kommt Schizophrenie Syndrom nahe
4.Gruppe: Mentis defatigatio	Symptome psychischer Störungen ohne krankhafte Seelenzustände

Das besondere an dieser Form der Klassifikation liegt in der Tatsache, dass Plater die Arten einzeln, empirisch und nebeneinander aufstellte.

²⁵⁶ Vgl.: De Boor, W.: Psychiatrische Systematik. Ihre Entwicklung in Deutschland seit Kahlbaum. Berlin. 1954. S. 2.

²⁵⁷ Ebd. S. 2.

Diese Systematik ist der Urtyp der klinischen Betrachtungsweise, die erst zwei Jahrhunderte später völlige Gültigkeit erlangte. Auf Grund dieser neuen Sichtweise der „Geisteskrankheiten“ nennt Kahlbaum ihn zu Recht den „Vater der klinischen und psychiatrischen Klassifikation“.²⁵⁸

Im 18. Jahrhundert versuchte man die dennoch vorherrschende „Ordnungslosigkeit der Psychiatrie“²⁵⁹ zu beheben und stützte sich vor allem auf die Einteilungskriterien der Naturwissenschaften. Wichtig ist es in diesem Zusammenhang noch einmal zu erwähnen, dass sich die Psychiatrie zirka um 1800 als eigenständiges medizinisches Fach etablierte. Von dieser Tendenz ausgehend, entstanden in dieser Zeit zahlreiche verschiedene Klassifikationen. Einige Beispiele sollen das in diesem Zusammenhang verdeutlichen.²⁶⁰

Abgesehen von Linné, dessen Systematik bereits erwähnt wurde, fand auch die Systematik von William Cullen sehr viele Anhänger. Wie bereits erwähnt, geht auf Cullen der Ausdruck Neurose zurück. Zudem gilt er auch als Begründer der Neurophysiologie und Neuropathologie. Er ging von der These aus, dass eine Art Nervenkraft, die sich im Nervensystem befindet, die Aufgabe besitzt, einen mittleren Tonus der festen Teile des Körpers zu erhalten, also eine Form von Gleichgewicht zwischen den verschiedenen Kräften zu bewahren. Dieses Nervenfluidum bewirkte durch eine eintretende Tonusänderung verschiedene Zustände des Gehirns, mit der Folge, dass der Mensch erkrankte, Spasmus und Atonie führten demnach zu Manie oder Melancholie.²⁶¹

²⁵⁸ Zit. nach: De Boor, W.: Psychiatrische Systematik. Ihre Entwicklung in Deutschland seit Kahlbaum. Berlin. 1954. S. 2.

Siehe auch Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967. S.28.

²⁵⁹ Döcker, U.: Vom Narren zum psychiatrischen Patienten. Eine Institutionalisierungsgeschichte des Wahnsinns in Österreich. Wien. 1985. S. 99.

²⁶⁰ Vgl.: Schott, H., Töle, R. Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen München 2006. S. 328.

²⁶¹ Vgl.: Baer, R.: Die Entwicklung einer psychiatrischen Systematik. IN: Baer, R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998. S.4-5.

Die Systematik, die hier angeführt ist, beschreibt im Detail die Klasse der Nervenkrankheiten. Die anderen Klassen wurden von der Autorin dennoch aus dem Buch von Baer übernommen, um einen erläuternden Rahmen zu schaffen.

Die Systematik Cullens 1778 ²⁶²

Tab. 7.3.

1. Klasse: Fieberhafte Krankheiten (Pyrexiae)	
2. Klasse: Nervenkrankheiten (Nevroses)	
1. Ordnung: Schlagsüchtige Krankheiten (Comata)	1. Gattung: Schlagfluß oder Apoplexie 2. Gattung: Lähmung oder Paralysis
2. Ordnung: Entkräftungen (Adynamiale)	1. Gattung: Die Ohnmacht (Syncope) 2. Gattung: Unverdaulichkeit (Dyspepsia) 3. Gattung: Das hypochondrische Übel (Hypochondriasis) 4. Gattung: Die Bleichsucht (Chlorosis)
3. Ordnung: Krampfartige Krankheiten	15 Gattungen: Tetanus, Trismus, Convulsio, Spasmi, Epilepsie u.a.
4. Ordnung: Gemüthskrankheiten (Vesaniae)	1. Gattung: Dummheit (Amentia) 2. Gattung: Melancholie 3. Gattung: Raserey (Manie) 4. Gattung: Der Traum (Somnium) Somnambulismus
3. Klasse: Cachexien ²⁶³	
4. Klasse: Topische Krankheiten Lokalübel	

Auch bei dieser Einteilung der „Gemüthskrankheiten“ lässt sich ein botanisches System nicht leugnen. Diese Systematik schien für viele Zeitgenossen viel zu kompliziert, John Brown (1735-1788), ein begabter

²⁶² Baer, R.: Die Entwicklung einer psychiatrischen Systematik. IN: Baer, R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998. S. 5.

²⁶³ Kachexia: Auszehrung, Kräfteverfall; Vgl.: Pschyrembel, W.: Klinisches Wörterbuch mit klinischen Syndromen. Berlin. 1975. S. 581.

Schüler Cullens vereinfachte die neurophysiologische Theorie seines Lehrers. Brown hatte ein System der „*Elementa Medicinae*“ entwickelt, welches in seiner Einfachheit leicht zu begreifen war und für viele seiner Zeitgenossen überzeugend erschien und somit eine rasche Verbreitung erfuhr. Für Brown beruhten Krankheiten entweder auf zu geringer oder zu starker Erregung, die selbst wiederum auf ein Missverhältnis von äußeren und inneren Reizen und der Erregbarkeit des Organismus zurückgingen. Asthenische Krankheiten waren demnach die Folge von zu geringen Erregungszuständen und sthenische Krankheiten von zu starken. Der Arzt könne dem zu Folge auf Grund einer Reizanamnese, Pulsdiagnostik und Reaktionen auf stimulierende Mittel den jeweiligen Erregungszustand ermessen. Die daraus resultierende Therapie entsprach genau diesem Dualismus. Entweder hat man die Erregung zu dämpfen oder man müsse sie verstärken.²⁶⁴

Dieses vereinfachte System übertrug er nun auch auf die „Geisteskrankheiten“. Seine Konzeption erfuhr als „*Brownianismus*“ eine rasche Verbreitung. Seiner Meinung nach kamen Gesundheit, Krankheit, Leben und Tod aus der gleichen Quelle. Brown unterschied auch hier zwischen sthenischen und asthenischen „Geisteskrankheiten“. Zu den sthenischen zählte er die Phrenitis und Phlegmasie. Darunter ist ein entzündungsartiger Zustand eines Teiles des Körpers oder auch mehrerer Gliedmaßen zu verstehen, verbunden mit Kopfschmerzen, einem roten Gesicht und „Irresein“. Er zählte schließlich auch die Manie zu den sthenischen Krankheiten, die ohne Fieber einhergeht, verursacht durch einen Fehler in der Hirnsubstanz oder durch heftige Leidenschaft und geistige Anstrengung. Zu den asthenischen Krankheiten zählte er Epilepsie und Apoplexie.²⁶⁵

²⁶⁴ Vgl.: Engelhardt, D.: Reizmangel und Überregung als Weltformel der Medizin. *Brownianismus und romantische Naturphilosophie*. IN: Schott, H. (Hrsg.) *Meilensteine der Medizin*. Dortmund. 1996. S. 265-270.

²⁶⁵ Vgl.: Leibbrand, W., Wettley, A.: *Der Wahnsinn*. Geschichte der abendländischen Psychopathologie. München. 1961. S. 350-351.

Die nun simplifizierte Form der neurophysiologischen Theorie Cullens fand sehr viele Anhänger, wie zum Beispiel Vincenzo Chiarugi (1759-1820) aus Italien, der sagte:

„Cullens Theorie hat mir viel Aufklärung gegeben und ich habe sie großen Teil in diesem Werke angenommen.[...] Die Beobachtung, die sicherste Führerin bei Urteilen in der Arzneykunde, scheint mir keine natürlicherer Einteilung an die Hand zu geben, als die von Cullen angenommene.“²⁶⁶

Im Unterschied zu Cullen unterschied Chiarugi aber nur drei Arten des Wahnsinns.

Die Systematik von Chiarugi 1795 ²⁶⁷

Tab. 7.4.

1. Art	2. Art	3. Art
Melancholie	Manie	Blödsinn
Es handelt sich um einen partiellen Wahnsinn, der nicht den ganzen Körper befällt, sondern nur teilweise auftritt	Es handelt sich um einen allgemeinen Wahnsinn, verbunden mit Kühnheit und Wuth in den Verrichtungen des Willens	Es handelt sich um einen nahezu allgemeinen Wahnsinn, der gekennzeichnet ist mit Unregelmäßigkeiten der Verrichtung des Erkennens und Vermögens des Willen; es besteht eigentlich keine Gemüthsbewegung

Chiarugi sah aber diese Arten nicht streng von einander getrennt, sondern vertrat die These, dass keine Art von der anderen wirklich zu unterschieden wäre und dass alle drei Krankheiten einen gemeinsamen Ursprung hätten.

²⁶⁶ Zit. nach: Baer, R.: Die Entwicklung einer psychiatrischen Systematik. IN: Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998. S. 5.

²⁶⁷ Ebd. S. 6.

Was er da beschreibt, ist nichts anderes, als die These der Einheitspsychose, auf die im Kapitel 7.1. näher eingegangen wird.

Zu nennen wäre hier noch die Forderung Pinels nach einer genauen Klassifikation, der, wie man weiß, als Begründer der klinischen Psychiatrie angesehen wird. Er unterschied zusammengefasst die Formen:

- 1) Melancholie
- 2) Manie
- 3) Demenz
- 4) Idiotismus
- 5) Hypochondrie
- 6) Somnambulismus
- 7) Hydrophobie; Sein Schüler Esquirol fügte dem noch die Monomanie hinzu.²⁶⁸

Unter Monomanie verstand Esquirol eine Art umschriebenen Wahn („délire“), wobei der Verstand außerhalb des Wahns erhalten bleibt. Von der Monomanie ausgehend unterschied er fünf weitere „Geisteskrankheiten“.

- 1) Manie
- 2) Lypemanie (gleichbedeutend mit Melancholie; diesen Begriff vermied Esquirol)
- 3) erbliche Verrücktheit
- 4) Idiotie
- 5) akute und chronische Demenz²⁶⁹

Am Anfang des 19. Jahrhunderts war die Psychiatrie weitgehend von der Romantik geprägt, was einen Rückschritt in der Systematisierung der

²⁶⁸ Vgl.: Döcker, U.: Vom Narren zum psychiatrischen Patienten. Eine Institutionalisierungsgeschichte des Wahnsinns in Österreich. Wien. 1985. S. 99. Wie auch: Gruhle, H.: Allgemeine Psychiatrie. IN: Gruhle, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Nerven und Geisteskrankheiten. Halle a. S. 1952. S. 35.

²⁶⁹ Vgl.: Luderer, H. J.: Zur Geschichte des Wahnbegriffs in der Psychiatrie. IN: Kaufmann, M. (Hrsg.): Wahn und Wirklichkeit. Multiple Realitäten. Der Streit und ein Fundament der Erkenntnis. Treffpunkt Philosophie. Bd. 3. Frankfurt a. M. 2003. S. 41-42.

„Geisteskrankheiten“ zur Folge hatte. Psychiker und Somatiker lieferten sich in dieser Zeit einen herben Schlagabtausch. Die Ersteren, von der These ausgehend, dass „Geisteskrankheiten“ alleine auf die Beziehung von Körper und Seele zurückzuführen sei, die Anderen, von der Tatsache ausgehend, dass „Geisteskrankheiten“ alleine Erkrankungen des Körpers seien und sich nur in seelischen Symptomen äußerten. Einer der bekanntesten Vertreter auf Seiten der Psychiker war Christian August Heinroth, sein Pedant der Somatiker Maximilian Jacobi.²⁷⁰ Durch den Aufschwung der Naturwissenschaften und den neu gewonnenen Erkenntnissen in der Neurologie kam es schlussendlich in der Mitte des 19. Jahrhunderts zu rein somatisch- mechanischen Einstellungen in der Psychiatrie.²⁷¹

Im Folgenden soll hier noch kurz auf die Systematisierungsversuche von Heinroth und Jacobi eingegangen werden.

7.2 Die Klassifikation von Heinroth und Jacobi

Wie bereits erwähnt, war Heinroth ein überzeugter Psychiker, der aber eher die philosophische Tradition vertrat. Anders als seine Zeitgenossen, kritisierte er die Systematik von Pinel. Er empfand sie als unvollständig, da er die Erscheinungsformen verschiedener Krankheiten zusammenfasste und in ein und dieselbe Rubrik stellte.²⁷²

²⁷⁰ Siehe zum Thema Psychiker versus Somatiker Kapitel 3.5.1. in dieser Arbeit.

²⁷¹ Vgl.: Katzenstein, R.: Karl Ludwig Kahlbaum und sein Beitrag zur Entwicklung der Psychiatrie. Zürich. 1963. S. 11.

²⁷² Vgl.: Baer, R.: Die Entwicklung einer psychiatrischen Systematik. IN: Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998. S. 8-10.

Die Systematik Heinroths 1818²⁷³ (Anmk. der Verfasserin: Systematik wurde gekürzt)

Tab. 7.5.

Erste Ordnung	Zweyte Ordnung	Dritte Ordnung
Reihe der Exaltationen Hyperstenien	Reihe der Depressionen Asthenien	Reihe der Mischungen
Erste Gattung Gemüths- Störungen	Erste Gattung Gemüths- Störungen	Erste Gattung Gemischte Gemüths- Störungen
Wahnsinn	Melancholie	4 Arten der Melancholie
4 Arten des Wahnsinns	4 Arten der Melancholie	
Verschiedene Varietäten von Schriftstellern	2 Varietäten	Verschiedene Varietäten von Schriftstellern
Zweyte Gattung Geistes- Störungen	Zweyte Gattung Geistes- Störungen	Zweyte Gattung Gemischte Geistes- Störungen
Verrücktheit	Blödsinn	4 Arten der Verwirrtheit
4 Arten der Verrücktheit mit Unterarten	4 Arten des Blödsinns	
Dritte Gattung Willens- Störungen	Dritte Gattung Willens- Störungen	Dritte Gattung Gemischte Willensstörungen
Tollheit	Willenlosigkeit	Scheue
4 Arten der Tollheit mit Varietäten	4 Arten der Willenlosigkeit	4 Arten der Scheue

²⁷³ Kollé, K.: Verrückt oder normal. Psychiatrie in Wissenschaft und Praxis. Stuttgart. 1968. S. 24-25.

Was einem an dieser Form der Systematik sofort ins Auge springt, ist, obwohl Heinroth Psychiker war, er sich eindeutig an einer botanischen Einteilung orientierte. Man erkennt eine strenge Symmetrie, drei Ordnungen werden jeweils in drei Gattungen unterteilt und somit werden 9 Begriffe beschrieben. Baer sieht in dieser Systematik einen eindeutigen Fortschritt im Vergleich zu den Einteilungsversuchen am Ende des 18. Jahrhunderts.²⁷⁴ Ganz anders beschrieb es in diesem Fall Kollé, der sagte:

„Binahe belustigend ist es heute, wie der Psychiater Heinroth in seinem <Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens> (Leipzig 1818) die verschiedenen Erscheinungsformen des Irreseins gruppierte. Die Krankheitsbezeichnungen offenbaren die Unvollkommenheit der wissenschaftlichen Psychiatrie noch am Anfang des 19. Jahrhunderts.“²⁷⁵

Heinroths Versuch die „Erkrankungen der Seele“ in einer geeigneten Systematik zu formulieren wurde von seinen Zeitgenossen begrüßt oder energisch abgelehnt. Einer seiner Kontrahenten war der schon mehrmals erwähnte Maximilian Jacobi. Er forderte: *„Der Arzt als solcher ist Somatologe, Physiologe, Naturkundler [...], das Feld, welches er bearbeitet, ist das der Physiologie der psychischen Erscheinungen.“²⁷⁶* Jacobi erachtete Heinroths Einteilung für schlichtweg als falsch und hält die gesamte Nosographie für ein Märchen, *„seine unmittelbare Heilwirkungserzeugung sei vollends nicht mehr als ein Wunder.“²⁷⁷*

Jacobi setzte seinen Schwerpunkt auf alle körperlichen Erscheinungen, besondere Beachtung schien er aber auf den Puls und allgemeine chemische Veränderungen im Körper gelegt zu haben. 1844 veröffentlichte er sein Werk *„Hauptformen der Seelenstörungen“*. Seine

²⁷⁴ Vgl.: Baer, R.: Die Entwicklung einer psychiatrischen Systematik. IN: Baer, R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998. S. 8-10.

²⁷⁵ Kollé, K.: Verrückt oder normal. Psychiatrie in Wissenschaft und Praxis. Stuttgart. 1968. S. 25.

²⁷⁶ Zit. nach: Leibbrand, W; Wettley, A.: Der Wahnsinn. Geschichte der abendländischen Psychopathologie. München. 1961. S. 496.

²⁷⁷ Zit. nach: Ebd. S. 497.

Lehre bezog sich zum Teil auf Obduktionsbefunde und in seinen Tabellen versuchte er seine Beobachtungen von somatischen Beziehungen zusammenzufassen. Bei ihm wurden Kreislauf, Atmung, Temperatur und Aussehen der Haut während der Tobsucht, wie auch in der Zeit der Remission und Rekonvaleszenz beobachtet und tabellarisch mit der Konstitution, dem Alter und dem Temperament des Patienten in Beziehung gebracht. Des Weiteren beobachtete er auch die Darm- und Nierentätigkeit, Knochenbau, Gehirn, Nervensystem, Sinnes- und Geschlechtsorgane sehr genau. In seinen Betrachtungen und den daraus resultierenden Ergebnissen kommt ganz klar der Somatiker hervor. Des Weiteren machte Jacobi eine Aussage, die zum Teil in die Richtung der heutigen Auffassungen über symptomatische Psychosen geht.²⁷⁸

In seinem 1844 erschienenen Werk findet man in dem Kapitel „*Von den Ursachen der Seelenstörungen mit dem Charakter der Tobsucht*“ folgende Aussage.

„Notwendig aber führen diese Tatsachen zugleich auf den Grundsatz zurück, daß alle krankhaften psychischen Erscheinungen, so wie nicht minder eine ganze Reihe somatischer, welcher zugleich mit ihnen aus dem sekundären Leiden des Gehirns und Nervensystems hervorgehen, nur als symptomatische, nur als Begleiterinnen anderweitig gebildeter und sich bildender Krankheitszustände des Organismus betrachtet werden können, ein Grundsatz, der als der wichtigste für die gesamte Psychiatrie gelten darf, zwar bisher noch vielfältig mißkannt und bestritten, aber in sich selbst so wurzelfest, daß er der allgemeinen Anerkennung nicht lange mehr entbehren wird.“²⁷⁹

Jacobi konnte damals noch nicht ahnen, dass er mit dieser Aussage völlig richtig lag. Die psychosomatischen Psychosen, wie sie heute noch genannt werden, traten aber erst viel später in den Fokus der Psychiatrie. Karl Bonhoeffer (1868-1948) war zum Beispiel einer der Psychiater, der

²⁷⁸ Vgl.: Baer, R.: Die Entwicklung einer psychiatrischen Systematik. IN: Baer, R.: (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998. S. 14- 15.

²⁷⁹ Zit. nach: Ebd. S. 15.

durch seine neurologische Forschung, die Arbeit von Kraepelin und Bleuler ergänzte, in dem er das Pendant zu den endogenen Psychosen aufstellte, die so genannten exogenen Psychosen. Auf Bonhoeffer wird in dieser Arbeit an anderer Stelle kurz eingegangen. Zu dem wäre die Geschichte der psychosomatischen Psychosen einer eigenen Publikation würdig, und würde den Rahmen dieser Arbeit übersteigen.²⁸⁰

Obwohl die verschiedenen Ansätze von Heinroth und Jacobi bereits ein Umdenken in der Psychiatrie einläuteten, war das 19. Jahrhundert gekennzeichnet durch unzählige Versuche eine einheitliche Terminologie und Klassifikation zu finden. Auf Grund der mannigfachen Systeme trat eine Stagnation oder Resignation in der Psychiatrie ein und man machte einen deutlichen Rückschritt in dem man die Einheitspsychose ins Leben rief.

7.3 Das Konzept der Einheitspsychose

Die Einheitspsychose war und ist eine viel diskutierte Form, alle psychischen Krankheiten in einem Konzept zusammenzufassen.

Als Begründer der Einheitstheorie wird der schwäbische Anstaltspsychiater Ernst Albert Zeller (1804-1877) angesehen. Seine Annahme lag darin begründet, dass verschiedene Formen des „Irreseins“ eine innere Verwandtschaft hätten und dass eine Krankheit in eine andere übergehen konnte. Dieses unizistische Modell von Zeller ist auch in den Werken des belgischen Psychiaters Guislan (1797-1860) vertreten, allerdings mit einigen Unterschieden. Guislan vertrat die These, ein seelisches Leiden könnte durchaus auch verschiedene Reaktionen hervorrufen. Zeller stand manchen Vorstellungen von seinem Kollegen

²⁸⁰ Siehe dazu: Shorter, E.: Moderne Leiden. Zur Geschichte der psychosomatischen Krankheiten. Hamburg. 1994.

eher kritisch gegenüber, doch sah er im Krankheitsmodell von Guislan durchaus auch positive Aspekte. Seelische Krankheiten entwickelten sich aus Gemütsstörungen; die verschiedenen Erscheinungsformen, die dabei zum Tragen kamen, seien Stadien des „Irreseins“. Schwermut und Verrücktheit waren die primären Stadien, die von beiden angenommen wurden. Diese Ansichten wurden später von Griesinger, der bereits Erwähnung fand, aufgegriffen und in seinem Lehrbuch publiziert. Im Großen und Ganzen vertrat Griesinger die Stadienlehre seines Lehrers Zeller. Störungen des Wollens und Denkens hatten demnach ihren Ursprung in den affektiven Störungen, und fanden ihren Höhepunkt in Verrücktheit und Blödsinn. Griesinger arbeitete diese Auffassung noch aus, nachdem er bei Ludwig Snell (1817-1892), welcher Direktor der Anstalt in Hildesheim war, gesehen hatte, dass Wahnkrankheiten auch entstehen konnten, ohne dass sie ihren Ursprung bei den affektiven Störungen hatten. Griesinger kam auf Grund dieses Beispiels zu seiner Lehre von den Primordialdelirien, mit der Betonung, dass Verrücktheit auch primär auftreten könnte. Mit dieser entscheidenden These begann die Theorie der Einheitspsychose zu bröckeln, aber es bedeutete noch kein Ende in der Diskussion des unizistischen Modells. Verschiedene Aspekte wurden weiterentwickelt und fanden in Heinrich Neumann (1841-1844) einen glühenden Anhänger, der die Einheitspsychose noch weitaus strenger formulierte als Zeller und Griesinger.²⁸¹

1859 formulierte er die Einheitstheorie kurz und bündig: *„Es gibt nur eine Art der Seelenstörung, wir nennen sie das Irresein.“*²⁸² Einer, der sich mit der Aussage Neumanns nicht arrangieren konnte, ist der in der Psychiatriegeschichte nur selten erwähnte Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899), obwohl er entscheidende Schritte für eine neue psychiatrische

²⁸¹ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen. München. 2006. S. 323-333.

²⁸² Zit. nach: De Boor, W.: Psychiatrische Systematik. Ihre Entwicklung in Deutschland seit Kahlbaum. Berlin. 1954. S. 4.

Systematik gelegt hatte, vor allem in Bezug auf den noch zu erwähnenden Emil Kraepelin.²⁸³

7.4 Karl L. Kahlbaum und sein Einfluss auf die Psychiatrie

Kahlbaum war es daran gelegen, etwas Klarheit in die Gruppierung der psychischen Krankheiten zu bringen. Er betonte immer wieder die Wichtig- und Notwendigkeit, vorübergehende Erscheinungsformen einer Krankheit und die dazugehörigen Krankheitsvorgänge klar voneinander zu trennen. Die Erscheinungsformen können sich bei ein und demselben Patienten ständig abwechseln, sodass der Versuch, den eigentlichen Krankheitsvorgang ausfindig zu machen, einfach unmöglich war. Andererseits ging er von der Annahme aus, dass gleiche oder zumindest sehr ähnliche Zustandsbilder ganz verschiedenen Krankheiten angehören könnten. Deshalb forderte Kahlbaum, dass man den Verlauf und den Ausgang des Leidens genau beobachten müsse, und falls es für die Diagnose entscheidend wäre, sollte man auch den Leichenbefund in die Ätiologie mit einbeziehen. Auf Grund dieser Überlegungen kam Kahlbaum zum Krankheitsbild der Katatonie. Ähnlich wie bei der Paralyse, hatte man bei diesem Leiden eine Verbindung zwischen seelischer Störung und körperlichen Begleiterscheinungen.²⁸⁴

10 Jahre nach Neumanns Aussage hielt Kahlbaum seinen ersten Vortrag in Bezug auf seine von ihm bearbeitete Katatonie. Wie bereits erwähnt, beschrieb Ewald Hecker, ein langjähriger Freund und Mitarbeiter Kahlbaums, 1871 die Hebephrenie. Danach erfolgte im Jahr 1874 die Publikation einer Monographie, die sich im Besonderen mit der Katatonie

²⁸³ Siehe auch Kapitel 8.1. in dieser Arbeit

²⁸⁴ Vgl.: Kraepelin, E.: Hundert Jahre Psychiatrie. Ein Beitrag zur Geschichte menschlicher Gesittung. Berlin. 1918. S. 81-82.

beschäftigte. Doch sein Werk fand nicht die Rezension oder Beachtung, die er sich erhofft hatte.²⁸⁵

Ein weiteres wichtiges 1863 erschienenes Werk von Kahlbaum ist, „*Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen*“. Ihm war es besonders wichtig, die bisherigen Einteilungen wie auch seine Ideen auf einer empirisch- wissenschaftlichen Grundlage zu begründen. Darin sah er den Schlüssel eine allgemein gültige Klassifikation zu erreichen. Kahlbaum unterschied in seiner Anordnung der Psychosen 3 große Gruppen: Vesania, Vecordia, Dysphrenia.²⁸⁶

Siehe dazu Tabelle 7.6.

²⁸⁵ Vgl.: Katzenstein, R.: Karl Ludwig Kahlbaum und sein Beitrag zur Entwicklung der Psychiatrie. Zürich. 1963. S. 10.

Wie auch: Alexander, F.G; Selesnick, S.: The history of psychiatry. An evaluation of psychiatric thought and practice from Prehistoric times to the present. New York. 1966. S. 161-162.

²⁸⁶ Vgl.: Katzenstein, R.: Karl Ludwig Kahlbaum und sein Beitrag zur Entwicklung der Psychiatrie. Zürich. 1963. S. 15-26.

Klassifikation von Kahlbaum 1863²⁸⁷

Tab. 7.6.

1. Gruppe	2. Gruppe	3. Gruppe
<p>Vesania</p> <p>Das sind alle Psychosen die, die vier Stadien der Melancholie durchmachen</p>	<p>Vecordia</p> <p>Das sind alle psychischen Krankheiten, die nur eine partielle Seelenstörung darstellen; die psychische Störung bevorzugt ein bestimmtes Seelengebiet</p>	<p>Dysphrenia</p> <p>Psychische Veränderungen bei den somatisch Krankheiten symptomatische Seelenstörungen mit partieller Dauer</p>
<p>1. Stadium: Melancholie 2. Stadium: Wahnsinn 3. Stadium: Verwirrtheit Falls keine Genesung 4. Stadium: Blödsinn</p>	<p>1. Gemütsspähre (Dystymia) 2. Intelligenzspähre (Paranoia) 3. Willenspähre (Diastrephia)</p>	<p>Zum Beispiel: Epilepsie</p>

2 eigene Klassen, die aber zur Klassifikation gehören

1. Klasse	2. Klasse
<p>Neophrenia</p> <p>Frühkindliche oder angeborene erworbene Formen einer Seelenstörung</p>	<p>Paraphrenia</p> <p>Seelenstörung, die auf Grund somatischer Bedingungen während biologischer Übergangsperioden, wie in der Pubertät, entstehen</p>

Bei der 1. Gruppe ging Kahlbaum von der Theorie aus, dass es eine Reihe von Unterformen gäbe, die sich aus den Abweichungen des primären Verlaufs entwickelten. Bei der 2. Gruppe nahm er an, dass es eine stärkere oder bevorzugte Beteiligung einer Sphäre gäbe, die schließlich das Bild der entstehenden Störung bestimmte, sodass es sich

²⁸⁷ De Boor, W.: Psychiatrische Systematik. Ihre Entwicklung in Deutschland seit Kahlbaum. Berlin. 1954. S. 7-8.

nicht um Varietäten von Krankheiten isolierter seelischer Bezirke handelte. Den wesentlichsten Unterschied zwischen Vesania und Vecordia sah Kahlbaum, abgesehen von der Totalität und Partialität, im Verlauf. Bei der 1. Gruppe sei dieser wechselreich und manchmal auch unberechenbar, wobei hingegen bei der 2. Gruppe eine gewisse Form von Kontinuität eintreten konnte, außer bei den Zwischen- und Übergangsformen, wo die Grenzen verschwimmen konnten. Kahlbaum sah gerade darin die Natürlichkeit seines Systems, da es in den Naturwissenschaften unmöglich war, exakte Grenzen zu ziehen. Natürlich löste dieser Versuch einer Klassifikation sehr viele negative Reaktionen bei seinen Zeitgenossen aus. Abgesehen davon war es aber gerade durch Kahlbaum gelungen, eine genaue Beobachtung klinischer Vorgänge in die psychiatrische Wissenschaft einzuführen. Seine veröffentlichte Systematik hat aber, mit Ausnahme von der Hebephrenie und Katatonie, nur historischen Wert. Die klinischen Formen behielten ihre Bedeutung als Termini, jedoch erst in später erschienen Monographien. Kraepelin war es dann, der den Grundmangel des Kahlbaumschen Systems korrigierte, nämlich die Trennung der melancholischen und manischen Formen von den übrigen Formen des „Irreseins“ und verstand sie als eine Krankheitsart. Durch diese neue Erkenntnis hatte das alte hippokratische Trinom Manie- Melancholie- Amentia, endlich ausgedient.²⁸⁸

Das dichotome Modell, das von Emil Kraepelin auf Grund der Vorarbeit von Kahlbaum im 20. Jahrhundert geschaffen wurde, soll nun in dieser Arbeit in den Fokus gelegt werden, da die Folgen dieses Systems die Psychiatrie noch in unserem Jahrhundert prägen.

²⁸⁸ Vgl.: De Boor, W.: Psychiatrische Systematik. Ihre Entwicklung in Deutschland seit Kahlbaum. Berlin. 1954. S. 7-8.

8 Neue Sichtweise der psychiatrischen Erkrankungen im 20. Jahrhundert

8.1 Emil Kraepelin und Eugen Bleuler

Die erste klinische Psychiatrie ging bereits lange vor der Machtübernahme der Nationalsozialisten unter. Es war kein Interesse mehr an der Hirnanatomie vorhanden, da man psychische Krankheiten nun in einem völlig anderen Blickwinkel zu betrachten begann. Man versuchte nun die Probleme des Kranken in einem Kontext mit seiner Lebensgeschichte zu stellen und die Symptome mit Erkenntnissen aus der Neurologie und den bei den Autopsien festgestellten Hirnschädigungen zu verbinden. Der Begründer dieser neuen Sichtweise auf psychische Erkrankungen hieß Emil Kraepelin (1856-1926)²⁸⁹, einer der wichtigsten Psychiater im 20. Jahrhundert.²⁹⁰

8.1.1 Die Klassifikation von Emil Kraepelin

Kraepelins Hauptinteresse lag in dem organischen Zugang zu den geistigen Krankheiten und wurde von seinen Lehrern, Mitarbeitern und vor allem durch die Lektüre Griesingers weiter verstärkt. Seine wichtigste Aufgabe sah er darin, tausende von Krankengeschichten über die Jahre hinweg akribisch zu sammeln. Er entwickelte aus ihnen ein System der deskriptiven Psychiatrie.²⁹¹ Das von ihm entwickelte Klassifikationssystem wurde zum Teil noch in den 70er Jahren verwendet und seine diagnostisch- nosologischen Grundbegriffe fanden noch Jahre nach

²⁸⁹ Vergleiche zu Kraepelin auch: Müller, C.: Vom Tollhaus zum Psychozentrum. Vignetten und Bausteine zur Psychiatriegeschichte in zeitlicher Abfolge. Stuttgart. 1993. S.142-143. Wie auch: Kraepelin, E.: Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Aerzte. Leipzig. 1889. Vgl.: Rufer, M.: Wer ist irr?. Bern. 1991. S. 68-71.

²⁹⁰ Vgl.: Shorter, E.: Geschichte der Psychiatrie. Hamburg. 2003. S. 156.

²⁹¹ Vgl.: Alexander, F.G., Selesnick, S. T.: Geschichte der Psychiatrie. Ein kritischer Abriss der psychiatrischen Theorie und Praxis von der Frühgeschichte bis zur Gegenwart. Zürich. 1969. S.215.

seinem Tod Gültigkeit in der internationalen Klassifikation (ICD) der World Health Organisation (WHO).²⁹²

Emil Kraepelin begann seine psychiatrische Laufbahn als Gegner der biologischen Psychiatrie. Er war außerordentlich an den psychologischen Dimensionen psychischer Erkrankungen interessiert. Seit seiner Jugend hatte er sich mit Psychologie befasst und während seines Medizinstudiums stürzte er sich mit Begeisterung auf die Arbeiten des Experimentalpsychologen Wilhelm Wundt²⁹³, der als eigentlicher Begründer der modernen Psychologie gilt.²⁹⁴

Kraepelin hatte eine beeindruckende, akademische Laufbahn. 1878 promovierte er in Würzburg, wurde dann Assistent bei dem Hirnbiologen Bernhard von Gudden in München und ging später nach Leipzig, wo er von den hirnanatomischen Studien mit Paul Flechsig zu den psychophysiologischen Arbeiten mit Wilhelm Wundt wechselte. An verschiedenen „Irrenanstalten“ beschäftigt, wurde er 1886 Professor der Psychiatrie in Dorpat. Des Weiteren unternahm er auch zahlreiche Studienreisen nach Java, Indien, die Vereinigten Staaten und Mexiko, um vor Ort die dort herrschenden „Geisteskrankheiten“ und „Irrenanstalten“ zu studieren.²⁹⁵

Das entscheidende für Kraepelin war die genaueste Beobachtung der psychisch Kranken am Krankenbett. Sein Ziel war es durch diese Methode eingehende Erkenntnisse der klinischen Krankheitsformen zu erhalten. Kurz gesagt, die klinische Psychiatrie war die therapeutische und diagnostische Arbeit am Patienten.²⁹⁶ Er hatte auch Verständnis für die sozialen und juristischen Probleme in der Psychiatrie und Kraepelin war

²⁹² Vgl.: Dörner, K.: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/ Psychotherapie. Hannover. 1984. S.471.

²⁹³ Siehe dazu: Steinberg, H.: Wundt, Wilhelm. Der Briefwechsel zwischen Wilhelm Wundt und Emil Kraepelin: Zeugnis einer jahrzehntelangen Freundschaft. Bern. 2001.

²⁹⁴ Vgl.: Shorter, E.: Geschichte der Psychiatrie. Hamburg 2003. S. 157.

²⁹⁵ Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart 1967. S. 76.

²⁹⁶ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen München 2006. S.116.

es auch, der zwischen äußeren und inneren Ursachen von „Geisteskrankheiten“ unterschied. Die äußeren Ursachen hatten laut ihm alle Formen der Hirnschädigungen zur Folge. Zu diesen Ursachen zählte Kraepelin:

- Vergiftung
- Fieberdelirium
- Stoffwechselkrankheiten
- Alkohol
- Gemütsbewegung

Die inneren Ursachen oder Prädispositionen wurden eingeteilt in:

- Alter, Geschlecht, Beruf, also persönliche Grundlagen
- Vererbung
- falsche Erziehung²⁹⁷

Kraepelin übernahm den Endogenitätsbegriff in sein Lehrbuch, allerdings nicht als Oberbegriff für die später „endogene Psychosen“ genannte Gruppe; vorerst klammerte er die von ihm selbst entdeckte Krankheit „manisch depressives Irresein“ noch aus.²⁹⁸

Kurt Kolle schrieb in seinem Buch „Verrückt oder Normal“:

„Irresein- wie konnte Kraepelin, der doch, als er 1899 diesen Namen wählte, bereits Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik in Heidelberg war, sich solchen Rückfall leisten! Man ersieht daraus, wie schwer es selbst für einen echten Forscher [war], sich von überkommenen Begriffen frei zu machen [...].“²⁹⁹

²⁹⁷ Vgl. Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967. S. 77.

²⁹⁸ Der Endogenitätsbegriff geht nicht auf Kraepelin zurück, sondern auf Paul Julius Möbius (1853-1907). Der Begriff entstand aus dem Degenerationsmodell von Benedict Augustin Morel (1809-1973). Das gesamte Endogenitäts Denken, dass in der Psychiatrie fortan herrschte entstand folglich aus der Degenerationslehre. Man kann nur an einer endogenen Psychose erkranken, wenn man die Voraussetzung der Entartung erfüllt. Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen München 2006. S.116.

Mehr zu endogenen und exogenen Nervenkrankheiten findet man bei: Baer, R.: Die Entwicklung einer psychiatrischen Systematik. IN: Baer, R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998. S. 25-27.

²⁹⁹ Kolle, K.: Verrückt oder normal. Psychiatrie in Wissenschaft und Praxis. Stuttgart.1968. S. 29-30.

Doch nun wieder zurück zu den Krankheitseinheiten³⁰⁰ von Kraepelin. Als „endogene Verblödung“ bezeichnete er die „Dementia praecox“, die bereits im Jugendalter auftritt und schließlich in schwerer geistiger „Umnachtung“ endet. Eine weitere Gruppe waren die Paraphrenien. Kraepelin definierte wie folgt:

„Unter der Bezeichnung „endogene Psychose“ sollen hier zum Zwecke einer rein vorläufigen Verständigung eine Reihe von Krankheitsbildern zusammengefaßt werden, deren gegenseitige klinische Beziehungen heute noch unklare sind, die aber die gemeinsame Eigentümlichkeit aufweisen, daß sie ohne erkennbare äußere Anlässe aus inneren Ursachen entstehen und daß sie mindestens in der großen Mehrzahl der Fälle zu einem bald stärker, bald schwächer ausgeprägten psychischen Siechtume führen. Es scheint sogar, daß auch die Art dieses Siechtums trotz großer Verschiedenheiten im einzelnen doch gegenüber andersartigen Verblödungsformen, wie sie uns als Ausgang etwa der Paralyse, der Alterblödsinn, der Epilepsie bekannt sind, manche gemeinsame Züge aufweist. Aus diesem Grund habe ich bisher die hier in Betracht kommenden Krankheitsbilder unter dem einheitlichen Namen der Dementia praecox beschrieben [...]“³⁰¹

Die zweite große Entdeckung von Kraepelin, wie schon an anderer Stelle erwähnt, war die Krankheit „manisch- depressives Irresein“. Kraepelin konnte durch seine genauen Beobachtungen beweisen, dass so gegensätzliche psychische Störungen, wie Melancholie (griechisch: schwarze Galle nach Galen Vgl.: Kap.3.1.) Depression (lateinisch: Schwermut) oder Manie (griechisch: Raserei), Ausdruck nur einer Krankheit sein konnte. Ihm war es somit gelungen, aus der Vielfalt der existierenden psychischen Störungen eine große Gruppe herauszukristallisieren. Diese Gruppe war gekennzeichnet durch die

³⁰⁰ Der Begriff wurde vom deutschen Psychiater Karl Kahlbaum eingeführt. Die Idee die Krankheiten anhand deren Verlaufs oder deren Ausgangspunkt zu klassifizieren war der Ausgangspunkt von Kahlbaum. Vgl.: Shorter, E.: Geschichte der Psychiatrie. Hamburg. 2003. S. 162-163.

³⁰¹ Zit. nach: Baer, R.: Entwicklung einer psychiatrischen Systematik. IN: Baer, R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998. S.25-26. (Originalquelle: Kraepelin, E.: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. III. Band. II. Teil. Leipzig. 1913.)

wechselseitigen Erscheinungsformen der Depression und Manie. Nach dem Überstehen der Krankheit, trat stets eine völlige geistige Gesundheit ein. Der Begriff „Irresein“ hatte in diesem Zusammenhang endlich ausgedient, da Kraepelin die Krankheit unter dem Titel der Cyclothymien (griechisch: „Kyklos“= Kreis; „Thymos“= Gemüt), also der periodisch wiederkehrenden Gemütskrankheiten, zusammenfasste. Die deutschsprachigen Psychiater fassten die Gruppe der dementia praecox (später die Gruppe der Schizophrenen nach Eugen Bleuler) und die Cyclothymien als endogene Psychosen zusammen, die entweder aus dem inneren oder ohne erkennbare Ursachen entstanden.³⁰²

³⁰² Vgl.: Kollé, K.: Verrückt oder normal?. Stuttgart. 1968. S. 30-41.

8.1.2 Das Dichotome Modell von Kraepelin³⁰³

Tab. 8.1.

Formenkreise	Spätere Bezeichnungen	Merkmale
Dementia praecox	Schizophrenie	Geistiger Schwächezustand, endet in „Verblödung“
Manisch-depressives Irresein	affektive Psychosen	affektive Symptomatik, phasischer Ablauf
Paranoia		Kein Ausgang in Verblödung
Diese Psychosen wurden später als endogene Psychosen bezeichnet		

Kraepelins größte Leistung lag nun darin, dass er die klinische Forschungsmethode durchsetzte, die durch ihn allgemeine Gültigkeit erfuhr. Seine gesamten klinischen Forschungsarbeiten bezogen sich auf die Psychosen. Er war es auch, der als erster die Methode der Verlaufsuntersuchung anwendete. Für diese Form der Untersuchung nahm er so genannte Zählkarten zur Hilfe. In diese Zählkarten notierte er alle wichtigen Daten und ordnete sie in verschiedene Diagnosekästen ein. Sie wurden immer wieder auf den neuesten Stand gebracht, ergänzt, geprüft und gegebenenfalls ausgewechselt. Indem er dem Schicksal jedes einzelnen Kranken präzise nachging und die Verläufe der Krankheiten

³⁰³ Vgl.: De Boor, W.: Psychiatrische Systematik. Ihre Entwicklung in Deutschland seit Kahlbaum. Berlin. 1954. S. 25.;
Wie auch: Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen München 2006. S.333-334.

notierte, war es ihm möglich dieses dichotome Modell zu erstellen und eine Neuordnung der Psychosen vorzunehmen.³⁰⁴

Zudem forderte Kraepelin eine klinisch- psychiatrische Forschung unter Berücksichtigung der Ursachen, der Krankheitserscheinungen, des Verlaufs und natürlich des Ausganges. Er wollte vor allem natürliche Krankheitseinheiten erfassen. Diese neue Methode der Verlaufsuntersuchungen ermöglichte der Psychiatrie eine andere Wahrnehmung der Krankheiten und ihrer Diagnosen, denn diese Art der Untersuchungen wurde bis dahin kaum durchgeführt.³⁰⁵

Trotz der unbestrittenen Wichtigkeit von Kraepelin darf nicht außer Acht gelassen werden, dass bereits vor ihm einige Psychiater wichtige Erkenntnisse in diese Richtung erreicht hatten. Genannt werden soll hier noch einmal Karl Kahlbaum (1828-1899), der schon vor Kraepelin die Idee vertrat, Krankheiten anhand ihres Verlaufs oder Ausgangs zu klassifizieren. (Siehe auch Kapitel 7.4.). Kahlbaum vertrat die Ansicht, dass es anstatt einer Einheitspsychose sehr viele unterschiedliche Formen von Psychosen gab. Darunter, zum Beispiel, die Form des „Jugendirreseins“, was er später als Hebephrenie³⁰⁶ bezeichnete. Einer seiner engsten Mitarbeiter, Ewald Hecker, verfasste 1871 einen Artikel, in dem er Kahlbaums Hebephrenie auf einige klinische Fälle bezog. Er beschrieb sie als eine schleichende, besonders bei jungen Menschen auftretende Krankheit. Hauptsymptome dieser Krankheit waren geistige Verwirrtheit und Psychosen, die sich mit Fortschreiten der Krankheit stetig

³⁰⁴ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen München 2006. S.121.

³⁰⁵ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen München 2006. S.333

³⁰⁶ In der von Kahlbaum und Hecker beschriebenen Form war die Hebephrenie eine in der Pubertät beginnende und rasch einsetzende Verblödung mit bestimmten affektiven Störungen und den Charakteristika der „Flegeljahre“, so Manirismen, Geziertheit, altkluges Auftreten, Beschäftigung mit hochgeistigen Problemen, neben flegelhaften Benehmen. Gelegentlich auch anderer Schizophrenie Symptome . Man spricht von einer hebephrenen Verlaufsform der Schizophrenie, wobei meist ein prognostischer, ungünstiger, dementieller Verlauf beobachtet wird. Pschyrembel, W.: Klinisches Wörterbuch mit klinischen Syndromen. Berlin. 1972. S. 474.

verschlechterten. Dies war also die erste klinische Beobachtung der Schizophrenie als eigenständige Krankheit.³⁰⁷

Ein anderes Zustandsbild war die von Kahlbaum 1869 bereits beschriebene Katatonie.³⁰⁸ Kahlbaum forderte, wie schon erwähnt, zwei wesentliche Punkte. Erstens müsse man den Verlauf des ganzen „Irreseins“ als die wesentlichste Grundlage für die Bildung von Krankheitsformen heranziehen und zweitens müsse man durch die genaue klinische Beobachtung das Gesamtbild der Psychose als Basis nehmen. Laut Kahlbaum ist es die Aufgabe:

„[...] nach klinischer Methode Krankheitsbilder zu entwickeln, in welchen möglichst alle Lebenserscheinungen am einzelnen Kranken behufs der Diagnose verwertet sind und der ganze Krankheitsverlauf zur Beobachtung kommt. Die so durch Zusammenfassung der häufigsten koinzidierend vorkommenden Symptome und durch rein empirische Abgrenzung sich ergebenden Gruppen von Krankheitsgestaltungen [...] waren nicht nur [...] leicht verständlich zu machen, sondern die auf ihnen gebaute Diagnostik gewährte auch die Möglichkeit, aus dem augenblicklichen Zustand eines Kranken mit größter Bestimmtheit den vorangegangenen Verlauf des Krankheitsfalles ex post zu konstruieren und die weitere Entwicklung nicht nur ganz allgemein quoad vitam et valetudinem, sondern auch im einzelnen in betreff der mannigfaltigen Phasen des symptomatischen Bildes mit größerer Wahrscheinlichkeit zu erschließen, als es vom Standpunkt des früheren Einteilungsfachwerks möglich wird.“³⁰⁹

³⁰⁷ Vgl.: Shorter, E.: Geschichte der Psychiatrie. Hamburg 2003. S.161-162.

³⁰⁸ Griechisch: Spanne; Verlaufsform der Schizophrenie, bei der körperliche- motorische Phänomene vorherrschen. Katatoner Stupor oder Erregungszustand. Phasenhafte episodische Erregungen haben eine relativ gute Prognose, stuporöse Verläufe eher weniger. Das Erscheinungsbild ist neben den anderen schizophrenen Symptomen (oft lebhaft Halluzinationen, Autismus, Mutismus und so weiter) durch Stereotypen , Manierismen unter anderen geprägt. Im Stupor sind die Kranken völlig erstarrt und kontaktlos. Febrile Katatonie; perniziöse Katatonie sind früher besonders ungünstige, oft letal; Vgl.: Pschyrembel, W.: Klinisches Wörterbuch mit klinischen Syndromen. Berlin. 1972. S. 593.

³⁰⁹ Zit. nach: Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie. Berlin. 1948. S. 474. (Originalquelle: Kahlbaum, K.: Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Berlin 1874).

Die Ideen von Kahlbaum fanden aber kaum Rezensionen, bis sie später von Kraepelin aufgenommen und propagiert wurden. Des Weiteren ist auch bekannt wie Kraepelin die beiden Krankheiten Hebephrenie und Katatonie als Untergruppe in seinen Begriff der Dementia praecox miteinbezogen hatte.³¹⁰

Doch auch die Arbeiten anderer Psychiater halfen Kraepelin bei der Erstellung seines Klassifikationssystems. Es war zum einen Jean- Pierre Falret und zum anderen Jules Baillarger, die bereits Anfang der 1850er Jahre festgestellt hatten, dass Manie und Depression oft nicht als isolierte Symptome, sondern in Kombination auftraten und von da an als „zirkuläres Irresein“ den Erkrankten immer wieder abwechselnd betrafen.³¹¹ Wie man erkennt, haben auch diese beiden französischen Ärzte Kraepelin ein Werkzeug geliefert, mit dem er seine eigenen Theorien untermauern konnte. Er hatte dadurch die Bestätigung, dass psychische Krankheiten als einzelne Krankheitsbilder mit jeweils eigenen Symptomen und unterschiedlichen Verlauf existierten.³¹²

Aus seinen Überlegungen ging schließlich das dichotome Modell hervor. Es bestimmte die psychiatrische Nosologie des gesamten 20. Jahrhunderts. Durch die klinische Forschung und die enorme Vielfalt neuer Arbeitsrichtungen hat Kraepelin ganz ohne Zweifel die Psychiatrie nachhaltig geprägt. Seine besonderen Verdienste verlieren nicht an Bedeutung durch die Anmerkung, dass auch er Vorgänger und Mitstreiter hatte. Auf seine französischen und deutschen Vorbereiter wurde bereits an anderer Stelle eingegangen, trotzdem wäre aber noch Robert Gaupp (1870-1953) zu nennen.³¹³

³¹⁰ Vgl.: Ackerknecht, E.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967. S. 75.76.

³¹¹ Kraepelin bezeichnete diesen Zustand ab 1899 als manische Depression.

³¹² Vgl.: Shorter, E.: Geschichte der Psychiatrie. Hamburg. 2003. 161-162.

³¹³ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen München 2006. S.334.

Gaupp hatte in Breslau bei Carl Wernicke zusammen mit Karl Bonhoeffer gearbeitet und war bei Emil Kraepelin in Heidelberg und München gewesen. Er hatte 1902 in einem Vortrag die Grenzen der psychiatrischen Erkenntnis zu fassen versucht und dabei den Satz vertreten: „*Nicht eine Ursache, sondern mehrere schaffen erst die Geisteskrankheit.*“³¹⁴ Aufgrund seiner Tätigkeit als Lazarettarzt beschäftigte er sich mit dem Problem der traumatischen Neurosen, die er, im Gegensatz zu anderen Psychiatern, als Folgen einer „*Commotio cerebri*“ ablehnte und in ihnen rein psychogene Störungen sah. Durch die Jahrzehnte lange Beobachtung und Beschreibung der Krankheit begründete Gaupp die dynamische Betrachtungsweise in der Psychiatrie, indem er Persönlichkeit, Erlebnis und Erkrankung bei der Entwicklung des Wahns beschrieb.³¹⁵ Zu den wichtigsten Wegbereitern der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts zählt neben Kraepelin noch Sigmund Freud und Eugen Bleuler, auf letzteren wird noch genauer eingegangen.³¹⁶

Kraepelin war es auch, und nicht Freud, der die zentrale Figur der Psychiatriegeschichte darstellte. Sigmund Freud war Nervenarzt und behandelte keine psychotischen Patienten. Seine psychoanalytische Lehre, die hauptsächlich auf Intuition beruhte, konnte dem Zeitgeist nicht standhalten. Kraepelin und seine Karteikarten hingegen förderten die bei weitem wichtigsten Einsichten in schwere psychische Krankheiten, die das ausgehende 19. Jahrhundert und beginnende 20. Jahrhundert anzubieten hatten. Er erkannte auch, dass es unterschiedliche Grunderkrankungen gab, die jeweils einen völlig anderen Verlauf hatten und dass man diese erkennen konnte, indem man systematisch möglichst viele Fälle studierte. Dennoch war es Emil Kraepelin der mit seiner Ungeduld gegenüber

³¹⁴ Zit. nach: <http://www.uniklinikum-tuebingen.de/pages/ukpp/cgi-bin/contray/contray.cgi?DATA=&ID=000011&GROUP=008>. 30. November. 17Uhr53.

³¹⁵ Vgl.: Ebd. 30. November. 17Uhr59.

³¹⁶ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen München 2006. S. 123-124.

hypothetischen Hirntheorien der ersten biologischen Psychiatrie ein rasches Ende setzte.³¹⁷

Abgesehen von Deutschland und Österreich gab es auch im amerikanischen Raum einen nennenswerten Psychiater. Das amerikanische Pendant zu Kraepelin war Adolf Meyer (1866-1950). Auch er setzte der ersten biologischen Psychiatrie in den USA ein jähes Ende, gewann aber dennoch nie ein vergleichbares Renommee, wie Emil Kraepelin. Bis zum Ausbruch des zweiten Weltkrieges genoss er einen gewissen Status in den Vereinigten Staaten. Sein unmissverständlicher Stil sollte später eine Menge zur Gestaltung oder Missgestaltung der amerikanischen Psychiatrie beitragen. Man kann daher Kraepelin und Meyer durchaus in einem Atemzug nennen, darf aber dabei nicht außer Acht lassen, dass der Einfluss des Ersten dauerhaft und weltweit war und des Zweiten nur vorübergehend und auf die amerikanische Psychiatrie beschränkt.³¹⁸

Auf Grund des dichotomen Modells von Kraepelin trat nun ein anderer Psychiater auf die Bühne, der versuchte Kraepelins Dementia praecox zu revidieren. Die Rede ist von dem Schweizer Eugen Bleuler.

³¹⁷ Vgl.: Shorter, E.: Geschichte der Psychiatrie. Hamburg. 2003. S. 156.

³¹⁸ Ebd. S. 157.

8.1.3 Bleuler und sein Schizophreniekonzept

Das Krankheitsbild der Schizophrenie ist nicht eine Erfindung des 20. Jahrhunderts, der Begriff an sich durchlief einer steten Entwicklung, siehe dazu die Tabelle 8.2.

Der Schizophrenie- Begriff im Wandel der Zeit³¹⁹

Tab. 8.2.

Bezeichnung der Krankheit	Vertreter
Monomanie	Esquirol o.J.
Démence précoce	Morel 1860
Monomanie als primäre Form der Seelenstörung	Snell 1865
Primordialdelirien Primäre Verrücktheit	Griesinger 1867
Dementia praecox für hebephrene Form	Kraepelin 1893
Dementia praecox- Gruppe <ul style="list-style-type: none">• Hebephrenie• Katatonie• paranoide Form	Kraepelin 1899
Gruppe der Schizophrenien	Bleuler 1908

Eugen Bleuler (1857-1939)³²⁰ gilt als Begründer einer neuen Symptomatologie der Schizophrenie und leitete gemeinsam mit Emil Kraepelin und Sigmund Freud eine neue Ära in der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts ein. Die zwei letzteren wurden bereits einleuchtend besprochen und sollen daher in diesem Kapitel nicht noch einmal wiederholt werden.

³¹⁹ Baer, R.: Die Entstehung der Schizophreniekonzepte. IN: Baer, R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998. S. 38.

³²⁰ Siehe zu Bleuler: Hell, D; Scharfetter, C; Möller, A.: Eugen Bleuler. Leben und Werk. Bern. 2001.

Bleuler war einer der ersten Psychiater, der die Psychoanalyse von Freud in die psychiatrische Forschung miteinbezog. Ab diesem Zeitpunkt gab Bleuler entscheidende Impulse für die psychoanalytisch orientierte Psychotherapie der Psychosen. Dennoch war sein bedeutendster Beitrag zur psychiatrischen Systematik, die Beschreibung des Krankheitsbildes der Schizophrenie.³²¹

Bleuler unterzog nun die *Dementia praecox* von Kraepelin einer psychologischen Untersuchung und wies dadurch nach, dass es sich bei dieser Form der Krankheit nicht um eine allgemeine Demenz handelte, wie es bei der progressiven Paralyse der Fall war. Seiner Meinung nach, handelte es sich bei der Schizophrenie um eine Störung der Ideenassoziation. Die Störung äußerte sich bei den Erkrankten so, dass sie weder ihre Empfindungsfähigkeit unter Kontrolle hatten, noch eine realitätsnahe Beziehung zur Wirklichkeit aufbauen konnten, was sich in einem Rückzug auf sich selbst bemerkbar machte, dem so genannten Autismus.³²²

Tatsache ist, dass Schizophrenie keine Demenz als Folge hat und die Patienten erleiden auch keine Verminderung ihrer Intelligenz, auch wenn das Denkvermögen durchaus beeinträchtigt sein kann. Bleuler betonte, dass es sich bei der Kraepelinschen *Dementia praecox* nicht zwangsläufig um eine *Dementia* oder um eine *Praecocitas* handelte, das heißt, dass die Patienten weder schwachsinnig waren, noch der Ausbruch der Krankheit im Allgemeinen früh zu erwarten sei. Auf Grund dieser unbestreitbaren Fakten hielt es Bleuler für absolut notwendig einen neuen Begriff für diese Form der seelischen Erkrankung ins Leben zu rufen. 1908 hielt Bleuler

³²¹ Vgl.: Engelhardt, D.: Biographische Enzyklopädie deutschsprachiger Mediziner. München. 2002. S. 61.

³²² Vgl.: Viè, J., Baruk, H.: Geschichte der Psychiatrie. IN: Toellner, R. (Hrsg.): Illustrierte Geschichte der Medizin. Bd. 4. Erlangen. 1992. S. 1980.

einen Vortrag in Berlin über die „*Prognose der Dementia praecox*“ und erwähnte erstmals den Begriff Schizophrenie. Bleuler beging aber bei seinem Schizophrenie- Begriff den Fehler, dass er den körperlichen Symptomen weniger Bedeutung zumaß als den psychischen Prozessen, die er hinter der Krankheit vermutete. Er berief sich im Zuge dessen immer wieder auf die vom französischen Psychiater Pierre Janet konstruierte Bewusstseinspaltung, was schließlich zur Folge hatte, dass Generationen von Medizinern und Laien davon ausgingen, dass Schizophrenie in irgendeinem Zusammenhang mit Bewusstseinspaltung stand. Man kann mit Sicherheit behaupten, dass bei dieser Krankheit das Bewusstsein nicht gespalten ist. Die charakteristischen Merkmale sind Halluzinationen, Wahnzustände und Störungen des Denkprozesses. Abgesehen von der unglücklichen Begriffswahl Bleulers, setzte er doch entscheidende Impulse bei der Erforschung der Schizophrenie. Er forderte vor allem eine Unterscheidung zwischen primären Symptomen, die zum Krankheitsprozess gehören und sekundären Symptomen, die erst durch die Reaktion der kranken Psyche auf die Umgebung entstehen. Im Unterschied zu Kraepelin konzentrierte sich Bleuler auf das Zustandsbild der Krankheit und nicht auf den ungünstigen Verlauf. Er ordnete die von Kraepelin beschriebene Symptomatik, indem er die Grundsymptome, die unmittelbar für die Krankheit verantwortlich waren den akzessorischen Symptomen, die sich erst im Laufe der Krankheit entwickelten, gegenüberstellte.³²³

³²³ Vgl.: Baer, R.: Die Entstehung der Schizophreniekonzepte. IN: Baer, R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998. S. 38- 39. Vgl.: Shorter, E.: Geschichte der Psychiatrie. Berlin. 1999. S. 166-167. Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen. München. 2006. 391-402.
Vgl.: Gruhle, H.: Schizophrenie. IN: Gruhle, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Nerven und Geisteskrankheiten. Halle. a. S. 1952. S. 638-664.

Das Konzept der Schizophrenie von Bleuler³²⁴

Tab. 8.3.

Grundstörungen	Akzessorische Symptome
Assoziationslockerung	Wahnbildungen
Gefühlsambivalenz	Sinnestäuschungen
Verlust der Modulationsfähigkeit der Affekte	Katatone Symptome
Autismus	Gedächtnisstörungen

Charakteristikum der Krankheit

Spaltung der psychischen Funktionen

Beim Konzept von Bleuler erkennt man eine gewisse Nähe zur Psychoanalyse, daher stützt man sich auch in der gegenwärtigen Psychotherapie beim Borderline- Begriff auf seine psychoanalytischen Modelle, wie auch auf die bleulerische Konzeption der Schizophrenie. Die Auffassungen von ihm haben die von Kraepelin abgelöst, da man durch die neu gewonnene Beschreibung der Krankheit eine bessere Wechselwirkung zwischen dem Erkrankten und den Bezugspersonen herstellen konnte. Des Weiteren versuchte man psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen in den Behandlungsplan mit einzubeziehen, dies wäre mit der Kraepelinschen Betrachtungsweise nicht möglich gewesen. Die gesamte Psychiatrie erfuhr durch diese Systematisierung eine folgenreiche Umwandlung, da man ab diesem

³²⁴ Baer, R.: Die Entstehung der Schizophreniekonzepte. IN: Baer, R. (Hrsg.). Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998. S. 39. Siehe auch: Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin. 1955. S. 330-379.

Zeitpunkt auch der Prognose einen wichtigen Stellenwert zukommen ließ.³²⁵

Ein weiterer wichtiger Schritt der nun in der Entwicklung einer psychiatrischen Systematik gemacht wurde, war die Unterscheidung der exogenen und endogenen Psychosen. Es sind an sich keine neuen Begriffe, da der Endogenitätsbegriff bereits auf Möbius aus dem Jahre 1893 zurückgeht. (Siehe Anm. in Fußnote 298).

Kraepelin war es- wie an anderer Stelle bereits erwähnt- der den Begriff wieder aufnahm, aber nicht als Oberbegriff für seine später als „endogene Psychosen“ genannte Gruppe.³²⁶

8.1.4 Exogene Nervenkrankheiten

Karl Bonhoeffer (1868-1948) war einer der ersten, der erkannte, dass das Gehirn auf sehr viele schädigende Ursachen nur mit wenigen Krankheitsbildern antwortet. Bonhoeffer war zuletzt Professor und Direktor für Psychiatrie und Neurologie an der weltbekannten Berliner Charité. Er ergänzte die Arbeiten von Kraepelin und Bleuler, indem er zu den endogenen Psychosen nun auch exogene Psychosen bestimmte. Bonhoeffer bewies durch seine Forschungen, dass es Psychosen gab, die der schizophrenen und cyclothymen Gruppe symptomatisch sehr ähnlich waren, aber durch äußere Schädigungen verursacht wurden. Zu diesen zählte er vor allem:

- 1) Infektionskrankheiten
- 2) Vergiftungen
- 3) Gehirnverletzungen

³²⁵ Vgl.: Baer, R.: Die Entstehung der Schizophreniekonzepte. IN: Baer, R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998. S. 39.

³²⁶ Vgl.: Ebd. S. 25. Siehe zu Schizophrenie auch: Bleuler, M.: Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Stuttgart. 1972. In diesem Buch beschreibt Manfred Bleuler (1903-1994; Sohn von Eugen Bleuler) das Leben von 208 Schizophrenen und deren Angehörigen, dass er selbst miterlebt und beobachtet hatte.

Die Psychosen sind in diesem Fall nicht selbständig entstanden, sondern als ein Symptom einer medizinisch feststellbaren körperlichen Erkrankung. Man nennt diese Form der Psychosen, im Gegensatz zu den endogenen Psychosen, symptomatische beziehungsweise psychosymptomatische Psychosen. Bonhoeffer erkannte weiter, dass bei dieser Gruppe von Krankheiten immer wieder dieselben Symptome auftraten, die er dann schließlich unter den Titel „exogene Reaktionsformen“ zusammenfasste. Er musste seine Ansichten aber immer wieder verteidigen, da die organischen Psychosen in der psychiatrischen Krankheitslehre bis dahin einen untergeordneten Stellenwert hatten, bis sich Bonhoeffer eingehender mit ihnen beschäftigte und zudem folgendes erkannte.³²⁷

„Der Mannigfaltigkeit der Grunderkrankungen steht eine große Gleichförmigkeit der psychischen Bilder gegenüber. Es ergibt sich die Auffassung, daß wir es mit typischen psychischen Reaktionsformen zu tun haben, die von der speziellen Form der Noxe sich verhältnismäßig unabhängig zeigen.“³²⁸

Unter den Noxen verstand er die verschiedensten Hirnschädigungen und Hirnfunktionsstörungen bei allgemein körperlichen Erkrankungen. Die Reaktionsformen sind einige wenige Syndrome, die deshalb auch exogene Reaktionstypen genannte werden. Bonhoeffer zählte zu diesen Typen:

- 1) Delir
- 2) amnestisches Syndrom
- 3) Demenz
- 4) psychoorganisches Syndrom (1916 von Bleuler hinzugefügt)³²⁹

³²⁷ Vgl.: Kollé, K.: Verrückt oder Normal?. Psychiatrie in Wissenschaft und Praxis. Stuttgart. 1968. S. 31-32.

³²⁸ Zit. nach: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen. München. 2006. S. 335.

³²⁹ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen. München. 2006. S. 335.

Die Methode, die Bonhoeffer hier anwandte, nannte er symptomatologische Betrachtungsweise und stellte sie in den Gegensatz zu der von seinem Lehrer Carl Wernicke, der von verschiedenen Lokalisationen der Hirnschädigung ausgehend unterschiedliche psychische Folgezustände erwartet hatte. Die organischen Psychosen sind in dieser symptomatologischen Bestimmung und nosologischen Abgrenzung bis heute unbestritten, nur die Terminologie unterlag einem steten Wandel.³³⁰

Obwohl seine Zeitgenossen sehr skeptisch auf seine neuen Einteilungsversuche reagierten, blieb Bonhoeffer bei dem Gegensatz von einer Mannigfaltigkeit von Grunderkrankungen und der großen Gleichförmigkeit der psychischen Erkrankungsformen. 1972 stellte schließlich G. Huber fest, dass sich die Bonhoeffersche Konzeption durchaus bis heute gehalten hat.³³¹

8.1.5 Körperbautypen und psychische Erkrankungen

Bei dieser Form der Systematik kommt nur ein Psychiater in Frage, nämlich Ernst Kretschmer (1888-1964) einer der bedeutendsten Vertreter der Tübinger Schule und zudem war er Schüler des berühmten Psychiaters Robert Gaupp senior. Kretschmers erstes publiziertes Buch „*Der sensitive Beziehungswahn*“ ist eines seiner wichtigsten Werke. Mit diesem gelang es ihm, eine neue Sichtweise einzuführen, nämlich die mehrdimensionale Diagnostik, die zum Teil euphorisch aufgenommen und zum Teil sehr kritisch beurteilt wurde. Er war es, der vor allem die biologischen Elemente stärker betonte und 1919 auch eine Fortentwicklung der psychiatrischen Systematik anführte.³³²

³³⁰ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen. München. 2006. S. 335.

³³¹ Vgl.: Baer, R.: Die Abgrenzung organischer Psychosen. IN: Baer, R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998. S. 56-58.

³³² Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen. München. 2006. S. 145.

Vgl.: Kollé, K.: Verrückt oder normal? Psychiatrie in Wissenschaft und Praxis. Stuttgart. 1968. S. 64-65.

1921 erschien sein berühmtes Buch „*Körperbau und Charakter*“ mit dem Untertitel „*Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten*“. Kretschmer ging dabei von der Systematik Kraepelins aus und stellte folgende elementare und geistreiche Fragen:

1) Sind die schizophrenen und manisch- depressiven Kranken mit besonderen körperlichen und seelischen Anlagen ausgestattet?

2) Korrespondieren körperliche und seelische Anlagen miteinander?

Kretschmer versuchte diese Fragen mittels Beobachtungen zu beantworten. Er ging davon aus, dass die Schizophrenen und Manisch-depressiven sich nicht nur leiblich von den Gesunden unterschieden, sondern auch hinsichtlich ihres Charakters und Temperaments. Um an sein Ziel zu gelangen, untersuchte er mehrere hundert Kranke an der Tübinger Nervenlinik und kam so zu dem Ergebnis dass es drei Körperbautypen gibt.³³³

8.1.5.1 Pyknischer Typ

Dieser Typ ist gekennzeichnet durch Rundungen und Ausgeglichenheit in der Plastik des Kopfes und des Gesichtes. Des Weiteren stehen sein Rumpf und seine Extremitäten in einem guten Verhältnis zu den anderen Teilen des Körpers. Der pyknische Typ ist im Ganzen gesehen sehr ebenmäßig, neigt aber in Folge dessen etwas zur Fülle. Zudem hat er weiches und volles Haar, bei doch eintretendem Haarausfall ist dieser durch eine glatte und blanke Glatze gekennzeichnet. Das Gesicht dieses Typus ist sehr frisch und ein wenig gerötet, die Hände sind weich, breit und kurz. Dieser Typus neigt vermehrt zur Erkrankung des Manisch- depressiven.

³³³ Vgl.: Kollé, K.: *Verrückt oder normal? Psychiatrie in Wissenschaft und Praxis*. Stuttgart. 1968. S. 64-65.

8.1.5.2 Astehnischer oder Leptosomer Typ

Dieser Typ ist gekennzeichnet durch eine schlaffe Muskulatur, zarte Gelenke und Knochen. Er ist im Allgemeinen dünn und von sehr schmaler Statur. Der Kopf ist hoch, steil und der Gesichtsumriss eher oval. Die Haut ist blass und das Gesicht anämisch, weil die Gefäße spastisch zusammengezogen sind. Das Haar ist borstig, die Hände sind blau gefärbt, feucht und kalt. Dieser Typus neigt vermehrt zur Erkrankung der Schizophrenie.

8.1.5.3 Athletische Typ

Dieser Typ ist gekennzeichnet durch einen starken und plumpen Knochenbau. Er hat eine kräftig entwickelte Muskulatur, sein Schädel ist wuchtig hoch und derb, seine Schultern sind ausladend. Dieser Typus neigt vermehrt zur Erkrankung der Schizophrenie.³³⁴

Mit Hilfe dieses Schemas hätten es die Psychiater wirklich leicht gehabt, eine Diagnose zu stellen. Doch so interessant diese Untersuchungen auch waren, es änderte nichts daran, dass kein erfahrener und seriöser Psychiater, eine manisch- depressive Erkrankung ausschloss, nur weil der Patient einen astehnischen oder athletischen Körperbau hatte.³³⁵

In dieser Arbeit ist auf die Konstitutionstypologie so genau eingegangen worden, „weil es sich um den am meisten beachteten modernen Entwurf handelt, das unlösbare Leib- Seele- Problem von dieser Seite her anzugehen.“³³⁶ Nichts desto trotz konnte aber einer späteren statistischen Untersuchung die Typologielehre von Kretschmer nicht standhalten. Es ist auch das einzige Buch, das nicht aus der Tübinger Tradition entstanden ist. Der

³³⁴ Typologie wurde entnommen aus: Bumke, O.: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. München. 1942. S. 164-167.

³³⁵ Vgl.: Kollé, K.: Verrückt oder normal? Psychiatrie in Wissenschaft und Praxis. Stuttgart. 1968. S. 67 ff.

³³⁶ Ebd. S. 67.

Psychoanalyse stand er aufgeschlossen, aber nicht unkritisch gegenüber. Er sah auch eine Notwendigkeit in der Psychotherapie mehrdimensional zu agieren und empfahl eine zweigleisige Standardbehandlung. Zum einen sollte sie aus einer psychodynamischen und einer übenden Psychotherapie bestehen.³³⁷

Kretschmer war mit seiner neuen Herangehensweise an die psychiatrische Systematik sicherlich ein Pionier und hatte neue Impulse in der Psychiatrie gesetzt. Der letzte Psychiater, der in diesem Zusammenhang noch Erwähnung finden muss, bevor die heutige Systematik näher beleuchtet wird, ist Kurt Schneider und seine Psychopathologie.

8.1.6 Die Psychopathologie von Kurt Schneider

Die Psychopathologie ist ein Teilgebiet der Psychiatrie, nämlich der Symptomatologie; Man definiert sie auch als eigenes Arbeitsgebiet mit einer stark ausgeprägten methodologischen Ausrichtung und philosophischen Komponente. Psychopathologie bedeutet im engeren Sinn, die Lehre von den Leiden der Seele. Es handelt sich um eine wissenschaftliche Methodenlehre der Psychiatrie, die zur Erfassung von abnormen seelischen Zuständen dient. Man kann sie als eine Wissenschaft von der Anwendung psychologischer Denkkategorien auf psychische Krankheiten beziehungsweise psychisch Kranke verstehen. Die Psychopathologie hat in dem Sinn keine eigene Geschichte, sondern folgte dem Lauf der allgemeinen Psychiatrie. Die Ziele, die sich diese Wissenschaft gesteckt hat, sind die Erkennung, Beschreibung und Analyse des psychischen Krankseins.³³⁸

³³⁷ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen. München. 2006. S. 145.

³³⁸ Vgl.: Peters, U.H.: Lexikon. Psychiatrie. Psychotherapie. Medizinische Psychologie. München. 2007. S. 440.

Die wichtigsten Vertreter in diesem Zusammenhang waren Karl Theodor Jaspers (1883-1969) und Kurt Schneider (1887-1967). Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde die Psychopathologie zu einem eigenen Wissenschaftsgebiet, vor allem durch das Werk von Jaspers „Allgemeine Psychopathologie“ aus dem Jahre 1913. Mit diesem Werk setzte er neue Impulse und erschuf einen neuen methodologischen Ansatz. Seine Methode war die Phänomenologie, die er im Sinne der Philosophie verstand.³³⁹

Lassen wir den Autor für sich selbst sprechen:

„Die Phänomenologie hat die Aufgabe, die seelischen Zustände, die die Kranken wirklich erleben, uns anschaulich zu vergegenwärtigen, nach ihren Verwandtschaftsverhältnissen zu betrachten, sie möglichst scharf zu begrenzen, zu unterscheiden und mit festen Termini zu belegen. Da wir niemals fremdes Seelisches ebenso wie Physisches direkt wahrnehmen können, kann es sich immer nur um eine Vergegenwärtigung, um ein Einfühlen, Verstehen handeln, zu dem wir je nach dem Fall durch Aufzählung einer Reihe äußerer Merkmale des seelischen Zustandes, durch Aufzählung der Bedingungen, unter denen er auftritt, durch sinnlich anschauliche Vergleiche und Symbolisierungen, durch eine Art suggestiver Darstellung hingelenkt werden können. Dazu helfen uns vor allem die Selbstschilderungen der Kranken [...].“³⁴⁰

Die Forderungen Jaspers nach Verstehen und Erklären wurden von den zeitgenössischen Psychiatern nicht akzeptiert, zu dem hat sich Jaspers immer mehr der Philosophie zugewandt und schied schließlich ganz aus der Psychiatrie aus. Sein Bemühen nach einem Methodenbewusstsein, nach einer genauen Reflexion des Vorgehens in der Psychiatrie, ist das einzige, das sich länger gehalten hat. Dennoch hatte Jaspers einen Nachfolger, Kurt Schneider, der zwar mit ihm nicht zusammenarbeitete,

³³⁹ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen. München. 2006. S. 147-150.

³⁴⁰ Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie. Berlin. 1948. S. 47.

doch mit seinem Bemühen nun eine wissenschaftliche Psychopathologie begründete.³⁴¹

Wie Baßler 1989 so trefflich sagte:

*„Jaspers gehört als Psychologe, Psychopathologe wie als Philosoph ohne Zweifel zu den bedeutendsten und einflußreichsten Denkern dieses Jahrhunderts. In den genannten Bereichen hat er dabei sicherlich das Bewußtsein eines geistigen Pioniers gehabt [...]“*³⁴²

Der Heidelberger Psychiater Kurt Schneider lieferte einen wichtigen Beitrag vor allem über die psychopathischen Persönlichkeiten. Er war nach Jaspers der Hauptvertreter der phänomenologischen Richtung in der Psychiatrie und schöpfte deren Möglichkeiten auch vehement aus. Mit seiner 1923 publizierten Schrift *„Die psychopathischen Persönlichkeiten“* erfuhr die Persönlichkeitslehre neue Impulse. Er führte auch eine allgemein gültige Nomenklatur, in diesem Fall Psychopathen, ein. Sein Hauptwerk *„Klinische Psychopathologie“* wurde zu einer Art Leitfaden der klinischen Diagnostik.³⁴³

Schneider stellte eine sehr genaue Systematik der psychopathischen Persönlichkeiten auf.

„Abnorme Persönlichkeiten sind Abweichungen von einer uns vorschwebenden Durchschnittsbreite von Persönlichkeiten. Maßgebend ist also die Durchschnittsnorm, nicht etwa ein Wertnorm. Überall gehen abnorme Persönlichkeiten ohne Grenze in die als normal zu bezeichnenden Lager über. Aus den abnormen Persönlichkeiten schneiden wir als psychopathische

³⁴¹ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen. München. 2006. S. 150.

³⁴² Baßler, W.: Psychiatrie des Elends oder das Elend der Psychiatrie. Karl Jaspers und sein Beitrag zur Methodenfrage in der klinischen Psychologie und Psychopathologie. Würzburg. 1990. S. 9.

³⁴³ Vgl.: Peters, U.H.: Lexikon. Psychiatrie. Psychotherapie. Medizinische Psychologie. München. 2007. S. 494.

*Persönlichkeiten diejenigen heraus, die an ihrer Abnormität leiden oder unter deren Abnormität die Gesellschaft leidet. Beide Arten überschneiden sich. [...] Abnorme (und damit psychopathische Persönlichkeiten sind in unserem Sinne nichts Krankhaftes. Es besteht keinerlei Anlaß, sie auf Krankheiten oder auch Missbildungen zurückzuführen.*³⁴⁴

Die These von Schneider, dass die Psychopathen Varianten normaler, gesunder Menschen sind, ist ein nicht zu leugnender Fortschritt in der psychiatrischen Systematik.³⁴⁵ Schneider unterschied 10 Typen von psychopathischen Persönlichkeiten, die in Tabelle 8.4. aufgelistet sind.

³⁴⁴ Schneider, K.: Klinische Psychopathologie. Mit einem Kommentar von Huber, G., Gross, H. Stuttgart. 1987. S. 9.

³⁴⁵ Vgl.: Kollé, K.: Verrückt oder normal?. Psychiatrie in Wissenschaft und Praxis. Stuttgart. 1968. S. 68-69.

Typenlehrer von Kurt Schneider³⁴⁶

Tab. 8.4.

Bezeichnung des Typs	Charakteristika
1. Hyperthymische Typ	Sanguinisches Temperament
2. Depressive Typ	Melancholisches Temperament
3. Selbstunsichere Typ	Leicht depressives Temperament
4. Fanatische Typ	Aktives, expansives, kämpferisches Temperament;
5. Geltungsbedürftige Typ	Exzentrisches, unechtes, eitles Temperament
6. Stimmungslabile Typ	Reizbares, depressives Temperament
7. Explosible Typ	Aufbrausendes, reizbares, erregbares, jähzorniges Temperament
8. Gemütslose Typ	Mürrisches, kaltes, triebhaftes, brutales Temperament; ohne oder fast ohne Mitgefühl; Kriminell gefährdet
9. Willenlose Typ	Widerstandslos gegenüber Einflüssen; zu Kriminalität und Sucht disponiert
10. Asthenische Typ	Seelisch und oder körperlich Versagen

Durch seine konzipierte Systematik erfuhr Schneider auch heftige Kritik; Man warf ihm unter anderem vor, dass seine Systematik nicht auf klinisch-empirischen Wissen beruhe, und er zu viel Wert auf Diagnostik und Differentialdiagnostik lege und unterdessen der Therapie, Ätiologie und den Aspekten des Verlaufs weniger Bedeutung zusprach. Eine eigene Schule hat auch Schneider nicht begründet, wohl aber machten es ihm viele deutsche Psychiater in den 1950er bis 1970er Jahre gleich.

³⁴⁶ Vgl: Schneider, K.: Klinische Psychopathologie. Mit einem Kommentar von Huber, G., Gross, H. Stuttgart. 1987. S. 11-15.

Schneiders Psychopathologie war sicherlich einflussreich und verschaffte der Psychiatrie neue Akzente, aber international gesehen blieb sein Einfluss begrenzt. Schneider, wie auch Jaspers hatten versucht den einseitigen biologischen Ansatz in der Psychiatrie zu kompensieren, aber durch ihre methodenbezogene, unidimensionale Arbeitsrichtung ist ihnen das nicht gelungen.³⁴⁷

Im 2. Teil dieser Arbeit wurden nun die wichtigsten Repräsentanten und ihre Klassifikationssysteme besprochen. Zum Schluss soll hier noch die internationale Systematisierung des 21. Jahrhunderts genauer beschrieben werden. Auch da gibt es zwei unterschiedliche Systeme, auf die Stellung bezogen werden soll.

³⁴⁷ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen. München. 2006. S. 153. Wie auch: Baer, R.: Das Psychopathieproblem. IN: Baer, R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998. S. 61-69. Siehe zu Systematik von Schneider auch: Arns, W., Jochheim, K., Remschmidt, H.: Neurologie und Psychiatrie für Krankenpflegeberufe mit 186 Prüfungsfragen. Stuttgart. 1983. S. 211-215.

9 Die Klassifikationen im 21. Jahrhundert

Die Klassifikationen und die Einteilungsversuche, die im 19. und 20. Jahrhundert zahlreich vorgenommen wurden, verhinderten, was man sich eigentlich von so einem System versprach, und zwar eine gemeinsame Terminologie, um auf internationaler Ebene miteinander kommunizieren zu können. Neben den zahlreichen internationalen Bemühungen Ordnung in das herrschende Chaos zu bringen, war es vor allem die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die einen entscheidenden Meilenstein für die weitere Entwicklung setzte. Jacques Bertillon in Paris und William Farr in London, zwei Medizinstatistiker, verfolgten den Ansatz, ein für alle Länder wirklich gültiges System mit einer allgemeinen Nomenklatur der Todesursachen zu schaffen, die so genannte „*International List of Causes of Death*“, kurz ICD. Es wurde nun in allen Ländern Mortalitätsstatistiken gefordert, wodurch die entstandene Nomenklatur eine rasche Verbreitung und Anwendung erfuhr, sodass bereits 1938 die fünfte Revision vorlag. 1948 wurde ein wichtiger Schritt durchgeführt, indem man einen Entwicklungssprung von einer reinen Nomenklatur (Namensgebung) hin zu einer Nosologie (Klassifikation von Krankheiten) erreichte. Die WHO legte die sechste Revision vor, die erstmalig eine Klassifikation seelischer Erkrankungen mit der Bezeichnung „*Mental, Psychoneurotic and Personality Disorders*“, enthielt.³⁴⁸

Obwohl nun ein allgemeines System geschaffen war, wurde es nur von sehr wenigen Ländern auch wirklich benutzt. Etwa zu gleichen Zeit und unabhängig von der Klassifikation der WHO wurde in der „*American Psychiatric Association*“ (APA) ein eigenes System geschaffen, das „*Diagnostic and Statistical Manual*“ (DSM) und wurde 1952 erstmalig

³⁴⁸ Vgl.: Klug, J.: Psychiatrische Diagnosen. Einflussfaktoren auf die Stabilität im zeitlichen Verlauf. Weinheim. 1983. S. 30-31.

veröffentlicht. Die unten stehende Tabelle soll die historische Entwicklung noch einmal verdeutlichen.³⁴⁹

9.1 ICD und DSM in ihrer historischen Entwicklung³⁵⁰

Tab. 9.1.

Jahr	Systembezeichnung	Anmerkungen
1948	ICD-6	erste offizielle Klassifikation der WHO
1955	ICD-7	keine Änderungen zu ICD- 6
1952	DSM-I	Definition der Kategorien, Beschreibung der Syndrome
1965	ICD- 8	Erweiterung um neue Krankheitsgruppen; internationale Kooperation bei Entwicklung
1968	DSM-II	stimmt überein mit ICD-8
1977	ICD-9	keine grundlegenden Änderungen
1980	DSM-III	Divergenzen zu ICD-9; erste offizielle Operationalisierung psychiatrischer Störungen; multiaxiale Klassifikation; Feldstudien vor Einführung
1987	DSM-III-R	Einführung des Komorbiditätsprinzips
1992	ICD-10	klinisch-diagnostische Leitlinien
1994	ICD-10 DSM-IV	Forschungskriterien; allmähliche Annäherung

Die 1980 erstmals verwendete Operationalisierung im DSM-III der APA fand eine sehr rasche Verbreitung. Das Prinzip der Operationalisierung

³⁴⁹ Vgl.: Schott, H., Töle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen. München. 2006. S. 338-339.

³⁵⁰ Stieglitz, R.D., Freyberger, H.J.: Psychiatrische Diagnostik und Klassifikation. IN: Berger, M. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. München. 1999. S. 33.

stammt aus der theoretischen Physik und der erkenntnistheoretischen Philosophie. Wendet man diese Form auf psychiatrische Fragestellungen an, bedeutet operational nichts anderes als, „dass die „Operation“, sozusagen der Meßvorgang, mit dem man zur Diagnose gelangt, genau festgelegt wird. Demnach ist eine Diagnose nur dann zu stellen, wenn bestimmte Einflußkriterien vorhanden, bestimmte Ausschlußkriterien nicht vorhanden und definierte Verknüpfungsregeln erfüllt sind.“³⁵¹ Ein weiterer wichtiger Schritt bei der Entwicklung neuerer Klassifikationssysteme, war die Einführung eines multiaxialen Ansatzes, der in der Psychiatrie eine lange Tradition hat. Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, forderte auch schon Kretschmer eine mehrdimensionale Diagnostik. Das Ziel der Multiaxialität ist es neben der psychiatrischen und somatischen Diagnose weitere wichtige Aspekte, wie Ätiologie, Persönlichkeit und psychosoziale Belastungen, somatische Bedingungen, intellektuelles Niveau, Entwicklungsstörungen, Verlauf, Schweregrad und Anpassungsfunktionen auf weitgehend unabhängigen Achsen berücksichtigt werden, um eine spezifischere Diagnose zu erhalten. Das System der ICD-10 enthält drei Achsen:

- 1) Psychiatrische und somatische Diagnosen
- 2) Soziale Behinderungen
- 3) Psychosoziale Belastungsfaktoren³⁵²

1987 erfolgte schließlich durch den Ansatz der Multiaxialität eine Einführung des Komorbiditätsprinzips in der psychiatrischen Systematik. Es bedeutete vereinfacht gesagt, dass nun Mehrfachdiagnosen für einen Patienten möglich waren, im Gegensatz zu den traditionellen psychiatrischen Systemen, die ihren Fokus immer auf eine Hauptdiagnose

³⁵¹ Dittmann, V.: Grundprinzipien der psychiatrischen Diagnostik und Klassifikation. IN: Neundörfer, B. u.a. (Hrsg.): Atlas der Nervenheilkunde. Neurologie und Psychiatrie in Wort und Bild. Karlsruhe. 1996. S. 282.

³⁵² Vgl: Stieglitz, R.D., Freyberger, H.J.: Psychiatrische Diagnostik und Klassifikation. IN: Berger, M. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. München. 1999. S. 38. Wie auch: Dittmann, V.: Grundprinzipien der psychiatrischen Diagnostik und Klassifikation. IN: Neundörfer, B. u.a. (Hrsg.): Atlas der Nervenheilkunde. Karlsruhe. 1996. S. 284. Peters, U.H.: Lexikon. Psychiatrie. Psychotherapie. Medizinische Psychologie. München. 2007. S. 133.

legten. Die jetzige ICD- 10 der WHO versucht nun ebenfalls, wie die DSM IV eine stärkere Präzisierung der Krankheitsbilder, unter anderem durch die 1992 eingeführten klinischen- diagnostischen Leitlinien sowie die Verwendung operationalisierter Ein- und Ausschlusskriterien. Auch wurde teilweise eine Modifikation bestimmter Krankheitskonzepte beziehungsweise neuerer klassifikatorische Unterteilungen durchgeführt, mit dem Hauptziel, dass es zu einer Übereinstimmung mit dem amerikanischen DSM-IV kommen sollte, um auf internationaler Ebene miteinander kommunizieren zu können.³⁵³ Das ICD-10 wurde somit in Deutschland am 01.01. 2000 eingeführt und hat auch 2008 seine Gültigkeit nicht verloren, obwohl man wahrscheinlich mit einer Revision rechnen muss. Das System der WHO und der APA dominieren heute die klinische Praxis und Forschung, wie man aber in diesem Kapitel sehen konnte, war der Weg zu einer einheitlichen Klassifikation lang, kontrovers und mit Irrtümern gepflastert. Es gab und gibt noch eine Reihe anderer Klassifikationssysteme, die jedoch in der heutigen Zeit keine Rolle mehr spielen.³⁵⁴

Abschließend zu diesem Kapitel wäre noch zu sagen, *„daß deskriptive Diagnostik nur einen, wenn auch wesentlichen Teil des nosologischen Verständnisses unserer Patienten umfaßt. Weitreichendere Aspekte der Psychopathologie, der Psychodynamik, wie auch der Psychophysiologie, vor allem aber die individuellen Besonderheiten des einzelnen Patienten dürfen wir dabei nicht aus den Augen verlieren.“*³⁵⁵ Der Mensch muss weiterhin im Mittelpunkt stehen und darf durch diese Klassifikationen nicht in den

³⁵³ Vgl.: Möller, H.J.: Psychiatrie. Ein Leitfadens für Klinik und Praxis. Stuttgart. 2002. S. 74-81.

³⁵⁴ Vgl.: Stieglitz, R.D., Freyberger, H.J.: Psychiatrische Diagnostik und Klassifikation. IN: Berger, M. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. München. 1999. S. 33. Siehe auch: Berner, P.: Psychiatrische Systematik. Ein Lehrbuch. Stuttgart. 1992.

³⁵⁵ Dilling, H. u.a.: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch- diagnostische Leitlinien. Bern. u.a. 2000. S. 10.

Dieses Buch eignet sich auch als Nachschlagewerk, wenn man die Einteilungen psychischer Krankheiten näher einsehen will. In dieser Arbeit wird nicht näher auf die heutigen Kategorien eingegangen, einerseits weil es den Rahmen der Arbeit übersteigen würde und andererseits wollte die Autorin lediglich die historische Entwicklung nachzeichnen, und keine medizinische Arbeit verfassen.

Hintergrund geraten. Als Werkzeug sind für die psychiatrische Klassifikation ICD und DSM hervorragende Instrumente, aber ein entscheidender Einwand kam bereits von Ernst Kretschmer, der sagte: *„Was wir an Systematik gewinnen, verlieren wir an Verständnis.“*³⁵⁶

Genau diese Befürchtungen hatte die Antipsychiatrie bereits am Anfang der 70er Jahre. Sie sah in den Klassifikationssystemen die Gefahr einer Etikettierung und Stigmatisierung der psychisch Kranken, bis hin zur sozialen Kontrolle. Aus diesem Grund beschäftigt sich der 3. Teil dieser Arbeit mit den Ideologien der Antipsychiatrie und deren Versuche, ihre Thesen zu rechtfertigen.

Der Autorin ist es wichtig Gegenströmungen aufzuzeigen, um die Komplexität dieses Themas dem Leser vor Augen zu führen, da die psychiatrische Diagnostik wie auch die entstandenen Klassifikationssysteme immer ein diskutiertes und ambivalentes Gebiet der Psychiatrie sein werden.

³⁵⁶ Zit. nach.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen. München. 2006. S. 339.

3. Teil

Der abschließend letzte Teil, beschäftigt sich mit den Thesen der Antipsychiatrie. Die Autorin wollte damit zeigen, dass es auch sehr viele kritische Stimmen in Bezug auf die Psychiatrie gab.

10 Die Antipsychiatrie

„Heute wird weithin die Auffassung vertreten, daß Menschen an einer kranken Seele oder Persönlichkeit leiden wie andere an Leber- oder Nierenkrankheiten; daß Menschen, die mit einer geistig- seelischen Krankheit geschlagen sind, psychologisch und gesellschaftlich weit weniger wert seien als der so genannte Normalmensch; und daß Geisteskranke (geisteskranke Patienten), weil sie angeblich nicht wissen können, was ihnen in ihrem eigenen Interesse am zuträglichsten ist, von der Familie oder vom Staat versorgt werden müßten, auch wenn diese Fürsorge erzwungene und widerwillig erduldet Eingriffe oder die Einkerkung in eine Nervenlinik zur Folge hat. Ich halte dieses System von ineinander verschachtelten Begriffen, Überzeugungen und Praktiken für falsch und unmoralisch [...].“³⁵⁷

Diese Worte verfasste Thomas S. Szasz, einer der Hauptfiguren der Antipsychiatrie, 1974, und prangerte das ganze System der Psychiatrie vehement an.

Die Bewegung der Antipsychiatrie ist nicht erst in den 60er und 70er Jahre entstanden, sondern hatte ihre Ursprünge bereits im 19. Jahrhundert, als sich erstmals so genannte Laienbewegungen gegen die Zustände in der Psychiatrie richteten. Es wurde versucht die verschiedensten Missstände

³⁵⁷ Szasz, T. S. : Die Fabrikation des Wahnsinns. Olten. 1974. S. 13.

gegen psychisch Kranke Menschen in Schriften zu sammeln. So wurde zum Beispiel 1909 die „*Volkstümliche Zeitschrift des Bundes für Irrenrechtsform und Irrenfürsorge*“ ins Leben gerufen. Sehr viele Zeitgenossen reagierten mit Gegenkritik und waren empört darüber, dass man solche Schriften überhaupt verbreiten durfte. Man muss aber an dieser Stelle deponieren, dass es einen Unterschied zwischen antipsychiatrischen Thesen aus dem 19. Jahrhundert und der Bewegung Antipsychiatrie, die in den 1960er Jahre initiiert wurde, gibt. Dennoch ist es schwer eine exakte Grenze zu ziehen, da sich die Motivation und die zu erreichenden Ziele oft überschneiden.³⁵⁸

Die Psychiatrie hat sich mit Sicherheit zu einem der wichtigsten Fächer innerhalb der Medizin entwickelt, aber auch zu einem der kontroversesten. Mehr als vielleicht andere Disziplinen stand und steht die Psychiatrie in einem engen Kontext mit den Problemen ihrer Zeit, wahrscheinlich liegt darin auch der Grund, dass sich die Psychiatrie in der Vergangenheit wie auch der Gegenwart immer wieder mit heftiger Kritik auseinander setzen musste. Die Bedenken oder Berührungsängste richteten sich nicht nur gegen das Fach selbst, sondern auch gegen den Psychiater und seinen Patienten. Einen ausschlaggebenden Grund vermuteten viele Zeitgenossen in Fehlinformationen, die durch die Medien in der Öffentlichkeit verbreitet wurden.³⁵⁹ Fast niemand wusste und weiß, dass ein Drittel der Schizophrenen wieder gesund werden. Wer diese Diagnose erhält, ist in der Gesellschaft vielmehr auf ewig als gefährlich oder auch behindert abgestempelt. Das Informationsdefizit, führt auch zu einer „falsch optimistischen“ Einstellung, nämlich dass nur reden oder auch nett sein genügen würde, um psychisch Kranken zu helfen oder dass Medikamente wie auch eine Psychotherapie ausreichen würden, um den

³⁵⁸ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. München. 2006. S. 206-207.

³⁵⁹ Vgl.: Rechlin, T.: Ursachen und Wirkungen der zeitgenössischen Antipsychiatrie. IN: Baer, R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998. S. 82.

Kranken zu heilen. Diese ganzen Faktoren führten zu einer Vernachlässigung der Kranken.³⁶⁰

Auch im 21. Jahrhundert findet man immer wieder negative Schlagzeilen in Bezug auf psychisch Kranke. Das Problem ist, dass sie auch heute noch allzu gern stigmatisiert und kriminalisiert werden. Durch diese negative Publicity stellten viele Menschen die Arbeit des Psychiaters, wie auch die Behandlung von psychisch kranken Menschen in Frage. Auf Grund dieser Intentionen erfuhr die Bewegung der Antipsychiatrie einen zusätzlichen Schub. Der Begriff Antipsychiatrie hatte sich in den 1960er und 1970er Jahren zu einem wahren „Schlagwort“ entwickelt. Zu den wichtigsten Vertretern dieser neuen Bewegung zählt man unter anderem den schon erwähnten Thomas Szasz (1920-), David Cooper (1931-1986), Ronald Laing (1927-1989), Franco Basaglia (1924-1980) und Jan Foudraïne³⁶¹. Diese Autoren hatten eines gemeinsam, und zwar, dass sie in der Erkrankung der Schizophrenie eine gesellschaftlich verursachte Verhaltensabweichung sahen, die erst durch die Konzipierung der psychiatrischen Diagnostik einen Krankheitscharakter bekam. Die so genannten Antipsychiater verstanden also das psychopathologische Konzept der Schizophrenie als eine Taktik, störende Personen auszugrenzen und sozusagen „mundtod“ zu machen. Durch die eben erwähnte These, ist es nur zu verständlich, dass sich die Kritik der antipsychiatrischen Bewegung vor allem gegen die Allgemeine Psychopathologie Karl Jaspers und die Klinische Psychopathologie Kurt Schneiders richtete.³⁶² *„Wir müssen das Problem der Geisteskrankheit neu fassen [...] das freilich verlangt eine radikale Revision unserer Vorstellungen von Psychopathologie und Psychotherapie [...]“*³⁶³

³⁶⁰ Vgl.: Katschnig, H; Schöny, W; Etzersdorfer, E.: Die psychiatrische Versorgung in Österreich zwischen Anspruch und Wirklichkeit. IN: Meise, U. (Hrsg.): Die Versorgung psychisch Kranker in Österreich. Eine Standortbestimmung. Wien/ NY 1991. S. 7.

³⁶¹ Anmk. Der Autorin: Kein Geburts- und Sterbejahr zu dieser Person gefunden.

³⁶² Vgl.: Rechlin, T.: Ursachen und Wirkungen der zeitgenössischen Antipsychiatrie. IN: Baer, R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998. S. 83-84.

³⁶³ Szasz, T.: Geisteskrankheit- Ein moderner Mythos. Grundzüge einer Theorie des persönlichen Verhaltens. Olten. 1972. S. 290.

Die führenden Autoren stützten ihre Thesen nicht auf eigene Untersuchungsergebnisse, sondern beriefen sich des Öfteren auf die Schriften von Karl Marx, Jean Merleau- Ponty, Jean- Paul Sartre wie auch auf zahlreiche andere Autoren. Durch diese Schriften inspiriert, sahen die Antipsychiater in der klinischen Psychiatrie nichts anderes als einen Wachapparat des Staates.³⁶⁴

Es wurde aber nicht nur die Schizophrenie als ein gesellschaftliches Konstrukt angeprangert, die Kritik richtete sich auch vehement gegen die Psychiater, weil diese den Bezug zu den Patienten verloren. Zum einen verlor die Psychiatrie durch die Oberhand der Naturwissenschaften den Bezug zu den Patienten und zum anderen veränderte auch die Verwendung von Psychopharmaka das Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Man konnte nun zwar einige psychische Krankheiten gut behandeln, aber die Ärzte wurden dadurch verleitet eine gewisse Unbekümmertheit an den Tag zu legen. Die Bedürfnisse der Patienten wurden nicht mehr mit der Sorgfalt aufgenommen, wie es davor der Fall war. Manche Ärzte verloren den Blick für das menschliche bei ihren Patienten und die psychoanalytischen Thesen wichen den naturwissenschaftlichen.³⁶⁵

Des Weiteren sahen viele Antipsychiater eine erhebliche Gefahr in den Versuchen die psychischen Krankheiten zu diagnostizieren oder in einem System zusammenzufassen. *„Psychiatrische Diagnosen sind stigmatisierende Etiketten; sie sollen an die medizinische Diagnosepraxis erinnern und werden Menschen angehängt, deren Verhalten anderer ärgert oder verletzt. [...] Genau genommen können Krankheiten nur den Körper affizieren; daher kann es keine Geisteskrankheit geben [...].“*³⁶⁶

³⁶⁴ Vgl.: Rechlin, T.: Ursachen und Wirkungen der zeitgenössischen Antipsychiatrie. IN: Baer, R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998. S. 83-84.

³⁶⁵ Vgl.: Shorter, E.: Geschichte der Psychiatrie. Berlin. 1999. S. 408-409.

³⁶⁶ Szasz, T.: Geisteskrankheit- Ein moderner Mythos. Grundzüge einer Theorie des persönlichen Verhaltens. Olten. 1972. S.294.

Einer der bedeutendsten Vertreter war mit Sicherheit Ronald Laing, dessen Werk „*Phänomenologie der Erfahrung*“ zu einer Art „Bibel“ der antipsychiatrischen Bewegung wurde. Er war es auch, der den Berufsstand der Psychiater heftig kritisierte.

*„Die Psychiater haben der Erfahrung des Patienten herzlich wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Selbst in der Psychoanalyse gibt es eine beharrliche Tendenz, die Erfahrungen Schizophrener für unwirklich und ungültig zu halten [...].“*³⁶⁷

Zudem vertrat Laing die These, dass alle schizophrenen Psychosen verstehbar sind, wie es bei hirnrorganischen Erkrankungen der Fall ist. Für ihn lag der Ursprung aller psychischen Störungen in der Entfremdung des Menschen. Wie viele andere Antipsychiater, empfand er die kapitalistische Gesellschaft als „wahnsinnig“, die für die Entstehung der Krankheiten verantwortlich sei. Mit seinen zahlreichen Überlegungen erteilte er der biologischen Psychiatrie eine klare Absage. Obwohl er von seinen eigenen Thesen sehr überzeugt war, gelang es ihm nicht, neue Behandlungsmethoden für psychisch Kranke zu entwickeln.³⁶⁸

Neben diesen zahlreichen Faktoren spielte aber auch der Zeitgeist eine entscheidende Rolle, der die antipsychiatrische Bewegung weiter anfachte. Das soziale Klima in den 60er Jahren war geprägt von Misstrauen gegenüber jeder Art von Autorität, nicht nur in der Medizin, sondern auf allen gesellschaftlichen Ebenen. Die Linke vermutete in der Psychiatrie eine Verschwörung von Marxschen Kapitaleigner, der Bourgeoisie. Die Feministinnen deklarierten den Psychiater als Prototypen des männlichen Beherrschers, dem es um nichts anderes ging, als seine patriarchalische Macht über die Frauen auszuüben. Die antipsychiatrische Bewegung wurde von wenigen Intellektuellen und Ärzten vertreten, die

³⁶⁷ Laing, R.: *Phänomenologie der Erfahrung*. Frankfurt a. M. 1969. S. 98.

³⁶⁸ Vgl.: Rechlin, T., Vliegen, J.: *Die Psychiatrie in der Kritik. Die antipsychiatrische Szene und ihre Bedeutung für die klinische Psychiatrie heute*. Berlin. u.a. 1995. S. 18-20.

eine extreme Feindseligkeit gegenüber dem Fortschritt des biologischen Denkens in der Psychiatrie hatten. Laut ihrer Hauptthese waren psychische Krankheiten ihrem Charakter nach nichts medizinisches, sondern wurden hauptsächlich von politischen, rechtlichen und sozialen Kräften getragen. Die Antipsychiatrie sah nun ihre Verantwortung darin, die psychischen Krankheiten zu dekonstruieren, weil sie von einer sozialen Gesellschaft kreiert wurden. Mit vereinfachten Worten ausgedrückt existierten keine psychischen Krankheiten, sie waren nur ein Mythos.³⁶⁹

Der Begriff von Mythos wurde unter anderem von Szasz eingeführt, da er in der Konzeption von Schizophrenie einen religiösen Mythos verstand und die „Geisteskrankheiten“ als Nachfolger des Hexenglaubens ansah.

„[...] , daß sich eine religiöse Ideologie zu einer wissenschaftlichen umbildete: Die Medizin ersetzte die Theologie, der Nervenarzt den Inquisitor und der Irre die Hexe. Somit trat eine medizinische Massenbewegung an die Stelle einer religiösen; nun verfolgte man nicht mehr Ketzer, sondern Geisteskranke.“³⁷⁰

Szasz sah in der klinischen Psychiatrie nicht geringeres als die Fortsetzung der Inquisition.³⁷¹

Er griff die Psychiatrie von allen Seiten an, und übte vor allem heftige Kritik an Charcots Hysterietheorie. Er war davon überzeugt, dass „Geisteskrankheiten“ eine Erfindung der Gesellschaft seien. *„Psychiater befassen sich nicht mit geistig- seelischen Krankheiten und ihrer Behandlung. In der tatsächlichen Praxis beschäftigen sie sich mit persönlichen, sozialen und ethischen Lebensproblemen.“³⁷²*

Ein weiterer Grund, warum die Antipsychiatrie im 20. Jahrhundert so enormen Zuwachs und Anklang erfuhr, waren die Veröffentlichungen

³⁶⁹ Vgl.: Shorter, E.: Geschichte der Psychiatrie. Berlin. 1999. S. 409-410.

³⁷⁰ Szasz, T. S. : Die Fabrikation des Wahnsinns. Olten. 1974. S. 19.

³⁷¹ Vgl.: Rechlin, T.: Ursachen und Wirkungen der zeitgenössischen Antipsychiatrie. IN: Baer, R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998. S. 90.

³⁷² Szasz, T.: Geisteskrankheit- Ein moderner Mythos. Grundzüge einer Theorie des persönlichen Verhaltens. Olten. 1972. S. 290.

einiger einflussreicher Werke. Eine Schrift, die besonderen Einfluss hatte, war die bereits erwähnte Monographie von Michel Foucault (1926-1984) *„Wahnsinn und Gesellschaft“* aus dem Jahre 1961. Auch Foucault sah in der Konstruktion von „Geisteskrankheit“ eine kulturelle und soziale Erfindung, die erstmals im 18. Jahrhundert zum tragen kam.³⁷³

In einem anderen Werk von Foucault, *„Die Macht der Psychiatrie“*, verurteilte er vor allem die Anstalten, die ihre Macht gegenüber den Patienten ausübten. Auch diese Entwicklung sah er bereits im 18. Jahrhundert. *„Ich habe versucht, die disziplinarische Basis der Anstalt ein wenig freizulegen und Ihnen zu zeigen, wie eine Art disziplinarischer Hintergrund vom 18. Jahrhundert an beginnt, die Gesellschaft zu überziehen, vor dem man eine bestimmte Anzahl spezifisch disziplinarischer Schemata erscheinen sieht, wie die Armee, die Schule, die Werkstätte usw.- [...] Die wesentliche Funktion der psychiatrischen Macht besteht darin, ein Operator der Realität zu sein, eine Art von Verstärker der Realität gegenüber dem Wahnsinn [...]“*³⁷⁴

Foucault sah vor allem in den Anstaltsdisziplinen eine Verletzung der Menschenrechte, wenn man es so bezeichnen will. Er glaubte vier entscheidende Elemente gefunden zu haben, von denen man ausging, dass sie zur Heilung beitrugen, *„nämlich einerseits die Isolierung in der Anstalt; zweitens eine gewisse Anzahl von Medikationen physischer oder physiologischer Natur [...] eine Reihe von dem Anstaltsleben eigenen Zwängen: die Disziplin, der Gehorsam gegenüber einem Reglement, eine bestimmte Ernährung, Schlafens- und Arbeitszeiten; [drittens] physische Zwangsmittel und [viertens] [...] eine Art von psychophysischer Medikation, zugleich strafend und therapeutisch, wie die Dusche, der Drehstuhl usw. Dies waren die kombinierten Elemente, die den Rahmen des Heilverfahrens festlegten, von dem man, ohne*

³⁷³ Vgl.: Shorter, E. Geschichte der Psychiatrie. Berlin. 1999. S. 410. Siehe auch: Foucault, M.: Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt a. M. 1969.

³⁷⁴ Foucault, M.: Die Macht der Psychiatrie. Vorlesung am Collège de France 1973-1974. Lagrange, J. (Hrsg.). Frankfurt a. M. 2005. S. 141. und S. 209.

sich jemals darüber eine Erklärung abzugeben oder eine Theorie zu liefern, die Heilung erwartete.³⁷⁵

Ebenso verurteilte er die Isolierung der Patienten:

„Die Theorie der Isolierung [...] war im wesentlichen beherrscht von der Verpflichtung, einen Bruch zwischen dem therapeutischen Rahmen und der Familie des Kranken, dem Milieu, in dem der Kranke sich entwickelt hatte, zu vollziehen; und dann sehen Sie, wie diese Idee entsteht, daß die Isolierung einen zusätzlichen Vorteil hat: Sie beschützt nicht nur die Familie, sondern ruft bei dem Kranken ein neues Bedürfnis hervor, das er zuvor nicht kannte, nämlich das Bedürfnis nach Freiheit. Und vor dem Hintergrund dieses derart künstlich geschaffenen Bedürfnisses kann sich das Heilverfahren entwickeln.“³⁷⁶

Die Psychiater waren von dieser Methode der Isolierung überzeugt und sahen darin ohne wirkliche Erfolge zu erzielen, die beste Art einen psychisch Kranken zu genesen. Die von Foucault gehaltene Vorlesung in den Jahren 1973 und 1974 fand bei den Studenten sehr großen Widerhall, zumal die 60er und 70er Jahre einen besonderen Zeitgeist vertraten.

Die antipsychiatrischen Bestrebungen spielten sich vor dem Hintergrund der internationalen Studentenbewegungen ab. Der damalige Zeitgeist wurde schon erwähnt, die bekannte 68er Bewegung verstand sich als eine Kritik an dem Kapitalismus. Die gesamte Gesellschaftskritik rückte das Individuum, als den Menschen in den Mittelpunkt. Die Bewegung wurde durch die Schrift von Herbert Marcuse vorbereitet. Er stand zwar in keiner direkten Verbindung zur Psychiatrie und Antipsychiatrie, hatte aber dennoch maßgeblichen Einfluss auf die 68er Studentenbewegung. Er machte sich vor allem für eine Veränderung in der Gesellschaft stark. Die

³⁷⁵ Foucault, M.: Die Macht der Psychiatrie. Vorlesung am Collège de France 1973-1974. Lagrange, J. (Hrsg.). Frankfurt a. M. 2005. S. 209- 210.

³⁷⁶ Ebd.: S. 225-226.

Menschen sollten sich von den autoritären Fesseln des Staates loslösen und sich gegen die herrschende Unterdrückung wehren.³⁷⁷

Die Anstaltspsychiater wandten sich nicht nur gegen die Systematisierung und Etikettierung der psychisch Kranken, sondern sahen auch erhebliche Missstände in den Heil- und Pflegeanstalten und den dort herrschenden menschenunwürdigen Verhältnissen. Hierbei spielte das 1961 erschienene Buch „*Asylums*“ von dem Soziologen Erving Goffmann (1922-1982) eine entscheidende Rolle. Durch ein Forschungsstipendium in den Jahren 1955 und 1956 von National Institute of Mental Health war es ihm gestattet, Feldstudien im St. Elizabeths Hospital durchzuführen. Was er dort erlebte erschütterte ihn zutiefst. Goffmann sah in diesen Anstalten totale Institution, die in sich ein geschlossenes System bildeten und zu dem die Außenwelt keine Möglichkeit hatte in Kontakt zu treten. Die Patienten wurden seiner Meinung nach entmündigt und völlig in ihren Menschenrechten beschnitten.³⁷⁸

Goffman integrierte sich völlig in den Klinikalltag, lebte mit den Patienten und vermied so gut es ging den Kontakt mit dem Personal. Er war Zeuge von „Neuankömmlingen“ und sah Menschen, die kurz vor ihrer Entlassung standen und fürchterliche Angst vor dem Leben draußen hatten. *„Die Aufnahme-prozedur kann als ein Ent- und Bekleiden gekennzeichnet werden, wobei der Mittelpunkt physische Nacktheit ist. [...] Wegnahme des Eigentums [...] Das vielleicht wichtigste dieser Besitztümer ist alles andere als physische Natur, nämlich der volle Eigenname; [...] der Verlust des Namens kann eine erhebliche Verstümmelung des Selbst darstellen.“*³⁷⁹

³⁷⁷ Vgl.: Schott, H., Töle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen. München. 2006. S. 210.

³⁷⁸ Vgl: Shorter, E. Geschichte der Psychiatrie. Berlin. 1999. S. 410-411.

³⁷⁹ Goffman, E.: *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen.* Frankfurt a. m. 1972. S. 29.

Er wurde von den Patienten geduldet, ließ sich aber in Folge seiner Forschung nicht selbst einweisen, da er sich dadurch in seiner Bewegungsfreiheit eingeschränkt gesehen hätte und dies nicht förderlich für seine Feldarbeit gewesen wäre. Immer wieder beschreibt er, welche Demütigungen die Patienten über sich ergehen lassen mussten. *„In erster Linie unterbinden oder entwerten totale Institutionen gerade diejenigen Handlungen, die in der bürgerlichen Gesellschaft die Funktion haben, dem Handelnden und seiner Umgebung zu bestätigen, daß er seine Welt einigermaßen unter Kontrolle hat- daß er ein Mensch mit Selbstbestimmung, Autonomie und Handlungsfreiheit eines Erwachsenen ist.“*³⁸⁰

Darin bestand das Problem, der Mensch war nicht mehr „Herr“ seiner Selbst und verlor jegliches Selbstbestimmungsrecht. Es erscheint geradezu verständlich, dass Menschen die jahrelang hospitalisiert wurden, große Angst vor dem Leben außerhalb der Anstalten entwickelten. *„Die Angst der Insassen formuliert sich oft in der Frage, die er sich und seinen Freunden vorlegt: Werde ich es draußen schaffen? [...] Die Bedingungen, die der Mensch in der Außenwelt bei seinen bewußten Handlungen unbewußt voraussetzen kann, sind für den Insassen eine beunruhigende Quelle der Unsicherheit. Diese Aussicht ist sicherlich demoralisierend [...] Ihrem eigenen Selbstverständnis nach dienen totale Institutionen meist der Rehabilitierung des Insassen, daß heißt der Wiedergewinnung seiner selbst- regulativen Mechanismen, die ihn nach der Entlassung instand setzen sollen, die Normen der Anstalt von sich aus einzuhalten [...] Tatsächlich wird diese behauptete Veränderung selten erreicht, und selbst dann, wenn ein Wandel eintritt, beinhaltet er oft nicht die vom Personal intendierten Veränderungen [...]“*³⁸¹

³⁸⁰ Goffman, E.: Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt a. m. 1972. S.49.

³⁸¹ Ebd. S. 74.

Andere Zeitgenossen taten es Goffman gleich und verbrachten einige Zeit in einer psychiatrischen Anstalt, um mit eigenen Augen zu erleben, was dort vor sich ging. Frank Fischer war zum Beispiel einer von ihnen.

Er war Germanist und Historiker und nicht in der medizinischen Berufsgruppe vertreten, was sicherlich von Vorteil war, da er nicht eingenommen war und Vorurteile hatte. Als er eines Tages beim Besuch eines erkrankten Bekannten in der Psychiatrie erste Eindrücke von der schlimmen Situation in der Anstalt gewonnen hatte, sammelte er dann weitere Berichte und publizierte sie zum Teil 1967 in der Zeitschrift „Zeit“. Daraufhin erhielt er eine regelrechte Flut von Briefen ehemaliger Patienten, was ihn schließlich zu dem Entschluss führte, dass er selbst das Innenleben einer Anstalt erleben wollte. Er arbeitete schließlich selbst als Hilfspfleger in verschiedenen deutschen Anstalten, um zu beobachten, zu registrieren und aufzunehmen, was sich dort ereignet.³⁸²

Frank sah in den Anstalten dasselbe wie Goffman, nämlich die totale Institution; *„Totale Institutionen sind Aufenthalts- und Arbeitsorte, an denen eine größere Anzahl von Personen in gleicher Situation, von der Gesellschaft für eine beträchtliche Zeit abgeschnitten, miteinander eingeschlossen, formal verwaltetes Leben führt. [...]“*³⁸³

Er war entsetzt über die katastrophalen Zustände, die er dort miterlebte, auch wurde er des Öfteren Zeuge von Misshandlungen, die von den Anstaltsdirektoren vehement bestritten wurden. Er sah gerade in dem geschlossenen Anstaltssystem die Situation für solche Übergriffe begünstigt. Des Weiteren ist es für den Außenstehenden auch fast unmöglich die Wahrheit herauszufinden, da das Pflegepersonal immer

³⁸²Vgl.: http://www.antiquario.de/webcgi?START=A50&AU=Fischer+Frank&TI=Irrenh%E4user+Kranke+klagen+an&DBN=AQUI&ZG_PORTAL=autor&WID=61753-7600458-10875_4 Auf dieser Seite ist eine kurze Inhaltsangabe des Buches zu finden. 5.März. 16Uhr33.

³⁸³ Fischer, F.: Irren Häuser. Kranke klagen an. München 1969. S. 41.

fest zusammenhält. Im Zweifels Fall schenkt man dem Pfleger immer mehr Glauben als dem „armen Irren.“³⁸⁴

Man richtete nicht nur schwere Vorwürfe gegen den Umgang mit psychisch Kranken, sondern auch gegen die Infrastruktur, die dort herrschte. Ernst Klee stellte in diesem Zusammenhang 1972 folgendes fest. Die meisten Anstalten wurden vor der Jahrhundertwende gebaut. Zum Teil wurden auch ausgediente Klöster, Schlösser und andere Gebäudekomplexe übernommen. Nach dem ersten Weltkrieg errichtete man keine neuen Anstalten, es gab Erweiterungen, Renovierungen, Aufblähungen. Veraltete Gebäude lassen nur schwer eine innovative Therapie zu. Es gab zu wenig Betten, die stationäre Versorgung war auch schlecht und es herrschte enormer Personalmangel. Klee verwendete den Ausdruck „Drehtürpsychiatrie“. Darunter verstand er das Phänomen, dass die meisten Patienten auf Grund dieser Faktoren, kurz nach ihrer Entlassung wieder eingewiesen werden mussten.³⁸⁵

Klee verdeutlichte seine Ansichten mit den Worten: *„Die Versorgung der Langzeitpatienten, der chronisch Kranken ist eine nationale Schande. [...] Ein Mensch, auch der psychisch Kranke, reagiert entsprechend den Vorstellungen, entsprechend den Rollenmustern, die man von ihm hat.“*³⁸⁶

Bongartz und Goeb beschreiben in ihrem Psychiatriebuch auch, wie man sich das Anstaltsleben vorzustellen hatte. Es gibt sozusagen 10 Gebote des Lebens in einer Anstalt. Diese Gebote wurden aus der Sicht der Betroffenen verfasst und in der Dortmunder Westfalenhalle anlässlich einer eindrucksvollen Feier zum Beginn des Jahres der Behinderten im Jahr 1981 vorgestellt. Diese lauten wie folgt:

- 1) Du sollst funktionieren
- 2) Du sollst Leistung erbringen

³⁸⁴ Vgl.: Fischer, F.: Irren Häuser. Kranke klagen an. München 1969. S. 79.

³⁸⁵ Vgl.: Klee, E.: Die armen Irren. Das Schicksal der seelischen Kranken. Düsseldorf. 1972. S. 16.

³⁸⁶ Ebd. S. 10. und S. 41.

- 3) Du sollst dich verwalten lassen
- 4) Du sollst dich betreuen lassen
- 5) Du sollst unselbständig sein
- 6) Du sollst geschlechtslos sein
- 7) Du sollst dich in dein Schicksal fügen
- 8) Du sollst anspruchslos sein
- 9) Du sollst untertan sein
- 10) Du sollst auch noch dankbar sein³⁸⁷

Angesichts dieser aufgelisteten Gebote beziehungsweise Verbote aus Sicht der Patienten, kann man nur erahnen, wie sich diese Menschen in solch einer Anstalt gefühlt haben mussten. Ein weiteres zu erwähnendes Buch, ist auch die Publikation von Barbara Kreiling: *„20 Jahre Leben in der Psychiatrie. Eine Frau erzählt- erinnern als integrativer Prozess.“* Darin beschreibt sie einen Leidensweg einer jungen Frau, wie sie ihre Zeit in der Psychiatrie wahrgenommen hatte. Kreiling arbeitete persönlich mit der Patientin zusammen. *„Ihrer Ansicht nach [die der erzählenden Frau] ist die mangelnde Kontinuität und das Desinteresse der Ärztinnen und Ärzte ein Grund, warum nicht klar wird, welche Krankheit sie hat. Auch der Ursprung wird für die nicht eruiert. Dieser Wunsch nach dem Wissen um ihre Krankheit und deren Ursprung impliziert für mich [die Autorin] den Wunsch nach Sicherheit und die Frage nach der Sinnhaftigkeit eines psychiatrischen Aufenthaltes [...].“³⁸⁸*

Aus dieser Textpassage lässt sich die Hilflosigkeit des Fachpersonals ablesen. Früher wie heute ist das medizinische Personal unterbesetzt und schlecht ausgebildet, was die Unsicherheit und das Gefühl des nicht „verstanden werdens“ seitens der Patienten erklären würde.

³⁸⁷ Bongartz, D; Goeb, A.: Ein Psychiatrie- Buch. Hamburg. 1981. S. 158.

³⁸⁸ Kreiling, B.: 20 Jahre Leben in der Psychiatrie. Eine Frau erzählt- erinnern als integrativer Prozess. Wien. 2002.

Franco Basaglia, ein Psychiater aus Italien stellte 1973 eine verblüffende Frage:

„Was ist Psychiatrie? Diese an sich provokative Frage will zu einer Auseinandersetzung mit den Dingen anregen. Sie entspringt dem tiefen Unbehagen, das wir verspüren, weil uns eine psychiatrische Ideologie erdrückt, die in ihrer Rolle als dogmatische Wissenschaft eingeschlossen und definiert ist-einer Wissenschaft, die an ihrem Untersuchungsgegenstand nichts weiter als dessen Verschiedenheit und Unverständlichkeit, die sich konkret in seiner sozialen Stigmatisierung äußern, festzustellen vermochte.“³⁸⁹

Basaglia wollte mit dieser Fragestellung die Menschen wachrütteln, damit man anfängt sich endlich Gedanken zu machen, was die Psychiatrie überhaupt will und wie sie den Patienten helfen kann. Er war der Ansicht, dass die Psychiatrie in ihrer jetzigen Form den Menschen mehr schadet als gut tut. Basaglia war strikt gegen Isolierung und Stigmatisierung der Kranken, wie auch die immer währenden Versuche, psychische Krankheiten einteilen zu wollen. *„Die psychiatrischen Diagnosen haben inzwischen einen kategorialen Wert erlangt, insofern nämlich, als sie eine Etikettierung, eine Stigmatisierung des Kranken darstellen, über die hinaus es keine Möglichkeit der Aktion oder Annäherung gibt.“³⁹⁰*

Basaglia sah in der Etikettierung die Gefahr, dass der Psychiater verleitet wird, den Menschen zu „übersehen“ und nicht näher auf sein soziales Leben eingeht. Viele Antipsychiater warfen deshalb ihren Kollegen Gleichgültigkeit gegenüber den Patienten vor. Zu kurze persönliche Gespräche und die Verabreichung von Medikamenten, führten schließlich zu einer Kluft zwischen Arzt und Patient. Basaglia forderte mehr Einfühlungsvermögen und die Bereitschaft der Ärzteschaft ihren Patienten zu zuhören. *„Wenn tatsächlich der Kranke die einzige Realität ist, auf die wir uns zu beziehen haben, dann müssen wir uns gerade mit beiden Seiten dieser Realität befassen: mit der, daß er ein Kranker mit einer (dialektischen und ideologischen) psychopathologischen Problematik ist, und mit der anderen, daß*

³⁸⁹ Basaglia, F.: Was ist Psychiatrie. Frankfurt a. M. 1974. S. 7.

³⁹⁰ Ebd. S. 7.

*er ein Ausgeschlossener ist, ein gesellschaftlicher Gebrandmarkter. Eine Gemeinschaft, die therapeutisch sein will, muß sich diese doppelte Realität-Krankheit und Brandmarkung – vor Augen halten, um nach und nach die Gestalt des Kranken so rekonstruieren zu können, wie sie gewesen sein mußte, bevor die Gesellschaft mit ihren zahlreichen Schritten der Ausschließung und der von ihr erfundenen Anstalt mit ihrer negativen Gewalt auf ihn einwirkte.*³⁹¹

Basaglia war es auch der die dringenden Reformen in Italien durchsetzte. Er wandte sich gegen den repressiven Anstaltsstil, denn er war davon überzeugt, dass erst die Anstalt die Krankheiten produziere. Des Weiteren verurteilte er die oft abwertende Ausdrucksweise der Psychiater und trat entschieden gegen die Einbindung der psychiatrischen Versorgung in das Wirtschaftssystem ein. Das Ziel was er verfolgte, war nicht eine Erneuerung der Anstalten, sondern deren komplette Abschaffung. Basaglia richtete in den 70er Jahren psychiatrische Stationen in Allgemeinkrankenhäusern ein, mit einer streng limitierten Bettenzahl. Zudem setzte er sich vehement für die Errichtung von gemeindepsychiatrischen Zentren ein. Eine seiner wichtigsten Forderungen war die Gleichsetzung von psychischen- mit körperlichen Krankheiten. Die Psychiatriereform hatte nicht den Effekt den sich Basaglia erhofft hatte. Eine nationale Gesundheitsbehörde in Rom stellte fest, dass die italienische Psychiatrie ungeachtet ihrer Radikalität, die Reformen weder rascher noch besser, als im Vergleich zu anderen europäischen Ländern durchsetzen konnte. Obwohl Basaglia nicht alle Reformen umsetzen konnte, hat er für die Weiterentwicklung einer humaneren Psychiatrie wichtige Impulse gesetzt.³⁹²

Auch Cooper kam zu dem Schluss, dass die Anstalt für die Entstehung von Krankheiten verantwortlich gemacht werden müsste. Ein besonderes Problem, das er ansprach, war die herrschende Gewalt in solchen Institutionen.

³⁹¹ Basaglia, F.: Was ist Psychiatrie. Frankfurt a. M. 1974. S. 15.

³⁹² Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen. München. 2006. S. 309-310.

„Den Kern des Problems bildet die Gewalt. Doch die Art von Gewalt [...] hat wenig mit Leuten zu tun, die einander mit dem Hammer auf den Kopf schlagen [...] Wenn man von Gewalt in der Psychiatrie reden soll, dann von der himmelschreienden, sich selbst als solche laut und vernehmlich proklamierenden Gewalt, der subtilen, sich windenden Gewalt, die andere, die <Gesunden>, den abgestempelten Verrückten antun. Insoweit die Psychiatrie die wirklichen oder vorgeblichen Interessen der Gesunden vertritt, ist Gewalt in der Psychiatrie in hervorragendem Maße die Gewalt der Psychiatrie.“³⁹³

Auf Grund der These, dass Menschen in einer Anstalt nicht gesund werden konnten, schuf er gemeinsam mit Laing eine Modelleinrichtung in der Kingsley Hall in London. In den Jahren 1965-1969 wurden in dieser Organisation Menschen mit Psychosen und leichteren psychischen Störungen in so genannten „households“ untergebracht. Es kamen weder Psychopharmaka noch andere Formen von psychiatrischen Therapien zum Einsatz, da man glaubte, dass allein ein ungestörtes Leben eine Genesung hervorbringen würde. Einen ähnlichen Versuch unternahm Cooper allein, mit der berühmten Station 21. Er musste aber nach kurzer Zeit kapitulieren, da das liberale Modell aus den Fugen geriet. Es brach Chaos unter den Patienten aus, das Pflegepersonal war mit der Situation überfordert und von einer Behandlung konnte keine Rede mehr sein. Nach diesem Scheitern kehrte Cooper seiner Institution den Rücken und bald darauf auch England. Auch andere Psychiater, die es Cooper und Laing gleichmachen wollten, scheiterten mit ihren Versuchen. In Deutschland zum Beispiel, kam das Problem noch hinzu, dass die antipsychiatrischen Thesen eher politisch, das heißt marxistisch ausgelegt waren, als therapeutisch. Einer der bekanntesten Vereinigungen war das sozialistische Patientenkollektiv der Heidelberger Universitätsklinik. Die Initiatoren wurden mit der gewalttätigen Roten Armee Fraktion in Verbindung gebracht. Nach einigen Jahren lösten sich die Aktionen auf,

³⁹³ Copper, D.: Psychiatrie und Anti- Psychiatrie. Frankfurt a. M. 1971. S. 27.

wegen dem enormen Druck der staatlichen Behörden und der negativen Haltung der Öffentlichkeit gegenüber den „Anhängern“ der Terroristen.³⁹⁴

Trotz diverser Fehlschläge im antipsychiatrischen Diskurs, blieben die Hauptvertreter ihren Theorien treu. Letztlich gesehen, richtete sich ihre Kritik gegen das psychische Kranksein im Allgemeinen. Die Idee war *„Psychose sei nicht Krankheit einer Person, sondern Prozess von Fehlentwicklungen sozialer Gruppen einschließlich der Familien. Die gesellschaftlichen Verhältnisse, zu denen auch die psychiatrischen Hospitäler gehörten, seien die Ursache dessen, was man Psychose nenne. Psychische Krankheit, insbesondere Schizophrenie, sei ein Produkt sozialer Prozesse. So wurde in der antipsychiatrischen Zeit Schizophrenie zur alltagssprachlichen Metapher für Widersprüchliches, Missliches und Unbewältigtes in der Gesellschaft.“*³⁹⁵

Wie schon erwähnt, vermutete Szasz in den psychischen Krankheiten einen Mythos, und sah darin eine andere Auslegung der Hexenverfolgung. Cooper konnte der Schizophrenie ebenso nichts abgewinnen.

*„Wenn Schizophrenie überhaupt etwas bedeutet, dann ist sie eine mehr oder weniger charakteristische Art gestörten Gruppenverhaltens. Es gibt keine Schizophrenen. Die übliche Abstraktion eines Kranken von dem Bezugssystem, in dem er gefangen ist, verzerrt das Problem unverzüglich und öffnet der Erfindung von Pseudoproblemen Tür und Tor, die dann ganz ernsthaft kausal klassifiziert und analysiert werden- alle wirklichen Probleme sind unbemerkt [...]“*³⁹⁶

Trotz dieser radikalen Theorien, hielt die antipsychiatrische Bewegung kaum zehn Jahre an. Sie gehört inzwischen zur Geschichte der

³⁹⁴ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren. Irrwege. Behandlungsformen. München. 2006. S. 212.

³⁹⁵ Ebd. S. 211.

³⁹⁶ Copper, D.: Psychiatrie und Anti- Psychiatrie. Frankfurt a. M. 1971. S. 43. Siehe auch Cooper, D; Foucault, M; De Sade, M. u.a.: Der eingekreiste Wahnsinn. Frankfurt a. M. 1979.

Psychiatrie. Letztlich kann man behaupten, dass die Antipsychiatrie sicherlich mehr theoretisch als praktisch ausgelegt war, mehr Theorien verfasste, als umsetzte und zu dem mehr politisch als therapeutisch agierte. Dennoch hat diese Bewegung ihre Spuren in der Psychiatrie der nachstehenden Jahrzehnte hinterlassen. Die Radikalität und die Entschlossenheit der Antipsychiatrie trug ohne Zweifel dazu bei, dass neue Impulse hervorgerufen und Versorgungsreformen ins Leben gerufen wurden, auch wenn die Hauptthesen nicht übernommen wurden. Die Psychiatrie erwies sich in den folgenden Jahren keineswegs als eine überflüssige Disziplin innerhalb der Medizin, wohl aber als reformbedürftig und veränderungsfähig.³⁹⁷

Kritische Stimmen gegen die Psychiatrie sind auch in der heutigen Zeit nicht ganz verstummt. Einer, der vor allem in Deutschland tätig ist, ist der Diplompädagoge Peter Lehmann (1950-). Er machte sich unter anderem als Autor, Verleger und Versandbuchhändler in Berlin einen Namen. 1989 wurde er Gründungsmitglied des „Vereins zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt“, der der Trägerverein des „Weglaufhauses Berlin“ ist.³⁹⁸ Das „Weglaufhaus Berlin“, versteht sich als ein „antipsychiatrisch orientiertes Wohnprojekt im Norden Berlins. Es bietet wohnungslosen oder akut von Wohnungslosigkeit [betroffenen] Menschen die Möglichkeit, sich dem psychiatrischen System zu entziehen und ihr Leben wieder in die eigenen Hände zu nehmen. Wie der Träger und Initiator des Projekts, der Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e.V., wird auch das Weglaufhaus von Betroffenen kontrolliert.“³⁹⁹

Inwieweit dieses Projekt den Patienten und deren Angehörigen wirklich helfen soll, sei dahingestellt und soll in dieser Arbeit nicht näher beleuchtet

³⁹⁷ Vgl.: Schott, H., Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie. München. 2006. S. 213.

³⁹⁸ Vgl.: <http://www.peter-lehmann.de> 17.März 16Uhr50.

³⁹⁹ <http://www.weglaufhaus.de/weglaufhaus/index.html> 17.März. 16Uhr58.

Siehe zu Antipsychiatrie auch: Obiols, J.: Antipsychiatrie. Das neue Verständnis psychischer Krankheit. Hamburg. 1978.

werden. Der kurze Einwurf sollte lediglich verdeutlichen, dass es immer noch Vertreter von antipsychiatrischen Thesen gibt, obwohl sich diese durch die Erfahrung aus der Geschichte zum größten Teil als falsch erwiesen haben.

11 Schlussbemerkung

„ Was als normal oder abnorm anzusehen ist, wird umso fragwürdiger, je mehr wir vom Menschen wissen. Wo die Grenzen zum Krankhaften zu ziehen sind, entzieht sich eindeutiger Definition. Abnormalität ist nur annähernd zu bestimmen. Medizinische Begriffe stellen den versuch dar, Phänomene umschreibend zu erfassen. Man darf sie nicht als eindeutige Definition, als endgültige Festlegung missverstehen. Mit Ausnahme organisch nachweisbare Veränderungen (z.B. Verletzungen, abnorme Wachstumsvorgänge im Gehirn) oder Vergiftungen (z.B. durch Alkohol: Delirium tremens) lassen sich anatomische oder physiologische Ursachen von Geisteskrankheiten bisher nicht nachweisen. Jahrzehntelang versuchten die Mediziner vergeblich, als Ursachen von Psychosen (Geisteskrankheiten) Hirnschädigungen oder Stoffwechselanomalien herauszufinden. Die Vergeblichkeit dieser Bemühungen führte die moderne Psychiatrie dazu, unter Einfluss der Freudschen Psychoanalyse und der Sozialpsychiatrie, der krankheitsbeeinflussenden (oder gar- auslösenden?) sozialen Umgebung mehr Beachtung zu schenken.⁴⁰⁰

Welche Schlussfolgerungen kann man nun aus der Geschichte der Psychiatrie ziehen.

In der Antike gab es bereits wichtige Erkenntnisse in Bezug auf „Geisteskrankheiten“. Sie wurden als solches zwar noch nicht deklariert oder wahrgenommen, Hippokrates erkannte aber in der „*Heiligen Krankheit*“, der Epilepsie, bereits somatische Ursachen. Es gibt keine stichhaltigen Beweise, warum dieses Wissen im Mittelalter verloren gegangen ist und die psychisch Kranken von da an, wieder als von Dämonen besessene Individuen angesehen wurden. In dieser Epoche mussten diese Menschen unerträgliche Qualen über sich ergehen lassen.

⁴⁰⁰ Klee, E.: Die armen Irren. Das Schicksal der seelischen Kranken. Düsseldorf. 1972. S. 9.

Diese Brutalität setzte sich im 17. Jahrhundert fort. Die Folge war, dass sie eingesperrt, verwahrt und isoliert wurden. Dieser Trend erfasste so gut wie alle europäischen Länder in dieser Zeit.

Ein wenig Hoffnung kam im 18. Jahrhundert auf, wo der Zeitgeist der Aufklärung zum Tragen kam. Philanthropie und Humanität standen ab diesem Zeitpunkt im Mittelpunkt. Der wichtigste Schritt, der diesbezüglich gemacht wurde, war, dass die Psychiatrie nun endlich eine eigene Wissenschaft wurde und sich von der allgemeinen Medizin abspaltete. Dieser Zustand ermöglichte es, den Patienten mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Es wurden zahlreiche Anstalten gegründet und man versuchte Therapiemöglichkeiten zu finden. Wer glaubt, dass es den psychisch Kranken ab diesem Zeitpunkt besser ergangen ist, der irrt. Es wurden menschenverachtende Therapien „ausprobiert“; von Hungerkuren bis hin zu den verschiedensten Schockbehandlungen.

Dann im 19. Jahrhundert, *„hatte sich die Erkenntnis durchgerungen, daß psychisch Kranke eben Kranke seien, und nicht von bösen Dämonen oder von bösen Leidenschaften Besessene, daß ihnen die Gesellschaft wie körperlich Kranken, Behandlung und Pflege schulde, daß sie nicht mehr ausgestoßen, in Käfige gesperrt und mißhandelt werden dürften“*⁴⁰¹

Auch waren es deutsche Psychiater, von denen zahlreiche wichtige Erkenntnisse kamen. Vor allem wurde Wilhelm Griesinger zu einer der Hauptfiguren der deutschen Psychiatrie.

Obwohl Deutschland im 19. Jahrhundert die führende Rolle in der Psychiatrie innehatte, ging man in Österreich seine eigenen Wege.

Angefangen durch die Errichtung des Narrenturms in Wien 1784, einer der ersten Spezialinstitute Europas für „Geisteskranke“. Immer wieder kamen

⁴⁰¹ Bleuler, M.: Das psychiatrische Krankenhaus in der Gesellschaft von heute. Festvortrag zur Eröffnung des Landes- Nervenkrankenhauses Valduna am 6. Juli 1974. IN: Monfort. Vierteljahresschrift für Geschichte und Gegenwartskunde Vorarlbergs. 26. Jahrg. Heft. 2. Vorarlberg. 1974. S. 268.

von Österreich auch zahlreiche Innovationen, in Bezug auf eine adäquatere Behandlung von psychisch kranken Menschen. Theodor Meynert ist zum Beispiel die Zytoarchitektonik zu verdanken und dass die Histopathologie in dieser Zeit einen enormen Aufschwung erhielt. Eine weitere wichtige Persönlichkeit, ist ohne Zweifel Julius Wagner Jauregg, der durch seine Fieberkur im Stande war, Menschen mit progressiver Paralyse zu heilen. Eine völlig andere Richtung schlug Sigmund Freud ein, der mit seiner Psychoanalyse „Medizingeschichte“ schrieb.

Trotz der vielen positiven Entwicklungen in der Psychiatrie ab dem 19. Jahrhundert, erlebte dieses medizinische Fach in der Zeit des Nationalsozialismus einen herben Rückschlag. Unzählige psychisch Kranke und geistig Behinderte fanden in dieser Zeit den Tod, auch zahlreiche Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten überlebten den Nationalsozialismus nicht. In der Nachkriegszeit musste sich das Fach mit Vorurteilen und heftigen Kritiken auseinandersetzen. Noch im 21. Jahrhundert ist dieses „dunkle“ Kapitel der Medizingeschichte nicht völlig aufgearbeitet. Mitunter sicherlich auch ein Grund, warum viele Menschen der Psychiatrie skeptisch gegenüberstehen.

Nachdem die ersten Schrecken des zweiten Weltkrieges überwunden waren, folgte die zweite biologische Psychiatrie mit der Einführung der Psychopharmaka in den 1950er Jahren. Ein nie da gewesener Optimismus machte sich unter den Psychiatern breit. Man war nun endlich in der Lage, Menschen mit einer psychischen Erkrankung entsprechend zu helfen. Dass diese Medikamente den Patienten Besserung verschafften, wird fast niemand heute in Frage stellen, dennoch verlor der Psychiater die Aufmerksamkeit für den Menschen. In den 1970er Jahren führte man eine weit reichende Psychiatrie Enquête in Deutschland durch, die ans Licht brachte, wie schlecht es eigentlich um die Situation der psychisch Kranken bestellt war. Die Folgen waren, dass zahlreiche

Reformen in fast allen europäischen Ländern ins Leben gerufen wurden, die zum Teil noch heute nicht ganz abgeschlossen sind.

Der zweite der Teil der Diplomarbeit beschäftigte sich mit der historischen Entwicklung einer psychiatrischen Systematik. Man kann von den veränderten Klassifikationssystemen die unterschiedlichen Vorstellungen über die jeweiligen psychischen Krankheiten ablesen, die man in der besagten Zeit hatte.

Auch bei der Systematik erkennt man, dass bereits in der Antike entscheidende Impulse gesetzt wurden. Manie und Melancholie sind Termini, die im heutigen Sprachgebrauch noch durchaus gebräuchlich sind. Der zweite Teil der Arbeit beschreibt den „steinigen“ und mit vielen Irrtümern gepflasterten Weg, bis hin zu der heutigen Einteilung der psychischen Krankheiten durch ICD-10 und DSM- IV.

Trotz des Erfolges, zwei internationale anerkannte Systeme gefunden zu haben, gab es sehr viele kritische Stimmen seitens der Antipsychiatrie, die ihren Ursprung bereits im 19. Jahrhundert hatte.

Es wurde vor allem das Konzept der Schizophrenie angeprangert und psychische Krankheiten als Mythos abgestempelt. Obwohl sich die meisten Thesen der Antipsychiatrie nicht gehalten haben, hatte sie durchaus einen positiven Einfluss auf die Weiterentwicklung der Psychiatrie. Mit dem Aufkommen dieser neuen Strömung wurde gezeigt, dass die Psychiatrie reformbedürftig, aber durchaus veränderungsfähig ist.

Wie man in der Einleitung liest, hat sich der jüngste Skandal erst im Dezember 2007 in einem Spital ereignet. Noch immer werden Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung stigmatisiert, obwohl uns die Geschichte eines besseren belehren sollte. Der Durchschnittsbürger reagiert auf verbale Stimuli wie „geisteskrank“, „irre“, „nervenkrank“,

„Heilanstalt“ und so weiter ablehnend, vorurteilsvoll, aggressiv, abstoßend, einer mehr die anderen weniger.⁴⁰²

„Noch immer stellen sich die allermeisten Menschen einen Geisteskranken als tobend, schreiend, brüllend und mit aufgelösten Haaren und weit aufgerissenen, hervorquellenden Augen gegen seine Peiniger losgehend vor. Viele glauben, daß man jedem Geisteskranken die Krankheit an den Augen ansehe; man glaubt, daß alle unsere Kranken mit verstörtem, irrem, verlorenem Blick vor sich hinstarren. [...]“⁴⁰³

Diese Textpassage stammt aus dem Jahre 1925, dennoch geht die Autorin von der Annahme aus, dass sich bis heute an den Vorstellungen nicht viel verändert hat.

Diese Termini sind aber im 21. Jahrhundert obsolet. Es ist unbedingt notwendig, Aufklärungsarbeit in Bezug auf diese Thematik zu betreiben, denn die öffentliche Meinung der Gesellschaft, hat seit jeher einen starken Einfluss auf den Umgang mit psychisch Kranken und die dafür zu schaffenden Institutionen. Die Einstellung zum psychisch Kranken kann nicht von der Einstellung zur Institution getrennt werden. Im Laufe der Geschichte unterlag die Meinung der Öffentlichkeit immer wieder einem starken Wandel.⁴⁰⁴ Im 21. Jahrhundert muss man aber nun endlich angekommen sein und erkennen, dass psychisch erkrankte Menschen den somatisch Erkrankten gleichzustellen sind.

Erst wenn die Öffentlichkeit anfängt, die abwertenden Termini zu verbannen, Verständnis und Mitgefühl aufbringt und sich frei macht von Vorurteilen, wird die Psychiatrie in der Lage sein, zu helfen und zu heilen. Wir allen können unseren Beitrag leisten, in dem wir den Humanitätsgedanken wieder in die Gesellschaft einführen!

⁴⁰² Vgl.: Sack, F.: Die verhinderte Öffentlichkeit und ihre Funktionen. IN: Lauter, H., Ernst-Meyer, J. (Hrsg.): Der psychisch Kranke und die Gesellschaft. Tagung der Evangelischen Akademie Loccum. Oktober. 1970. Stuttgart. 1971. S. 55.

⁴⁰³ Schulhof, F.: Im Dienste der Geisteskranken. Eine Darstellung des Lebens, der Ereignisse, des Betriebes in Irrenanstalten. Wien/Leipzig. 1925. S. 11.

⁴⁰⁴ Müller, C.: Wer hat die Geisteskranken von den Ketten befreit? Skizzen zur Psychiatriegeschichte. Bonn. 1998. S. 60.

12 Verzeichnisse

12.1 Literatur

12.1.1 Monographien

- Ackerknecht, Erwin: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart. 1967.
- Al-Dubayan, Ahmad M.: Über die Anatomie der Nerven. Originalschrift und alexandrinisches Kompendium in arabischer Überlieferung. Berlin. 2000.
- Alexander, Franz G., Selesnick, Sheldon, T.: Geschichte der Psychiatrie. Ein kritischer Abriss der psychiatrischen Theorie und Praxis von der Frühgeschichte bis zur Gegenwart. Zürich. 1969.
- Dieselben: The history of psychiatry. An evaluation of psychiatric thought and practice from Prehistoric times to the present. New York. 1966.
- Arns, W., Jochheim, K., Remschmidt, H.: Neurologie und Psychiatrie für Krankenpflegeberufe mit 186 Prüfungsfragen. Stuttgart. 1983.
- Arolt, Volker: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin. 2004.
- Baer, Rolf: Von den Anfängen der modernen Psychopharmakologie. IN: Baer, R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998.
- Ders.: Die Entwicklung einer psychiatrischen Systematik. IN: Baer, R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998.
- Ders.: Die Entstehung der Schizophreniekonzepte. IN: Baer, R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998.
- Ders.: Die Abgrenzung organischer Psychosen. IN: Baer, R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998.

- Basaglia, Franco: Was ist Psychiatrie. Frankfurt a. M. 1974.
- Baßler, Wolfgang: Psychiatrie des Elends oder das Elend der Psychiatrie. Karl Jaspers und sein Beitrag zur Methodenfrage in der klinischen Psychologie und Psychopathologie. Würzburg. 1990.
- Battie, William, Monro, J., Hunter, R.: A treatise of madness by William Battie. And Remarks on Dr. Battie's treatise on madness. Psychichiatric monograph series. 3. London. 1962.
- Bay, Ellen: Islamische Krankenhäuser im Mittelalter unter besonderer Berücksichtigung der Psychiatrie. Düsseldorf. 1967.
- Benkert, Otto; Hippius, Hanns: Psychiatrische Pharmakotherapie. Berlin. u.a. 1992.
- Berner, Peter uvm.: Zur Geschichte der Psychiatrie in Wien. Wien. 1983.
- Binding, Karl: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Von Karl Binding und Alfred Hoche. Leipzig. 1920.
- Blasius, Dirk: Deutsche Erinnerung. Wegstrecken der Psychiatriegeschichte. IN: Wollschläger, M. (Hrsg.): Sozialpsychiatrie. Entwicklungen. Kontroversen. Perspektiven. Tübingen. 2001.
- Ders.: Umgang mit Unheilbaren. Studien zur Sozialgeschichte der Psychiatrie. Bonn.1986.
- Ders.: Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses. F.a.M.1980.
- Bleuler, Eugen: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin. 1955.
- Bleuler, Manfred: Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Stuttgart. 1972.
- Bohnsack, Hanno: Einführung in die Psychiatrie. Stuttgart. 1991.
- Bongartz, Dieter; Goeb, Alexander: Irrwege. Ein Psychiatrie-Buch. Hamburg. 1981.
- Boor, Wolfgang de: Psychiatrische Systematik. Ihre Entwicklung in Deutschland seit Kahlbaum. Berlin. 1954.

- Breuer, Josef: Studien über Hysterie. Von Jos. Breuer u. Sigm. Freud. Leipzig/Wien. 1895.
- Bumke, Oswald: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. München. 1942.
- Copper, David: Psychiatrie und Anti- Psychiatrie. Frankfurt a. M. 1971.
- Cooper, David, Foucault, Michel; De Sade, Marquis u.a.: Der eingekreiste Wahnsinn. Frankfurt a. M. 1979.
- Dilling, Horst u.a.: Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern/ Göttingen u.a. 2000.
- Dittmann, V.: Grundprinzipien der psychiatrischen Diagnostik und Klassifikation. IN: Neundörfer, Bernhard u.a. (Hrsg.): Atlas der Nervenheilkunde. Neurologie und Psychiatrie in Wort und Bild. Karlsruhe. 1996.
- Duden.: Der kleine Duden. Fremdwörter. Mannheim u.a. 2004.
- Döcker, Ulrike: Vom Narren zum psychiatrischen Patienten. Eine Institutionalisierungsgeschichte des Wahnsinns in Österreich. Wien. 1985.
- Dörner, Klaus: Irren ist menschlich. Lehrbuch Psychiatrie/Psychotherapie. Hannover. 1984.
- Ders.: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/ Psychotherapie. Bonn. 2002.
- Ders.: Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt a. M. 1969.
- Ders.: Der Krieg gegen den psychisch Kranken. Nach „Holocaust“: Erkennen- Trauern- Begegnen. Rehberg. 1980.
- Dührssen, Annemarie: Ein Jahrhundert psychoanalytische Bewegung in Deutschland. Die Psychotherapie unter dem Einfluss Freuds. Göttingen. 1994.
- Eckart, Wolfgang U.: Ärzte Lexikon. Heidelberg. 2006.
- Ellenberger, Henry F.: Die Entdeckung des Unbewussten. Bd. 2. Bern. 1973.

- Engelhardt, Dietrich von : Reizmangel und Überregung als Weltformel der Medizin. Brownianismus und romantische Naturphilosophie. IN: Schott, Heinz (Hrsg.): Meilensteine der Medizin. Dortmund. 1996.
- Ders.: Biographische Enzyklopädie deutschsprachiger Mediziner. München. 2002.
- Esser, Wilhelm: Philippe Pinel. Leben und Werk. Düsseldorf. 1938.
- Esquirol, Jean Étienne, Dominique: Des maladies mentales. Bd.1-3. 1938.
- Esquirol, Jean Étienne, Dominique; Hille, Karl C.: Esquirol's allgemeine und spezielle Pathologie und Therapie der Seelenstörungen. Leipzig. 1827.
- Feuchtersleben, Ernst von: Zur Diätetik der Seele. Nebst ausgewählten Aphorismen. Berlin. 1848.
- Ders.: Lehrbuch der ärztlichen Seelenkunde. Als Skizze zu Vorträgen. Wien. 1845.
- Fischer, Frank: Irren Häuser. Kranke klagen an. München 1969.
- Foucault, Michel: Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahnsinns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt am Main. 1995.
- Ders.: Die Macht der Psychiatrie. Vorlesung am Collège de France 1973-1974. Lagrange, J. (Hrsg.). Frankfurt a. M. 2005.
- Freud, Sigmund: Das Unbehagen in der Kultur. Wien. 1930.
- Freud, Ernst. L.: Sigmund Freud. Sein Leben in Bildern und Texten. Frankfurt a. M. 1976.
- Gabriel, Eberhard: Psychiatrie in Wien um die Jahrhundertwende. Vortrag in der finnischen Gesellschaft für Medizingeschichte in Helsinki am 12 Juni 1990.

- Ders.: Zur Geschichte der Psychiatrie in Österreich. IN: Gründungsmatinee. Zum Welttag der mentalen Gesundheit 3. April. 2001. Wien/ Naturhistorisches Museum. 2001.
- Goffman, Erving: Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt a. m. 1972
- Griesinger, Wilhelm: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Für Aerzte und Studirende. Stuttgart. 1871.
- Gröger, Helmut: Die Wiener Psychiatrie in ihrer Entwicklung. IN: Kunst des Heilens. Aus der Geschichte der Medizin und Pharmazie. Niederösterreichische Landesausstellung 1991. Katalog des NÖ Landesmuseums. Neuere Folge Nr. 276. Wien. 1991.
- Gruhle, Hans: Allgemeine Psychiatrie. IN: Gruhle, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Nerven und Geisteskrankheiten. Halle a. S. 1952.
- Heinroth, Jacobi C.A.: Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens und ihre Behandlung. Von rationalem Standpunkt aus entworfen. Leipzig. 1818.
- Hell, Daniel u.a.: Eugen Bleuler. Leben und Werk. Bern. 2001.
- Hirschmüller, Albrecht: Freuds Begegnungen mit der Psychiatrie. Von der Hirnmythologie zur Neurosenlehre. Tübingen. 1991.
- Ders.: Physiologie und Psychoanalyse in Leben und Werk Josef Breuers. IN: Jahrbuch der Psychoanalyse Beiheft. 4. Bern. 1978.
- Hippocrates: Gedanken ärztlicher Ethik aus dem Corpus Hippocraticum. Amsterdam. 1942.
- Ders.: Der wahre Arzt. Übertragen von Wilhelm Capelle. Zürich. 1959.
- Holub, Edmund: N.Oe. Landes- Heil- und Pflegeanstalt für Geistes und Nervenranke „am Steinhof“ in Wien, XIII. IN: Schlöss, Heinrich (Hrsg): Die Irrenpflege in Österreich in Wort und Bild. Halle a. d. S. 1912.
- Holzer, Wolfgang: Therapie der Nerven und Geisteskrankheiten. Wien. 1951.

- Jaspers, Karl: Allgemeine Psychopathologie. Berlin. 1948.
- Jetter, Dieter: Der Humanitätsgedanke in der Psychiatrie. IN: Tropon (Hrsg.): Das ärztliche Gespräch. Bd. 12. Köln. 1970.
- Katschnig, Heinz; Schöny, W; Etzersdorfer, E.: Die psychiatrische Versorgung in Österreich zwischen Anspruch und Wirklichkeit. IN: Meise, Ullrich (Hrsg.): Die Versorgung psychisch Kranker in Österreich. Eine Standortbestimmung. Wien/ NY 1991.
- Katzenstein, Rafael: Karl Ludwig Kahlbaum und sein Beitrag zur Entwicklung der Psychiatrie. Zürich. 1963.
- Klee, Ernst: „Euthanasie“ im NS-Staat. Frankfurt 1983.
- Ders.: Die armen Irren. Das Schicksal der seelischen Kranken. Düsseldorf. 1972.
- Klug, Jürgen: Psychiatrische Diagnosen. Einflussfaktoren auf die Stabilität im zeitlichen Verlauf. Basel. 1983.
- Klux, Martina: Normalität und Wahnsinn. Wien. 2006.
- Kolle, Kurt: Einführung in die Psychiatrie. Stuttgart. 1960.
- Ders.: Verrückt oder Normal? Psychiatrie in Wissenschaft und Praxis. Stuttgart. 1968.
- Köhle, Jasmin: Der Narrenturm in Wien oder das Paradigma des Wahnsinns. Wien. 1991.
- Kraepelin, Emil.: Hundert Jahre Psychiatrie. Ein Beitrag zur Geschichte der menschlichen Gesittung. Berlin. 1918.
- Ders.: Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Aerzte. Leipzig. 1889.
- Kreilinger, Barbara: 20 Jahre Leben in der Psychiatrie. Eine Frau erzählt- erinnern als integrativer Prozess. Wien. 2002.

- Kramer, Heinrich: Nürnberger Hexenhammer 1491. Jerouschek, Günther (Hrsg.): Mit Vorwort. Transkription des deutschen Textes und Glossar. (Faks. der Handschrift von 1491 aus dem Staatsarchiv Nürnberg). Hildesheim. 1992.
- Krafft-Ebing, Richard v.: Lehrbuch der Psychiatrie. Auf klinischer Grundlage für praktische Ärzte und Studierende. Korsigk, E. (Hrsg.) mit Vorwort. Saarbrücken. 2007.
- Ders.: Psychopathia Sexualis.1886.
- Kutzer, M.: „Psychiker“ als „Somatiker“- „Somatiker“ als „Psychiker“. Zur Frager der Gültigkeit psychiatriehistorischer Kategorien. IN: Engstrom, Eric; J.; Roelcke, Volker (Hrsg.): Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum. Medizinische Forschung. Bd. 13. Mainz. 2003.
- Laing, Ronald, D.: Phänomenologie der Erfahrung. Frankfurt a. M. 1969.
- Lederer, H.J.: Von Aderlässen, Brechkuren und Sturzbäder zur Pharmako- Psycho- und Sozialtherapie am Ende des 20. Jahrhunderts. (Internetquelle)
- Leibbrand, Werner; Wettley, Annemarie: Der Wahnsinn. Geschichte der abendländischen Psychopathologie. Freiburg. 1961.
- Luderer, Hans J.: Zur Geschichte des Wahnbegriffs in der Psychiatrie. IN: Kaufmann, Matthias (Hrsg.): Wahn und Wirklichkeit. Multiple Realitäten. Der Streit und ein Fundament der Erkenntnis. Treffpunkt Philosophie. Bd. 3. Frankfurt a. M. 2003.
- Marneros, Andreas: Das Wort Psychiatrie... wurde in Halle geboren. Von den Anfängen der deutschen Psychiatrie. Stuttgart. 2005.
- Meise, Ulrich; Hafner, F; Hinterhuber, H.: Die Versorgung psychisch Kranker in Österreich. Eine Standortbestimmung. Wien/NY. 1991.
- Melzer, Michael: Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Österreich zwischen 1965-1984. Wien.1990.
- Meynert, Theodor: Sammlung von populär- wissenschaftlichen Vorträgen über den Bau und die Leistungen des Gehirns. Wien. 1892.

- Mitscherlich, Alexander: Das Diktat der Menschverachtung. Heidelberg. 1947.
- Möller, Hans J.: Psychiatrie. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. Stuttgart. 2002.
- Müllener, E.R.: Die Rolle der „passions“ in der Psychiatrie des 18. Jahrhunderts. IN: Aktuelle Probleme aus der Geschichte der Medizin. Verhandlungen des XIX internationalen Kongresses Geschichte der Medizin. Basel. 1964.
- Müller, Christian: Vom Tollhaus zum Psychozentrum. Vignetten und Bausteine zur Psychiatriegeschichte in zeitlicher Abfolge. Pressler. 1993.
- Ders.: Wer hat die Geisteskranken von den Ketten befreit? Skizzen zur Psychiatriegeschichte. Bonn. 1998
- Müller, Max: Prognose und Therapie der Geisteskrankheiten. Stuttgart. 1949.
- Neugebauer, Wolfgang: Wiener Psychiatrie und NS- Verbrechen. IN: Keintzel, Brigitta; Gabriel, Eberhard (Hrsg.): Gründe der Seele. Die Wiener Psychiatrie im 20. Jahrhundert. Wien. 1999.
- Noltenius, Bernhard: Zur Geschichte der Perkussion von ihrer Bekanntgabe durch Auenbrugger 1761 bis zu ihrer Wiederbelebung durch Corvisart 1808. Leipzig. 1908.
- Obiols, Juan: Antipsychiatrie. Das neue Verständnis psychischer Krankheit. Hamburg. 1978.
- Pauleikhoff, Bernhard: Das Menschenbild im Wandel der Zeit. Ideengeschichte der Psychiatrie und der klinischen Psychologie. Die Zeit bis Kraeplin und Freud. Pressler. 1983.
- Peters, Uwe H.: Psychiatrie und medizinische Psychologie von A-Z. München. o. J.
- Ders.: Lexikon. Psychiatrie. Psychotherapie. Medizinische Psychologie. München. 2007.
- Pinel, Philipe: Philosophisch- medizinische Abhandlung über Geistesverwirrung oder Manie. Aus dem französischen übersetzt und mit Anmerkungen versehen von Michael Wagner. Wien. 1801.

- Porter, Roy: Die Kunst des Heilens. Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute. Heidelberg/Berlin. 2000.
- Ders.: Wahnsinn. Eine kleine Kulturgeschichte. Frankfurt a. M. 2007.
- Rechlin, Thomas; Vliegen, J.: Die Psychiatrie in der Kritik. Die antipsychiatrische Szene und ihre Bedeutung für die klinische Psychiatrie heute. Berlin. u.a. 1995.
- Ders.: Ursachen und Wirkungen der zeitgenössischen Antipsychiatrie. IN: Baer, Rolf (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998.
- Rufer, Marc: Wer ist irr?. Bern. 1991.
- Sack, F.: Die verhinderte Öffentlichkeit und ihre Funktionen. IN: Lauter, H., Ernst- Meyer. J. (Hrsg.): Der psychisch Kranke und die Gesellschaft. Tagung der Evangelischen Akademie Loccum. Oktober. 1970. Stuttgart. 1971.
- Schippergers, Heinrich: Psychiatrische Konzepte und Einrichtungen in ihrer geschichtlichen Entwicklung. IN: Kisker, Karl P.(Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Band. 3. Berlin. 1975.
- Schneider, Kurt: Klinische Psychopathologie. Mit einem Kommentar von Huber, G., Gross, H. Stuttgart. 1987.
- Schmitz, Margot. 1mal1 der Psychopharmaka. Grundlagen, Standardtherapien und neue Konzepte. Darmstadt. 1999.
- Schott, Heinz, Tölle, Rainer.: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege und Behandlungsformen. München. 2006.
- Schou, Mogens: Lithium- Behandlung in Psychiatrie und Medizin. IN: Haase, Hans J. (Hrsg.): Die Behandlung der Psychosen des schizophrenen und manisch- depressiven Formenkreises. Die Behandlung der so genannten endogenen Psychosen. Stuttgart. 1976.
- Schrenk, Martin: Über den Umgang mit Geisteskranken. Die Entwicklung der psychiatrischen Therapie vom „moralischen Regime“ in England und Frankreich zu den „psychischen Curmethoden“ in Deutschland. Berlin. 1973.

- Schulhof, Fritz: Im Dienste der Geisteskranken. Eine Darstellung des Lebens, der Ereignisse, des Betriebes in Irrenanstalten. Wien/Leipzig. 1925.
- Shorter, Edward: Geschichte der Psychiatrie. Hamburg. 2003.
- Ders.: Moderne Leiden. Zur Geschichte der psychosomatischen Krankheiten. Hamburg. 1994.
- Siemen, H.L.: Psychiatrie im Nationalsozialismus. IN: Baer, Rolf (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998
- Sigusch, Volkmar: Richard von Krafft- Ebing (1840-1902). Eine Erinnerung zur 100. Wiederkehr des Todestages. Berlin. 2004.
- Stark, Martina. V.: Entwicklungen in der Behandlung Psychisch Kranker seit den 50er Jahren im Deutschen, Italienischen und Angloamerikanischen Sprachraum. Wien. 1994.
- Steffens, Heinrich: Johann Christian Reil. Halle. 1815.
- Steinberg, Holger: Wundt, Wilhelm. Der Briefwechsel zwischen Wilhelm Wundt und Emil Kraepelin: Zeugnis einer jahrzehntelangen Freundschaft. Bern. 2001.
- Stieglitz, R. D., Freyberger, H.J.: Psychiatrische Diagnostik und Klassifikation. IN: Berger, Mathias (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. München. 1999.
- Stockert- Meynert, Dora V.: Theodor Meynert und seine Zeit. Deutschland. 1930.
- Stohl, Alfred: Der Narrenturm oder die dunkle Seite der Wissenschaft. Wien. 2000.
- Ders.: Warum der Narrenturm in Wien keinen Garten hatte. IN: Der andere Garten. Göttingen. 2005.
- Strube, Irene: Georg Ernst Stahl. Biographien hervorragender Naturwissenschaftler, Techniker und Mediziner. Leipzig. 1984.
- Szasz, Thomas: Geisteskrankheit ein moderner Mythos? Grundzüge einer Theorie des persönlichen Verhaltens. Olten. 1972.
- Ders.: Die Fabrikation des Wahnsinns. Olten. 1974.

- Thom, Achim: Medizin unterm Hakenkreuz. Berlin. 1989.
- Pschyrembel, Willibald: Klinisches Wörterbuch mit klinischen Syndromen. Berlin/NY. 1975.
- Viè, J., Baruk, H.: Geschichte der Psychiatrie. IN: Toellner, Richard (Hrsg.): Illustrierte Geschichte der Medizin. Bd. 4. Erlangen. 1992.
- Walther, Therese: Die »Insulin-Koma-Behandlung«. Erfindung und Einführung des ersten modernen psychiatrischen Schockverfahrens. Berlin. 2004.
- Weitbrecht, Hans J.: Psychiatrie in der Zeit des Nationalsozialismus. Bonn. 1968.
- Weiszäcker, Viktor von: „Euthanasie“ und Menschenversuche. Heidelberg. 1947.
- Whytts, Robert: Kön. Engl. Leibarztes, Präsidenten des Königl. med. Collegiums, Prof. der Arzneyk. zu Edinburgh und Mitgl. der Königl. Engl. Societät, sämtliche zur theoretischen Arzneykunst gehörige Schriften. Aus dem Englischen übersetzt von Johann Ephraim Lietzau. Berlin. 1790.
- Wiesner, Alfons: Leben und Werk des Tübinger Professors Wilhelm Griesinger. Emsdetten 1937.
- Whitrow, Magda: Julius Wagner-Jauregg. (1857-1940). Wien. 2001.

12.1.2 Zeitungen und Zeitschriften

- Ackerknecht, Erwin; Akert, Konrad: Wechselnde Formen der Unterbringung von Geisteskranken. IN: Schwabe & Co. (Hrsg.): Schweizerische Medizinische Wochenschrift 94. Nr. 44. Basel/Stuttgart. 1964.
- Berner, Peter; Hoff, Hans: Der gegenwärtige Stand der Wiener psychiatrischen und neurologischen Forschung. IN: Wiener klinische Wochenschrift. Jg.69. Nr. 38/39. Wien. 1957.
- Bleuler, Manfred: Das psychiatrische Krankenhaus in der Gesellschaft von heute. Festvortrag zur Eröffnung des Landes-Nervenkrankenhauses Valduna am 6. Juli 1974. IN: MONFORT. Vierteljahresschrift für Geschichte und Gegenwartskunde Vorarlbergs. 26. Jahrg. Heft. 2. Vorarlberg. 1974.
- Fischer, Isidor: Zur Geschichte der Wiener Psychiatrie im XIX Jahrhundert. IN: Wiener medizinische Wochenschrift. Nr.37. 1927. (Separatabdruck).
- Gabriel, Eberhard: Die Bedeutung der NS- Euthanasie in der Gegenwart der österreichischen Psychiatrie. IN: Neuropsychiatrie. Bd. 15. Nr. 3/4. Wien. 2001.
- Jetter, Dieter: Zur Entwicklung der Irrenfürsorge im Donauraum. IN: Artelt, W. u.a. (Hrsg.): Medizin historisches Journal. Sonderdruck. Bd. 6. Heft 2/3. Hildesheim/ NY. 1971.
- Jetter, Dieter: Wiener Irrenhausprojekte. IN: Fortschritte der Neurologie. Psychiatrie. Heft.2. 49. Stuttgart. 1981.
- Reisner, H.: Zur Geschichte der Wiener Psychiatrischen und Neurologischen Universitätskliniken. IN: Springer Verlag. (Hrsg.): Wiener klinische Wochenschrift. Sonderdruck. 86. Jahrg. Nr. 5. Wien. 1974.
- Seidler, Eduard: Der Pflegegedanke in der Entwicklung der Psychiatrie. IN: Die Agnes Karll- Schwester. Sonderdruck aus Heft 11. Jahrg. 18. Wien. 1964.
- Sablik, K.: Josphinismus in der Medizin: Das Allgemeine Krankenhaus in Wien und der Narrenturm. IN: Springer Verlag. (Hrsg.): Wiener Klinische Wochenschrift. 103/116. Wien. 1991.

- Schlager, Ludwig: Der heutige Stand der öffentlichen Irren-Fürsorge in Oesterreich. Aus: Separatabdruck aus Griesinger's Archiv. Berlin. 1868/ 1869.
- Seitelberger, Franz: Ueber die gegenwärtige neurologisch-psychiatrische Forschung in Oesterreich. IN: Springer Verlag (Hrsg.): Wiener klinische Wochenschrift. Sonderabdruck aus 69. Jahrg. Nr. 38/39. Wien. 1957.
- Skopec, Manfred : Ärztliches Vereinswesen: Über die Gründung des „Vereins für Psychiatrie und Neurologie“ in Wien. IN: Göschl, D. (Hrsg.): Österreichische Krankenhaus- Zeitung. 29. Jahrg. Wien. 1988.
- Tilkowsky, Adalbert: Das öffentliche Irrenwesen in Oesterreich. Die Irrenanstalten in Oesterreich. IN: Oesterreichs Wohlfahrts-Einrichtungen 1848-1898. 3. Bd. Gesundheitspflege. Wien. 1900.
- Vaiciunas, V.: Die Behandlung der Geisteskranken früher und heute. IN: Anton, G. u.a. (Hrsg.): Psychiatrisch Neurologische Wochenschrift Nr. 31/32. Halle a. d. S. 1943.
- Wiener Zeitung. Nr. 242. Wien 2007.
- Wiener Zeitung. Nr. 243. Wien. 2007.
- Wyklicky, Helmut: Das Wiener Allgemeine Krankenhaus. IN: Hippokrates Verlag. (Hrsg.): Hippokrates. Wissenschaftliche Medizin und praktische Heilkunde im Fortschritt der Zeit. Sonderdruck. 40. Jahrg. Heft 11. Wien. 1969.

12.2 Internetverzeichnis

Eingesehen zwischen November 2007 und März 2008

- <http://www.lkh-klu.at/743.html> 15
- http://zs.thulb.ujena.de/receive/jportal_jparticle_00006151
- http://de.wikipedia.org/wiki/William_Battie
- <http://th-hoffmann.eu/archiv/pinel/pinel.1801.pdf>.
- http://www.meduniwien.ac.at/histmed/gall_biographie.htm
- www.lichtblick99.de/historisch Lederer, H.J.: Von Aderlässen, Brechkuren und Sturzbäder zur Pharmako- Psycho- und Sozialtherapie am Ende des 20. Jahrhunderts.
- <http://www.sonderpaedagoge.de/geschichte/deutschland/ns/index.htm>
- http://www.antiquario.de/webcgi?START=A50&AU=Fischer+Frank&TI=Irrenh%E4user+Kranke+klagen+an&DBN=AQUI&ZG_PORTAL=autor&WID=61753-7600458-10875_4
- <http://www.peter-lehmann.de>
- <http://www.weglaufhaus.de/weglaufhaus/index.html>

12.3 Abkürzungsverzeichnis

- APA American Psychiatric Association
- EKT Elektrokrampftherapie
- DSM Diagnostic and Statistical Manual
- Fortschr. Neurol. Psychiat. Fortschritt der Neurologie
Psychiatrie
- GzVeN Gesetz zur Verhütung erbkranken
Nachwuchses
- ICD International List of Causes of
Death
- MAOI Monoaminoxidaseinhibitoren
- Psychiatr. Neurol. Wschr. Psychiatrisch Neurologische
Wochenschrift
- Schweiz. Med. Wschr. Schweizerische Medizinische
Wochenschrift
- WHO Weltgesundheitsorganisation
World health organisation

- Wien. klin. Wschr. Wiener klinische Wochenschrift
- Wien. med. Wschr. Wiener medizinische
Wochenschrift

12.4 Tabellenverzeichnis

Tab. 4.1.	Hirschmüller, A.: Freuds Begegnungen mit der Psychiatrie. Von der Hirnmythologie zur Neurosenlehre. Tübingen. 1991.
Tab. 7.1.	Foucault, M.: Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt a.M. 1969.
Tab. 7.2.	De Boor, W.: Psychiatrische Systematik. Ihre Entwicklung in Deutschland seit Kahlbaum. Berlin. 1954
Tab. 7.3.	Baer, R.: Die Entwicklung einer psychiatrischen Systematik. IN: Baer, R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998.
Tab. 7.4.	Ebd.
Tab. 7.5.	Kolle, K.: Verrückt oder normal. Psychiatrie in Wissenschaft und Praxis. Stuttgart. 1968.
Tab. 7.6.	De Boor, W.: Psychiatrische Systematik. Ihre Entwicklung in Deutschland seit Kahlbaum. Berlin. 1954.
Tab. 8.1.	Ebd.
Tab. 8.2.	Baer, R.: Die Entstehung der Schizophreniekonzepte. IN: Baer, R. (Hrsg.):Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart. 1998.
Tab. 8.3.	Ebd.
Tab. 8.4.	Schneider, K.: Klinische Psychopathologie. Mit einem Kommentar von Huber, G., Gross, H. Stuttgart. 1987.
Tab. 9.1.	Stieglitz, R.D., Freyberger, H.J.: Psychiatrische Diagnostik und Klassifikation. IN: Berger, M. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. München. 1999.

13 Anhang

13.1 *Curriculum vitae*

Geboren wurde ich am 17. 01.1982 in Bad Eisenkappel, einer kleinen Gemeinde im südlichen Kärnten. Dort besuchte ich von 1988 bis 1992 die Volksschule. Von 1992 bis 1998 frequentierte ich das Bundesgymnasium Klagenfurt. 1998 wechselte ich an das Oberstufenrealgymnasium Klagenfurt mit dem Schwerpunkt Naturwissenschaften.

Im Sommersemester 2002 begann ich mein Studium Geschichte und Europäische Ethnologie an der Universität Wien. Mit der Einführung des neuen Studienplans wechselte ich auf das Einzeldiplomstudium Geschichte. Um zusätzliche sprachliche Kompetenzen zu erlangen, inskribierte ich im Oktober 2004 Niederlandistik.

Während meines Geschichte Studiums legte ich die Schwerpunkte auf Wirtschafts-, Sozial- und Zeitgeschichte.

13.2 *Abstract*

Diese Diplomarbeit ist in drei Teile gegliedert.

Der erste Teil behandelt den Historischen Rückblick der Psychiatrie; Eine Geschichte von den Anfängen in der Antike bis in das 20. Jahrhundert. In diesem Teil liegt der Schwerpunkt auf den psychisch Kranken. Des Weiteren wird auch der Umgang der Gesellschaft mit diesen Menschen näher beleuchtet.

Der zweite Teil geht explizit auf die Entwicklung einer psychiatrischen Systematik ein. Auch in diesem Zusammenhang beginnt die Autorin in der Antike und verfolgt die Entwicklung bis ins 21. Jahrhundert.

Der abschließend dritte Teil behandelt die Bewegung der Antipsychiatrie. Mit dieser Gegenbewegung wollte die Autorin zeigen, dass es auch sehr viele kritische Stimmen in Bezug auf die Psychiatrie gab, die zum Teil bis in das 21. Jahrhundert reichen.