

Diplomarbeit

**Eine Geschichte der Paraphrenie unter besonderer
Berücksichtigung der Wiener Schule der
Neurowissenschaften im 19. und frühen
20. Jahrhundert**

zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der gesamten Heilkunde
(Dr. med. univ.)

an der
Medizinischen Universität Wien

unter der Anleitung von
Priv.-Doz. Mag. Dr. phil. Dr. med. Sonia Horn

externe Lehre

eingereicht von
Alexander Ölzant-Faderler
09301547

Ort, Datum

Unterschrift (Studierende*r)

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
Abstract (Englisch)	6
Einleitung	7
0.1 Gendersaspekte des Themas	11
0.1.1 Frauenstudium im deutschen Sprachraum vor 1900	11
0.1.2 Psychiatriegeschichte und Frauenstudium	13
0.2 Verwendung historischer Begriffe	17
1 Ziele und Methodik	18
2 Psychiatrie Mitte des 19. Jahrhunderts bis zum ersten Weltkrieg	20
2.1 Psychiatrie vor 1863	20
2.1.1 Psyche und Soma in Psychiatrie und Medizingeschichte	22
2.1.2 Zwang und Non-Restraint	25
2.1.3 Psychiatrische Lehre zwischen Anstaltspraktikum und Univer- sitätslehrstuhl	27
2.1.4 Andere Spannungsfelder: Zugänge zur Neurologie und Psychiatrie	28
2.1.5 “Dementia paralytica” und Einheitspsychose	29
2.2 Karl Ludwig Kahlbaums Zeit und Lehre	30
2.3 Kongresse, Lehrbücher und nosologische Konzepte	35
2.4 Justiz und Psychiatrie	37
2.5 Gesellschaft, Psychiatrie und neue Krankheiten: Neurasthenie und De- generation	39
2.6 Kraepelins Methode	43
3 Paraphrenie im historischen Kontext	47
3.1 Herkunft und Verwendung des Begriffs der Paraphrenie vor Kahlbaum	47
3.2 Paraphrenie bei Karl Ludwig Kahlbaum	49
3.3 Paraphrenie im weiteren 19. Jahrhundert	53
3.4 Sigmunds Freuds Unzufriedenheit mit der Nomenklatur der endogenen Psychosen	54
3.5 Die endogenen Psychosen bei Emil Kraepelin und die Wiedereinfüh- rung der Paraphrenie	56
4 Der Einfluss der Neuen Wiener Schule und Theodor Meynerts auf die Nomenklatur der endogenen Psychosen	59

5 Paraphrenie und Klassifikationssysteme im weiteren 20. Jahrhundert	63
5.1 Begriffliche Unstimmigkeiten um die Gruppe der endogenen Psychosen 1910 – 1920: Dementia praecox, Schizophrenie und Paraphrenie	63
5.2 Entstehung der Diagnosemanuale ICD und DSM	64
5.3 Spätschizophrenie und Paraphrenie im 20. Jahrhundert nach Kraepelin: Manfred Bleuler, Ludwig Klages und der Wandel des DSM	70
5.4 Gender und Paraphrenie	75
6 Diskussion und Schlussfolgerungen	77
6.1 Limitationen	78
Literatur	80

Danksagung

In erster Linie danke ich natürlich meiner Betreuerin Priv.-Doz. Mag. DDr. Sonia Horn für die Übernahme der Betreuung und die spannenden Diskussionen in diversen Lehrveranstaltungen.

Auch meiner Familie bin ich zutiefst verbunden, im Besonderen meiner Ehefrau Esther Bovina Faderler sowie Dr. Herbert Rohringer für pedantische Interventionen und viele wichtige Verbesserungsvorschläge, Mag.a Magdalena Ölzant für diverse Korrekturen und Dres. Franz und Luise Ölzant für die vielfältige und bedingungslose Unterstützung.

Ohne das vor inzwischen 25 Jahren von Brewster Kahle gegründete Internet Archive wären viele der Recherchen für diese Diplomarbeit kaum oder gar nicht machbar gewesen. Eine letzte Erwähnung soll Donald Knuth und den anderen Entwickler*innen von \LaTeX und den aufbauenden Makropaketen gelten, ohne welche die Bearbeitung viel langweiliger gewesen wäre.

Zusammenfassung

Der Begriff der “Paraphrenie” kommt aus dem Französischen ins Deutsche, Karl Ludwig Kahlbaum (1828 – 1899) verwendet ihn erstmals 1863. Die vorliegende Arbeit verfolgt anhand der Primär- und Sekundärliteratur über Kahlbaum und die folgenden Jahrzehnte die Verwendung des Begriffs im deutschen Sprachraum im 19. und frühen 20. Jahrhundert.

Die Literatur zu Klassifikationssystemen und Entwicklung der Psychiatrie in dieser Zeit ist umfangreich, eine allgemeine Darstellung über den eher seltenen Begriff der Paraphrenie konnte aber nicht aufgefunden werden. Bisweilen tritt der Begriff auch in der zeitgenössischen Literatur noch in Erscheinung, was eine Recherche über die historische Verwendung nahelegte.

Nach Kahlbaums Publikation tritt das Konzept der “Paraphrenien” für einige Jahre in den Hintergrund. Inzwischen entwickelt sich aus mehreren Gründen die Psychiatrie als eigenständige Fachdisziplin innerhalb der Medizin weiter: gesellschaftlich wird das “Irrenwesen” im deutschen Sprachraum zunehmend auf Landesebene organisiert, sodass “Irrenanstalten” und psychiatrische Kliniken an Bedeutung zunehmen. Das setzt diagnostische Richtlinien und Fachärzt*innen voraus. Nicht zuletzt sei das Spannungsfeld der neuen Disziplin zwischen Psychologie und Neurologie bzw. Hirnforschung erwähnt, von denen sie sich ebenfalls abgrenzen muss.

In der Zeit um 1880 werden einige einflussreiche Lehrbücher herausgegeben, 1883 auch die erste Auflage von Kraepelins (1856 – 1926) Werk. Die “Paraphrenie” taucht in der achten Auflage seines “Lehrbuchs” 1913 unter den “endogenen Psychosen” neben der “Dementia praecox” auf und geht später in letzterer auf. Seine Einteilung der endogenen Psychosen findet in ähnlicher Form auch im 20. Jahrhundert Anwendung.

Die Wiener medizinische Schule, die im psychiatrischen Bereich vor allem mit dem vielseitigen Ordinarius Theodor Meynert (1833 – 1892) in Verbindung gebracht wird, hatte viele wichtige Schüler*innen. Die bekanntesten sind wohl Sigmund Freud (1856 – 1939) und Carl Wernicke (1848 – 1905), der auch Teile von Kahlbaums Nomenklatur bis hin zur “Paraphrenie” übernahm. Meynert selbst vertrat die umstrittene Hirnlokalisationstheorie, sein Einfluss war eher indirekt.

Das Konzept der “Einheitspsychose” verschwindet im ausgehenden 19. Jahrhundert, Kraepelins Begriff der “Dementia praecox” wird schließlich durch Eugen Bleulers “Schizophrenie” ersetzt. Sigmund Freud schlägt im Rahmen seiner Psychosentheorie 1911 statt dessen “Paraphrenie” vor und vertritt diese Ansicht bis 1917. Letztlich setzt sich Bleulers Begriff durch.

Während bei Kraepelin und Freud das Alter in der Diagnose einer “Paraphrenie” kaum eine Rolle spielt, wird sie im weiteren 20. Jahrhundert wie bei Kahlbaum nur noch im höheren Lebensalter diagnostiziert. DSM-III und ICD-10 kennen den Begriff, aus DSM-IV ist er bereits verschwunden.

Abstract

The German term of “Paraphrenia” was derived from French, Karl Ludwig Kahlbaum (1828 – 1899) first used it in 1863. This work attempts to trace the usage in primary and secondary literature in the 19th and early 20th centuries starting with Kahlbaum.

The general literature on the development of psychiatry and its classification systems in the German speaking countries in the 19th century is vast, however a detailed work on the usage of “paraphrenia” could not be found. Occasionally even nowadays the term is used in psychiatric texts, suggesting a historical analysis.

After Kahlbaum “paraphrenia” takes a back seat to other concepts for a few years. In the German speaking countries psychiatry rises in importance as a specialty in medicine for a number of synergetic effects: the states become responsible for the “insane” instead of the local communities, so they need statistics for planning asylums and clinics. This in turn necessitates clearer diagnostic criteria and psychiatrists who are trained to apply them. The new discipline also needs to find a path between psychology and neuroanatomy (“Hirnforschung”).

A number of new textbooks are published around 1880, among them in 1883 the first edition of Emil Kraepelin’s (1856 – 1926) book. “Paraphrenia” first appears in the 8th edition. His differentiation of the endogenous psychoses remains an important concept in the 20th century.

The psychiatric aspect of the “Vienna Medical School” in the 19th century was mostly associated with Theodor Meynert (1833 – 1892) and brought forward a number of influential graduates. Among the best known are Sigmund Freud (1856 – 1939) and Carl Wernicke (1848 – 1905) who used part of Kahlbaum’s nosology including “paraphrenia”. Meynert’s localisation theory was controversial, his influence on the development of nosology mostly indirect.

With the vaning importance of the “unitary psychosis” Kraepelin’s term “dementia praecox” also began to ring hollow. Eugen Bleuler proposed to replace it with “schizophrenia” in 1908. Freud preferred “paraphrenia” in his works on psychosis between 1911 and 1917. However, in the end Bleuler’s term won universal recognition.

In Kraepelin’s and Freud’s concepts of “paraphrenia” age didn’t play a role, further use in the 20th century generally focussed on schizophreniform disorders of old age. DSM-III (the American Psychiatric Association’s Diagnostic Standard Manual) and ICD-10 (International Classification of Diseases as published by the World Health Organization) still employ the term, DSM-IV lacks any trace.

Einleitung

Die Diplomarbeit versucht, im Kontext der Entwicklung von psychiatrischen Klassifikationssystemen ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Verwendung des Begriffs “Paraphrenie” in zeitlich variierenden Bedeutungen bis ins frühe 20. Jahrhundert auszuloten.

Als historisches Umfeld werden dabei die Vorgänge und Veränderungen in Unterricht und Praxis der Medizin in Bezug auf die Psychiatrie einbezogen. Im engeren Sinn wird auch die Argumentation zur begrifflichen Verwendung von *Dementia praecox* und Schizophrenie herausgearbeitet, die im unmittelbaren Zusammenhang mit jener der Paraphrenie stehen. Insbesondere wird auch so weit wie möglich aufgezeigt, welche Annahmen einerseits zu den verschiedenen Verwendungen führten und wie umgekehrt Begriffe auch damals den psychiatrischen Alltag beeinflussten.

Schlussendlich wird die Kontroverse um die Paraphrenie und schließlich nach 1914 ihr Verschwinden zumindest als eigenständige Krankheitseinheit beschrieben. Der Vollständigkeit halber wird auch die weitere Verwendung des Begriffs Paraphrenie im 20. Jahrhundert kurz erfasst.

Ein Abriss der vielschichtigen Entwicklung der Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts erscheint im **Kapitel 2**. Seit dem Beginn des 20. Jahrhunderts beschäftigten sich viele Publikationen mit dem Thema der Entwicklung einer eigenständigen Psychiatrie im Spannungsfeld zwischen Psychologie, Medizin und Politik.

Dies erfordert eine Loslösung von Psychologie und Hirnforschung sowie eine Etablierung eigenständiger Kliniken an den medizinischen Fakultäten. Politisch macht sich die Psychiatrie unentbehrlich, weil das “Irrenwesen” (die damals üblichen Bezeichnungen “Irre”, “Irrenwesen”, “Irrenhaus”, “Irrenstatistik” usw. werden im historischen Kontext in Anführungszeichen gesetzt und unverändert verwendet, siehe auch Kapitel 0.2) umorganisiert wurde und für die Machthaber*innen damit eine Statistik, diagnostische Instrumente und Hoffnungen auf Therapien zunehmend wichtiger wurden.

Als Grundlage für diese Arbeit dienten dabei besonders die Schriften von Volker Roelcke¹ und Eric J. Engstrom³. Als hilfreiche Quellen erwiesen sich auch einige publizierte Briefe, etwa die von Jürgen Peiffer herausgegebenen zur Entwicklung der

¹Roelcke 1996, S. 389ff.

²Gradmann und Schlich 1999, S. 93ff.

³Engstrom 1998.

Hirnforschung im Widerstreit mit der “psychologischen Richtung” samt Kommentar.⁴ So findet sich dort etwa ein Brief von Oskar Vogt (1870 – 1959) an Auguste Forel (im Deutschen meist August Forel; 1848 – 1931) vom 15. 8. 1894, wo er einen “Disput” mit Emil Kraepelin (1856 – 1926) erwähnt, der meint, die Hirnlokalisationstheorie hätte der Psychologie geschadet, würde lange Zeit für sie wertlos sein und kenne nur motorische und sensorische Zentren, aber keine psychischen.⁵

Andererseits wird auch auf die zunehmende Bedeutung von Psychotherapie und Psychoanalyse im historischen Kontext ergründet und der Einfluss, welchen ihre Vertreter*innen in Bezug auf die Entstehung einer eigenständigen Psychiatrie hatten. Karl Jaspers stellt dabei “Abreagieren” und “Beichten” in den Vordergrund und erwähnt 1920 explizit die Psychoanalyse⁶.

Nach Volker Roelcke sind vor allem drei Ursachen für die vielschichtige und nachhaltig wirksame Entwicklung der Psychiatrie ab 1870 zu nennen. Dies sind erstens die Notwendigkeit einer “Irrenstatistik” durch die Veränderung in der politischen und finanziellen Verantwortung für die “Irren”, zweitens der damit gekoppelte Anspruch an die Medizin im Allgemeinen und die Psychiatrie im Speziellen, “Irre” mit einer gewissen Prognosesicherheit in Bezug auf Krankheitsverlauf und möglichen Behandlungserfolg zu diagnostizieren. Drittens ergibt sich daraus das Reformprogramm, das sich in einer zunehmend in den medizinischen Curricula verankerten psychiatrischen Grundausbildung äußerte und einerseits die Einbeziehung der praktischen Ärzt*innen in die diagnostische (ursprünglich auch gutachterliche) Tätigkeit bezweckte, andererseits auch die Forschung durch sukzessive Einrichtung von Lehrstühlen anregen sollte⁷.

Dieser Prozess, in dem besonders die Person Emil Kraepelins eine zentrale Bedeutung einnimmt, wird auch im **dritten Kapitel** weiter erläutert, das sich mit den verschiedenen Verwendungen des Begriffs der Paraphrenie auseinandersetzt.

⁴Peiffer 2004, S. 220.

⁵Auguste Forel 1968, S. 298.

⁶Jaspers 1920, S. 397.

⁷Roelcke 2003, S. 169-188.

Besonders wird hier auf das wissenschaftliche Selbstverständnis Kraepelins eingegangen. Er war zeitlebens von der Arbeit seines Lehrers Wilhelm Wundt (1832 – 1920) beeindruckt, dessen Experimentalpsychologie lange Zeit seine Forschungen beeinflusste. Der Briefwechsel der beiden zeigt auch Kraepelins Werdegang und Motivationen auf.⁸

Sodann wird die Verwendung des Begriffs “Paraphrenie” dokumentiert, insbesondere die Herkunft aus dem Griechischen über das Französische und die vermutlich erstmalige Verwendung im deutschen Sprachraum bei Kahlbaum samt Überblick über seine Lehre.

Anhand des Textes von Rafael Katzenstein wird ausgehend von den psychiatrischen Lehren am Beginn der zweiten Hälfte des neunzehnten Jahrhunderts der Kontext von Karl Ludwig Kahlbaums Krankheitslehre beleuchtet. Kahlbaum verwendete die Bezeichnung “Paraphrenia” in seiner in fünf Bereiche geteilten psychiatrischen Krankheitslehre 1863 erstmals für Psychosen, welche in Zeiten der mentalen Veränderung auftraten.

Emil Kraepelins Verwendung der “Paraphrenie” stellt also eine Wiederentdeckung des Begriffes dar. Ihm geht es dabei um eine Form von “endogener Psychose” mit einer Abwesenheit von Negativsymptomen. Die Einordnung verändert sich dabei in verschiedenen Auflagen seines Lehrbuchs etwas. Der Begriff kommt erstmals in der achten Auflage 1913 als eine Krankheit vor, welche sich durch eine Abwesenheit der Negativsymptome auszeichnet, bei der also “selbständige Willenschädigungen” und namentlich auch “gemütliche Verblödung” fehlen oder doch nur schwach angedeutet sind. Diese steht in der Gruppe der endogenen Psychosen neben der “Dementia praecox”. So schreibt Kraepelin bei der erstmaligen Verwendung in der achten Auflage 1913: “Bei dieser Umgrenzung scheint mir der sonst heute nicht mehr gebräuchliche Ausdruck ‘Paraphrenie’ fuer die Benennung der hier versuchsweise vereinigten Krankheitsformen einstweilen geeignet zu sein.”⁹

Offenbar kurz vor Kraepelin verwendete aber auch Sigmund Freud (1856 – 1939) den Begriff “Paraphrenie”, und zwar als Synonym für die Schizophrenie, weil er sowohl diesen Begriff als auch die sachlich verwandte “Dementia praecox” als etymologisch unsinnig empfand. Widmer zitiert unter anderem Freuds “Psychoanalytische Bemer-

⁸Wundt und Kraepelin 2002.

⁹Kraepelin 1913, S. 668.

kungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoidea)“ (1911), in dem dieser sich mit der 1903 erschienenen Autobiographie des Senatspräsidenten Daniel Paul Schreber auseinandersetzt¹⁰.

Als Endpunkt für den Kernteil der Arbeit dient aus mehreren Gründen das Jahr 1914: einerseits verschwindet ab dieser Zeit die Paraphrenie als scharf abgegrenzter Begriff aus den Lehrbüchern und geht gemeinsam mit der “Dementia praecox” in Bleulers Schizophrenie auf, andererseits nehmen im ersten Weltkrieg andere Aspekte wie die das “Kriegszittern”¹¹ mehr Präsenz im psychiatrischen Diskurs ein.

Der Einfluss der neuen Wiener Schule und insbesondere Theodor Meynerts (1833 – 1892) wird in **Kapitel 4** ergründet. Dieser war 1874 – 1892 als Primarius der ersten und später der zweiten psychiatrischen Klinik in Wien tätig. Während seine Lehre viele Kritiker*innen fand, ist der Beitrag zur Psychiatriegeschichte sowohl fachlich als auch menschlich unumstritten. Unter seinen Schüler*innen finden sich viele bekannte Namen wie Sigmund Freud, Carl Wernicke (1848 – 1905) und Auguste Forel, und in seinem Haushalt gingen Künstler*innen, Philosoph*innen und Wissenschaftler*innen ein und aus. Das Kapitel versucht, einen Zusammenhang seiner Person, seines Werkes und seines Umfeldes mit der Einteilung der endogenen Psychosen und eventuell der Paraphrenie zu finden.

Im **Kapitel 5** wird nach der Kontroverse um die “Paraphrenie” 1914 die weitere Verwendung des Begriffs im 20. Jahrhundert kurz erfasst, vor allem anhand der Schriften von Eugen (1857 – 1939) und Manfred Bleuler (1903 – 1994), von Lehrbüchern, von verschiedenen Versionen moderner diagnostischer Manuale sowie von Publikationen der letzten Jahrzehnte.

Zusammenfassende Betrachtungen über Inhalt und Thematik sollen schließlich im **Schlusskapitel** Erwähnung finden.

¹⁰Widmer 2007, S. 81.

¹¹Hofer 2004, S. 228.

0.1 Genderaspekte des Themas

In der Arbeit werden durchgängig geschlechtsneutrale Formen verwendet, um kein Geschlecht zu diskriminieren, unabhängig von den beteiligten Personen.

Nach Namen und Zahlen waren in den psychiatrischen Kliniken des 19. Jahrhunderts kaum weibliche Ärztinnen tätig, zur Studiensituation siehe unten. Es gibt jedoch mehrere Gründe, dennoch nicht nur Männer zu nennen, etwa linguistische, genetische, soziale und durchaus auch faktische.

Kapitel 5.4 beinhaltet einen kurzen Abriss über die Geschlechterverhältnisse in der Diagnose paraphrenoider Krankheitsformen bei verschiedenen Autor*innen.

0.1.1 Frauenstudium im deutschen Sprachraum vor 1900

Die Zahl der offiziell weiblichen promovierten Ärztinnen in Europa war im 19. Jahrhundert gering, was aber nicht notwendigerweise am mangelnden Interesse, sondern an der Gelegenheit zum Studium lag: in Deutschland war das Studium im Kaiserreich an das Abitur gebunden, welches Frauen bis 1901 nicht regulär ablegen konnten.¹² Einzelne Frauen erlangten ausnahmsweise die Gelegenheit, dieses als Externe abzulegen, andere studierten in der Schweiz. Es gab damit einige wenige weibliche Absolventinnen und sogar zwei Ordinariae deutscher Hochschulen in dieser Zeit, dies scheint jedoch an keiner medizinischen Fakultät der Fall gewesen zu sein.

Der Pathologe Carl Weigert (1845 – 1904) schreibt etwa in einem Brief von 1898 noch an den Anatomen Gustaf Magnus Retzius (1842 – 1919) vom Engagement seiner Frau für die Aufnahme von Mädchen in Gymnasien.¹³ Auch der Anatom und Neurologe Ludwig Edinger (1855 – 1918) wendet sich später an diesen, um Kontakt der beiden in der Frauenbewegung aktiven Gattinnen anzuregen.¹⁴

Dieses Problem ist wohl in gewissem Sinne als Zuspitzung in Deutschland zu sehen, nachdem etwa mit Dorothea Christiane Erxleben (1715 – 1762) bereits im 18. Jahrhundert 1754 eine Ärztin promoviert worden war.¹⁵ Ilse Costas nennt dazu das "lückenlose Berechtigungswesen" im Kaiserreich Deutschland ab 1871, das Frauen den Zugang zur höheren Bildung verwehrte.¹⁶

¹²Schlüter 1992, S. 2, 116.

¹³Peiffer 2004, S. 251 Brief von Weigert an Retzius vom 31. 12. 1898.

¹⁴Peiffer 2004, S. 271 Brief von Edinger an Retzius vom 5. 5. 1903.

¹⁵Markau 2006, S. 29.

¹⁶Costas 1992, S. 116.

Wie Elke Schuster beschreibt, war die Situation in Österreich nicht viel besser: in den 1870ern wurden immer wieder Frauen als externe Hörer*innen zugelassen, wenn Professor*innen und Fakultät zustimmten. Im Mai 1878 erging allerdings eine ministerielle Verordnung, die unter anderem klarstellte, dass mit seltenen Ausnahmen “mindestens der höhere Unterricht stets unter Trennung der beiden Geschlechter erteilt wird”. Im September des selben Jahres wurde weiters präzisiert, dass eine Ablegung der Maturitätsprüfung möglich, aber keine ausreichende Berechtigung für ein Hochschulstudium sei. Diese Verordnung führte zu einer Verringerung der Zahl der weiblichen Hörerinnen bis in die 1890er, als zwei Kommissionen an den philosophischen Fakultäten der Universitäten Wien und Graz mit Stellungnahmen zu dem Thema beauftragt wurden. Diese Entwicklung ging nicht zuletzt auf wiederholtes Urgieren mehrerer Vereine für Frauenbildung im Abgeordnetenhaus zurück. Die Kommissionen kamen zwar zu unterschiedlichen Ergebnissen, letztlich kann sich aber das Ministerium den Zeichen der Zeit nicht völlig verschließen. Nachdem auch Ungarn 1895 bereits Frauen allgemein zum Studium zugelassen hatte, kam vom österreichischen Kultusministerium 1896 die Zulassung zur Maturitätsprüfung und eine Nostrifizierungsmöglichkeit für im Ausland erworbene Doktor*innendiplome. Elke Schuster zeigt, wie aus den Sitzungsprotokollen deutlich der Vorbehalt gegen eine berufliche Konkurrenz für die männlichen Absolventen in verschiedenen Berufssparten befürchtet wurde, so etwa bei Pharmazie.¹⁷

Sonia Horn zeigt in einem Vortrag 1994, dass vor der Neuordnung des Studiums durch van Swieten Hebammen ebenso wie andere medizinische Berufsgruppen etwa nach einer Lehrzeit und Prüfung innerhalb der Zunft an der medizinischen Fakultät eine Prüfung ablegen mussten, auch die Sezierkurse waren eine Zeitlang für Hebammen geöffnet. Diese durften auch mit bestimmten Arzneimitteln eigenständig therapieren. Das Einkommen scheint dabei teilweise höher gewesen zu sein als das von studierten Ärzt*innen. Bis Mitte des 18. Jahrhunderts traten aber auch einige Frauen zur Approbation an, die an anderen medizinischen Fakultäten promoviert hatten.¹⁸

Die Zahl der Intersexpersonen und bei der Geburt als weiblich zugeordneten Personen, die im 18. Jahrhundert als Männer studierten, ist unbekannt. Stellvertretend sei auf Dr Joseph Barry hingewiesen, geboren ca. 1789 als Margaret Ann Bulkley, der

¹⁷Schuster 1996, S. 30ff.

¹⁸Horn 1996, S. 76, S. 78ff; Horn 1993, S. 115

als Mann in Edinburgh Medizin studierte und von 1812 bis zu seinem Tode 1865 unter anderem als Militärarzt in der britischen Armee arbeitete. Erst nach seinem Tode wurden seine weibliche Anatomie von der Haushälterin Sophia Bishop entdeckt.¹⁹

0.1.2 Psychiatriegeschichte und Frauenstudium

Die Zahl der Ärztinnen im 19. Jahrhundert war also gering, die der Psychiaterinnen geringer. Gerade im Bereich der Hirnforschung waren aber einige als solche bekannte Frauen tätig, wenn auch teilweise ohne einschlägige Dissertation, etwa Cécile Mugnier²⁰ (1875 – 1962), die später den Hirnforscher Oskar Vogt heiratete, und Auguste Klumpke²¹ (1859 – 1927). Sie war Mitarbeiterin von Jules-Joseph Déjerine (1849 – 1917) und mit diesem später als Auguste Déjerine-Klumpke auch verheiratet. Forel schreibt über sie: “Ferner bekam ich noch den Besuch der hervorragenden Frau Professor Déjerine aus Paris, die als Aerztin mit ihrem Mann zusammen ein großes hirnanatomisches Buch herausgab. Sie zeigte großes Interesse an unserem Laboratorium und an unseren Arbeiten.”²²

In anderen Ländern war die Situation offener: in den USA war ab 1833 Zugang zu teils koedukativen, teils reinen Frauencolleges gegeben,²³ in einigen Kantonen der Schweiz mussten internationale Student*innen lange Zeit kein Abitur nachweisen, um zum ordentlichen Studium zugelassen zu werden. Zu den prominenten weiblichen Absolventinnen Züricher Unis zählten damals etwa Rosa Luxemburg (1871 – 1919), Anita Augspurg (1857 – 1943), Ricarda Huch (1864 – 1947), Käthe Schirmacher (1865 – 1930), Emilie Lehmus (1841 – 1932), Marie Baum (1874 – 1964), Ilse Frapan (geborene Elise Therese Levien, 1849 – 1908), Franziska Tiburtius (1843 – 1927) und Agnes Bluhm (1862 – 1943), wie Anne Schlüter aufzählt.²⁴ Darunter befanden sich auch viele Medizinerinnen. Als erste medizinische Dissertantin 1867 noch vor der ersten Schweizer Ärztin gilt Nadezda Suslova-Erismann (geb. Надежда Прокофьевна Суслова, 1843 – 1918), welche später in St. Petersburg Gynäkologie praktiziert; es folgen ihr 1874 die Schweizerin Marie Vögtlin (später Heim-Vögtlin, 1845 – 1916))²⁵

¹⁹Preez 2008, S. 52.

²⁰Stumm u. a. 2005, S. 486f.

²¹Auguste Forel 1968, S. 519.

²²Auguste Forel 1935, S. 160.

²³Schlüter 1992, S. 131.

²⁴Schlüter 1992, S. 1.

²⁵Müller 2016, S. 386.

sowie 1875 Emilie Lehmus (1841 – 1932) und 1876 Franziska Tiburtius, die danach in Berlin gemeinsam eine “Polyklinik für Frauen” eröffnen sollten, die erste Ärztinnenpraxis der Stadt.

Auguste Forel schreibt in den Briefen an seine Mutter Pauline im Jahr 1867 von seiner Faszination für die Kommilitonin Frances Elizabeth Morgan (geborene Morgan, 1843 – 1927), welche drei Jahre später promovieren sollte: “Elle suit la clinique médicale, la clinique chirurgicale, un laboratoire de chimie (12 heures par semaine), les cours de chirurgie, pathologie spéciale, pathologie générale, un cours de *sanskrit*, la chimie physiologique, le cours d’auscultation et percussion et une tasse d’autres que je ne sais pas, elle en a bien 50 – 60 heures par semaine.”²⁶ (Eigene Übersetzung: “Sie besucht die Klinik für innere Medizin, jene für Chirurgie, ein chemisches Praktikum (12 Stunden pro Woche), die Vorlesungen aus Chirurgie und spezieller Pathologie, einen *Sanskrit*-Kurs, die physiologische Chemie, einen Kurs für Auskultation und Perkussion und einige andere, die ich nicht weiß, sie macht gut und gerne 50 – 60 Stunden pro Woche”) Ihre Defensio bleibt ihm in besonderer Erinnerung, bei der sie ihren Doktor*innenvater Biermer eine halbe Stunde und erfolgreich von seiner Ansicht abbringt, die progressive Muskelatrophie wäre eine Muskelkrankheit.²⁷ In seiner Autobiographie führt er an, dass das Frauenstudium in Zürich auch durch die Wahl einer “neuen, demokratischen Regierung” 1869 begünstigt wurde, da diese auch dafür eintrat.²⁸ Die ebenfalls dort studierende Amerikanerin Susan Dimock (1847 – 1875) trifft Forel erst in Wien, wo er beim Klinikleiter Theodor Meynert dissertiert; ob diese sich ebenfalls für Hirnforschung und/oder Psychiatrie interessierte, war im Zuge der Recherchen nicht herauszufinden, ebensowenig wie weit eine Verbindung zu Sigmund Freud bestand. Jedenfalls verkehrte sie dort außer mit Forel und ihrer Studienkollegin Marie Bokowa (1839 – 1929) auch mit dem Psychiater Carl Eugen Hoestermann (1847 – 1928), der ebenfalls an der Klinik bei Meynert als Assistent arbeitete.²⁹ Die vier bezeichneten sich als “Wiener Quartett”, mehr dazu in Kapitel 4. Später arbeitete Dimock als Assistenzärztin an der Kinderabteilung des “New Eng-

²⁶Auguste Forel 1968, S. 60f Brief Auguste Forel an Pauline Forel vom 25. 4. 1867.

²⁷Auguste Forel 1935, S. 53; Wettley 1953, 40f

²⁸Auguste Forel 1935, S. 53.

²⁹Averbeck 2012, S. 395.

land Hospital for Women and Children". Sie ertrank bei einem Schiffsunglück am Weg zum Wiedersehen der vier³⁰, Auguste Forel wird ihr Nachruf in der "Gazette de Lausanne" zugeschrieben:

"Si j'étais forcée d'opter comme médecin, disait-elle à ses élèves à Boston, entre les soins affectueux et sympathiques et la potion à donner à un malade, je sacrifiais la potion."³¹ (Eigene Übersetzung: "Wenn ich gezwungen wäre, als Ärzt*in zwischen der sorgfältigen und hingebungs-vollen Pflege und einem Medikament wählen müsste, würde ich eher auf das Medikament verzichten, sagte sie zu ihren Student*innen in Boston.")

Eine weitere Studentin Meynerts, Molly Miller von Aichholz (1844 – 1887), hat das Medizinstudium niemals abgeschlossen. Sie findet aber in der von seiner Tochter Dora Stockert-Meynert verfassten Biographie Erwähnung nicht nur als Freundin der Familie, sondern auch als Mädchen, das ihm 1869 "in einer seiner psychiatrischen Vorlesungen auffiel, weil sie angespannt mitschrieb. Damals trug sie den Plan, in Wien ein Musterkrankenhaus zu gründen."³²

In Frankreich gelang es einigen wenigen Frauen, das Medizinstudium vor 1900 zu absolvieren. Felicia Gordon nennt einen Artikel, der 1905 in der "Frauenzeitschrift" "La Vie Heureuse" über acht "Femmes Internes, Hôpitaux et Asiles" berichtet³³. In Gordons Publikation geht es um die beiden Psychiaterinnen Madeleine Pelletier (1874 – 1939) und Constance Pascal (1877 – 1937), die beide mit der offiziellen Zulassung nach den neuen Gesetzen ab 1903 Medizin studierten. Unter den acht beschriebenen sind jedoch mindestens zwei, die bereits im neunzehnten Jahrhundert praktizierten: Mlle Blanche Edwards (später Mme Edwards Pilliet, 1858 – 1941), die 1885 an der Sorbonne studierte und dort bei Charcot über Lähmungen promovierte, sowie die weiter oben bereits genannte Auguste Déjerine-Klumpke. Gordon streicht die Schwierigkeiten mit den männlichen Kommilitonen heraus:

"The general reader of La Vie Heureuse would never have known of the struggles undergone by these women to overcome the barriers to a medical training, as externs and interns. Petitions and interviews running into the

³⁰Auguste Forel 1968, S. 487.

³¹Auguste (vermutlich, ohne Namen) Forel 1875, S. 1-2.

³²Stockert-Meynert 1930, S. 86.

³³Gordon 2009, S. 321f.

hundreds were necessary before the relevant authorities granted permission. Even so, when Blanche Edwards took the internship examination in order to be admitted to the medical faculty at the Sorbonne, she was burned in effigy on the Boulevard St Michel by outraged male students. Klumpke underwent similar trials in the ‘bear pit’ as she termed the medical faculty. None of these tensions is even hinted at in *La Vie Heureuse*, a particularly deceptive example of feminine journalism, implying as it does that for women to succeed in a male world, apart from intelligence, all that is required is a decorous presence. In its lady-like and snobbish way, the magazine reinforced traditional gender stereotypes.”³⁴

Aus dem Vereinigten Königreich erlangten Elizabeth Garrett Anderson (1836 – 1917) als erste und Anne Kingsford (1846 – 1888) als zweite Frau einen Abschluss in Medizin. Kingsford studierte allerdings in Paris, wo Frauen zwar wie oben beschrieben an der medizinischen Fakultät nicht willkommen waren, aber doch dort studieren durften.³⁵

Anderson hatte über den Einfluss ihrer Familie die damals in Großbritannien ungewöhnliche Berechtigung zu Studienabschluss und Berufsausübung erlangt. Sie hatte sich wiederum am Vorbild von Elizabeth Blackwell (1821 – 1910) orientiert, die 1849 am Geneva College in New York in Medizin promoviert und bereits vor Elizabeth Garrett Anderson im “British Medical Register” als Ärztin eingetragen war.³⁶

Die Verachtung, die weiblichen Studentinnen im deutschen Raum besonders in der Medizin von manchen Seiten entgegenschlug, drückte Ilse Frapan in ihrem Roman “Wir Frauen haben kein Vaterland” 1899 aus, was prompt zu Protestveranstaltungen unter Führung von Prof. Ulrich Krönlein in Zürich führte.

Insgesamt kamen gerade von medizinischer Seite große Bedenken gegen das Frauenstudium schon vor Moebius. Bischoff und Waldeyer waren gegen das Frauenstudium aus “anatomischen” Gründen, Johannes Orth sieht 1897 durch Frauen im Seziersaal die Sittlichkeit gefährdet.³⁷ Ilse Costas führt dies auf den Autoritätsanspruch dank (scheinbarer) wissenschaftlicher Erkenntnisse über die Bestimmung der Frau

³⁴Gordon 2009, S. 322.

³⁵Maitland 1905, S. 135f, 183.

³⁶Kelly 2017, S. 2620.

³⁷Burchardt 1997, S. 16ff.

zur Fortpflanzung zurück, auf Grund derer manche Vertreter*innen der Medizin die körperlichen und geistigen Fähigkeiten der Frau als geringer einschätzten und ihr die Eignung für das Studium absprachen.³⁸

Burchardt nennt aber auch die befürchtete Konkurrenzsituation, auf Grund welcher durch Honorareinbußen eine Art akademisches Proletariat erwartet worden sei.³⁹

Ab 1870 wurden in ganz Deutschland Frauenvereine gegründet, viele davon mit dem expliziten Ziel der Zulassung zum Medizinstudium. Erst 1899 fasste der deutsche Bundesrat allerdings den Beschluss, dass zwar nicht die Immatrikulation, aber der außerordentliche Besuch der Lehrveranstaltungen aus den Studien der Medizin, Zahnmedizin und Pharmazie sowie mit entsprechenden Hörer*innenscheinen auch die Zulassung zum Staatsexamen zu gewähren seien. “Mit dieser Regelung wurde die Zulassung zur Immatrikulation immer mehr zur bloßen Formsache degradiert”, schreibt Hessenauer.⁴⁰

Die akademische Ausbildung war aber nicht das einzige Hindernis für weibliche Ärztinnen. Wie schon im 18. Jahrhundert bei der bereits oben erwähnten Dorothea Christiane Erxleben von manchen Seiten Bedenken über die Arbeitsfähigkeit angesichts ihrer Reproduktionsaufgaben geäußert werden, so verschwinden solche Vorbehalte auch im 20. Jahrhundert nicht. Es ist etwa für den Hirnforscher Bostroem selbstverständlich, dass die Medizinerin, die er ehelicht, nach der Hochzeit nicht mehr “arztet”.⁴¹

0.2 Verwendung historischer Begriffe

Da es sich um ein historisches Thema handelt, wird zwangsläufig auch die Nomenklatur der Quellentexte verwendet. Der Gebrauch von Begriffen wie “Irre”, “Irrenanstalt”, “Wärter*innen” und vieler anderer erfolgt also im historischen Kontext und stellt keine implizite oder explizite Wertung des gesellschaftlichen Umfelds, der Patient*innen oder des medizinischen Personals dar.

³⁸Schlüter 1992, S. 117.

³⁹Burchardt 1997, S. 18.

⁴⁰Hessenauer 1998, S. 27.

⁴¹Peiffer 2004, S. 404 Brief August Bostroems an M Nonne vom 13.12.1919.

1 Ziele und Methodik

Die vorliegende Arbeit versucht, die Verwendung und Entwicklung des Begriffes der “Paraphrenie” im zeitlichen und fachlichen Umfeld zu verfolgen, eine mögliche Kontinuität in der Verwendung zu erfassen und einen möglichen Zusammenhang mit der Wiener Schule der Psychiatrie um Theodor Meynert zu finden.

Zur Einarbeitung in das Thema der Psychiatrie im 19. Jahrhundert wurde vorwiegend auf Sekundärliteratur zurückgegriffen, im besonderen die Werke von Volker Roelcke und Eric Engstrom.⁴² Einige der für die weitere Recherche als relevant empfundenen Themen wurden im Kapitel Kapitel 2 zusammengefasst.

In weiterer Folge wurde Sekundärliteratur zur Verwendung des Begriffes der “Paraphrenie” bei Karl Ludwig Kahlbaum.⁴³, Emil Kraepelin⁴⁴ und Sigmund Freud⁴⁵ gesucht.

Zur Vertiefung wurden auch Originalarbeiten herangezogen und systematisch auf thematisch relevante Bereiche durchgesehen, einerseits Lehrbücher etwa von Kahlbaum⁴⁶ und besonders Kraepelin⁴⁷ sowie einige Texte aus Freuds Werk⁴⁸ aus der Zeit, andererseits später verlegte Briefe, etwa die von Hans H. Walser herausgegebene Korrespondenz Auguste Forels⁴⁹, die allgemeineren gesammelten Briefe zur Hirnforschung von Jürgen Peiffer⁵⁰ und den Schriftwechsel zwischen Wilhelm Wundt and Emil Kraepelin⁵¹.

Des weiteren wurden zum Beitrag der neue Wiener Schule der Medizin und Theodor Meynerts auf Psychiatriegeschichte und Klassifikationssysteme Quellen gesucht. Der Sekundärliteratur folgend, unter anderem Thomas Barths Dissertation⁵² und Sarah Elstners Diplomarbeit⁵³, wurde das Umfeld Meynerts recherchiert. Interessante

⁴²Engstrom und Roelcke 2003b; Engstrom 1998; Engstrom 2007b; Engstrom 2007a; Roelcke 1996; Gradmann und Schlich 1999; Roelcke 1999c; Roelcke 1999a; Roelcke 2018; Roelcke 2002; Roelcke 1997

⁴³Lanczik 1992; Katzenstein 1963

⁴⁴Roelcke 1996.

⁴⁵Kolle 1957; Kolle 1957; Widmer 2007; Barth 2013

⁴⁶Kahlbaum 1863.

⁴⁷Kraepelin 1916; Kraepelin 1906; Kraepelin 1899a; Kraepelin 1899b; Kraepelin 1909; Kraepelin 1910; Kraepelin 1913

⁴⁸Freud 1930; Freud 1911

⁴⁹Auguste Forel 1968.

⁵⁰Peiffer 2004.

⁵¹Wundt und Kraepelin 2002.

⁵²Barth 2013.

⁵³Elstner 2019.

Einblicke ergaben sich auch aus den Erinnerungen seiner Tochter Dora Stockert-Meynert⁵⁴, weiters wurde in den Originalarbeiten nach Hinweisen auf eine Verwendung von Kahlbaums Klassifikation gesucht.⁵⁵

Zur Dokumentation des Gebrauchs im weiteren 20. Jahrhundert dienten sowohl die Lehrbücher von Klages⁵⁶ sowie Zapotoczky und Fischhof⁵⁷ als auch Zeitschriftenartikel, etwa die Originalarbeiten von Eugen⁵⁸ und Manfred Bleuler.⁵⁹ Ebenfalls hilfreich waren Artikel in historischen Zeitschriften, im besonderen der dritte Band der “History of Psychiatry” von 2007 mit Schwerpunkt auf Emil Kraepelin und die Auswirkungen auf die modernen Nomenklatursysteme.⁶⁰ Als besonders hilfreich zum Verständnis der Entstehung der “modernen” Klassifikationssysteme DSM-III und ICD-9 im historischen Kontext erwiesen sich die Artikel von Hannah S. Decker aus dieser Ausgabe und jener von Gerald N. Grob zu DSM-I.⁶¹

⁵⁴Stockert-Meynert 1930.

⁵⁵Meynert 1884; Meynert 1876; Meynert 1890

⁵⁶Klages 1961.

⁵⁷Zapotoczky und Fischhof 1996.

⁵⁸E. Bleuler 1908; E. Bleuler 1911; E. Bleuler 1914

⁵⁹M. Bleuler 1943.

⁶⁰Lanczik 1992, S. 53–58; Decker 2007, S. 337–361; Jablensky 2007, S. 381–388; Engstrom 2007a, S. 389–398; Greene 2007, S. 361–379

⁶¹Grob 1991.

2 Psychiatrie Mitte des 19. Jahrhunderts bis zum ersten Weltkrieg

Das Kapitel soll den zeitlichen Rahmen für die Arbeit aufspannen und vor allem die Entwicklung eines Selbstverständnisses der Psychiatrie darlegen. Dieses entwickelte sich aus den beinahe entgegengesetzten Richtungen der zuerst in der Philosophie begründeten Psychologie einerseits und der Medizin andererseits. Selbst innerhalb der Medizin waren allerdings die klinischen und histologischen Zugänge im Widerstreit. Letzlich führten im 19. Jahrhundert die klinisch-diagnostischen Kriterien zu den differenziertesten Diagnosen. Die Autor*innen betonten stets die Wichtigkeit von histologischer und physiologischer Einordnung, die meisten Erkrankungen wideretzten sich jedoch einer solchen organischen Einordnung.

Der Medizinhistoriker Eric J. Engstrom beschreibt den fachlichen Umbruch um die Mitte des 19. Jahrhunderts auch als eine “Krise der Philosophie”, deren Bewältigung sowohl die Entstehung einer “neuen Psychologie” in den darauffolgenden Jahrzehnten darstellte als auch die Psychiatrie in ihrer Entwicklung nachhaltig beeinflusste. Er streicht einerseits besonders die zunehmende Wichtigkeit von somatischen Konzepten in dieser Zeit heraus, andererseits aber auch die Notwendigkeit für die Verfechter*innen der “neuen Psychologie”, die “zeitgenössisch vorherrschende Antipathie gegen die Naturphilosophie zu überwinden”. Darauf folgt allerdings auch der Hinweis, dass die Psychiatrie in den 1870ern bei weitem nicht auf biologische Konzepte und Hirnforschung beschränkt war, sondern sich zunehmend einem Methodenmix öffnete, etwa in Bezug auf die wichtiger werdende Empirie durch Erfahrung mit großen Heilanstalten und “Irrenhäusern”. Auch die auf den darauffolgenden Seiten erläuterte “Völkerpsychologie” von Moritz Lazarus bzw. in etwas anderer Form Wilhelm Wundt und deren gemeinsame Basis der “Psychophysik” nach Gustav Fechner (auch bekannt vom Weber-Fechner-Gesetz der Sinnesphysiologie) ließe sich hier wohl anführen.⁶²

2.1 Psychiatrie vor 1863

“It is no wonder, therefore, that the first half of the nineteenth century has outstanding significance for the history of psychiatry. Psychiatry deals with man as a person; its subject matter is the mind. Humanity, du-

⁶²Engstrom 2008, S. 43ff.

ring its civilized history, had consistently tried to disregard the “psyche” as a matter for scientific interest and to reduce it to psychical mechanisms.[...]”⁶³

Der Begriff “Psychiatrie” wird Johann Christian Reil (1759 – 1813) zugeschrieben, der ihn 1808 in seinem Aufsatz “Über den Begriff der Medizin und ihre Verzweigungen, besonders in Beziehung auf die Berichtigung der Topik in der Psychiaterie[sic]” verwendete⁶⁴. Marneros belegt hier Reils Ansatz, Psyche und Soma in einem Kontinuum zu sehen und die Psychiatrie als von der Medizin untrennbar zu zeigen. Konsequenterweise versucht Reil in diesem Zusammenhang die Psychiatrie auch als dritten Bereich der Medizin neben Chirurgie und Pharmakologie (diese als Vorstufe der inneren Medizin) zu etablieren. Donalies weist in diesem Zusammenhang noch darauf hin, dass die Psychiatrie nicht Anfang des 19. Jahrhunderts unvermutet entstanden ist, sondern dass sie auf “[...] Meinungen und Erfahrungen aufbauen, weiter forschen und arbeiten konnte, die schon davor, v. a. im 18. Jahrhundert, niedergeschrieben wurden. Eine Stunde Null hat es 1800 nicht gegeben. [...]”⁶⁵

Reils Schüler Christian Friedrich Nasse (1778 – 1851, siehe auch Kapitel 2.1.1) äußert sich wenige Jahre später eindeutig zu Gunsten der Bezeichnung “Irreseyn” als Oberbegriff für die psychischen Krankheiten. Nasse argumentiert, dass “Irreseyn” schonend für die Betroffenen sei und keine Aussage über die Art, sondern nur die Erscheinung der Pathologie mache, im Gegensatz etwa zu “Geisteskrankheiten”, “Seelenstörungen”, “Verwirrtheit”, “Gemüthsstörung”, “Narrheit”, “Unsinnigkeit” oder “psychische Deflexe”⁶⁶. Die auch bei Kant und Erhard gefundene “Verrückung” hat für ihn am ehesten eine korrekte Anmutung, scheidet jedoch aus, weil sie in der Literatur bereits für spezifische Krankheitszustände verwendet werde.⁶⁷ Als lateinische Bezeichnung bevorzugt er die aus dem Französischen übernommene Bezeichnung der “vesania”, die sich später auch bei Kahlbaum wiederfindet. Die etwa bei Linne verwendeten Bezeichnung “mentales” lehnt er aus den gleichen Gründen ab wie im Deutschen etwa die “Seelenkrankheiten”. Im Griechischen sieht er die auch bei Vogel verwendete *παρανοια* (Paranoia) als bereits hinreichend neutralen und umfassenden Begriff.⁶⁸

⁶³Alexander und Selesnick 1966, p. 134.

⁶⁴Marneros 2008, p 1.

⁶⁵Donalies 2008, S. 23f.

⁶⁶Nasse 1818, S. 19.

⁶⁷Nasse 1818, S. 28.

⁶⁸Nasse 1818, S. 30f hier nennt Nasse als Vorbilder für die Verwendung der französischen *vesanie* im Lateinischen Sauvages und Cullen, an anderer Stelle Dubuisson.

Nasses wissenschaftlicher Zugang ist dabei, dass eine Einteilung auf wiederholbaren Beobachtungen beruhen muss und nicht alleine auf theoretischen Überlegungen oder einmaligen Ereignissen. Er setzt fort, dass diese Beobachtungen leicht und, wenn möglich, nicht nur Expert*innen zugänglich sein sollen. Eine Einteilung ist für ihn gut, wenn sie keine überflüssigen Unterscheidungen macht.⁶⁹

Er schlägt daher vor, das Irresein wie bei Hippokrates und Cullen in Amentia (Blödsinn), Melancholie (Wahnsinn) und Manie (Tobsucht) zu unterteilen, auch wenn er sich mehr Trennschärfe wünscht.⁷⁰ Dem setzt er die Hoffnung hinzu, später physische Korrelate zu den drei Krankheitsbildern zu finden.⁷¹ Er sieht die alte Einteilung als vorübergehend, kann sich aber durchaus vorstellen, dass sie auch für die Zukunft verwendet wird.⁷²

Während die Einteilung der endogenen Psychosen in “manisch-depressives Irresein” und “Dementia praecox” auch in Bezug auf ähnliche Diagnosen in den diagnostischen Manualen des 20. Jahrhunderts gemeinhin Emil Kraepelin zugeschrieben wird, argumentieren Adityanjee et al., dass diese Unterscheidung bereits in der Antike getroffen wurde. Beispielsweise sehen sie in hinduistischen Vedas 1400 v. Chr. eine deutliche Abgrenzung von dämonischer Besessenheit, Intoxikation und manisch-depressiven Störungen. Auch in der westlichen Überlieferung sehen sie in Mesopotamien, in Rom bei den Satiren von Horaz oder den Krankheitsbeschreibungen von Aurelianus über Größenwahn und paranoide Störungen Hinweise auf schizophrenoide Krankheitsformen. Die erste klare Beschreibung der Schizophrenie sehen die Autor*innen 1801 bei Philippe Pinel.⁷³

2.1.1 Psyche und Soma in Psychiatrie und Medizingeschichte

Eine häufig berichtete Kontroverse der Psychiatrie im frühen 19. Jahrhundert war jene zwischen Psychiker*innen und Somatiker*innen; so auch bei Rafael Katzenstein.⁷⁴ Dabei handelt es sich jedoch, wie Michael Kutze⁷⁵ am Beispiel von Christian Friedrich Nasse, Carl Wigand Maximilian Jacobi (1775 – 1858) und Johann Christian

⁶⁹Nasse 1818, S. 33.

⁷⁰Nasse 1818, S. 34ff.

⁷¹Roelcke 1999a, S. 64; Nasse 1818, S. 48

⁷²Nasse 1818, S. 43.

⁷³Adityanjee u. a. 1999, S. 437ff.

⁷⁴Katzenstein 1963, S. 11.

⁷⁵Kutze 2003, S. 27ff.

August Heinroth (1773 – 1843) zeigt, nicht um eine strikte Trennung, sondern um ein Relikt aus der Psychiatriegeschichtsschreibung des 19. Jahrhunderts⁷⁶. Diese Ansicht wird an anderer Stelle auch vom Herausgeber Volker Roelcke geteilt.⁷⁷

“Die deutsche Psychiatrie war am Anfang des neunzehnten Jahrhunderts von der Romantik beherrscht. Die sogenannten Psychiker sahen in den “Geisteskrankheiten” reine Erkrankungen der Seele ohne Beziehung zum Körper, und zahlreiche unter ihnen glaubten, daß die “Geisteskrankheit” aus Sünden und Laster entstehen. Prominent unter den Trägern dieser Vorstellung war J. Heinroth. Im Gegensatz zu den Psychikern sah die Schule der Somatiker die “Geisteskrankheiten” als körperliche Krankheiten an, die sich lediglich in seelischen Symptomen zeigten. Friedrich Nasse und Maximilian Jacobi waren deren Vertreter. Die Psychiater dieser Schule beschäftigten sich vor allem mit körperlichen Erscheinungen in der Geisteswelt: Puls, chemische Veränderungen, Gewicht. Der gewaltige Aufschwung der Naturwissenschaften und die Entdeckung [sic] im Gebiete der Neurologie verhalfen dann gegen Mitte des Jahrhunderts einer rein somatisch-mechanischen Einstellung in der Psychiatrie zum Sieg.”⁷⁸

Auch erscheint die Aufteilung begrifflich problematisch, da eine Assoziation mit heutigen wissenschaftstheoretischen Konstrukten zu fürchten wäre, so könnten etwa (historisch nicht akkurat) die Psychiker*innen als Vertreter*innen einer “wissenschaftlichen Psychologie”, die Somatiker*innen einer “biomedizinischen, naturwissenschaftlichen Sicht auf leblose Materie” interpretiert werden, wie Kutze schreibt. Er beschreibt, wie im frühen 19. Jahrhundert dem “Psychiker” Johann Christian Heinroth Zwangsmethoden aus dem Repertoire Peter Joseph Schneiders von 1824 nachgesagt werden, während “Somatiker*innen” wie Friedrich Nasse und Maximilian Jacobi als menschlicher gesehen werden im Sinne einer zeitgemäßerer Medizin.⁷⁹

Kutze führt weiter aus, dass alle drei einen Leib-Seele-Dualismus vertreten, wenn auch die Seele bei Heinroth eine wichtigere Rolle einnimmt. Bei ihm folgt der Körper den seelischen Funktionen, während bei Jacobi die Geistestätigkeit eine Funktion des Körpers ist. Bei Nasse gibt es eine konkretere Lokalisation von bestimmten psychi-

⁷⁶Kutze 2003, S. 28.

⁷⁷Roelcke 1996, S. 49.

⁷⁸Kahlbaum 1863, S. 11.

⁷⁹Kutze 2003, S. 27f.

schen Funktionen zu Körperregionen innerhalb und außerhalb des Kopfes⁸⁰. Beide distanzieren sich jedoch deutlich von den Lokalisationstheorien sowohl nach Soemmerring als auch Gall, der daraus die Phrenologie ableitet.⁸¹

Die "Seele" nimmt in der psychischen Krankheit auch unterschiedlichen Schaden: Jacobi nimmt an, dass sie, weil vom Körper abstrahiert, nicht erkranken könne; Jacobi argumentiert ursprünglich ähnlich, geht jedoch später von einer stärkeren Beteiligung der Seele an psychischen Störungen aus. Beim "Psychiker" Heinroth manifestieren sich psychische Störungen stets in der ganzen Person, also Geist und Körper, jedoch bleibt die Seele stets zumindest teilweise funktional.⁸²

Einen absoluten Determinismus sehen beide Seiten nicht. Das wichtige Problem der Freiheit der Seele findet bei Nasse und Jacobi ihren Ausdruck als eine Art "Determinismus des Biologischen [der psychischen Störung]". Ersterer stellt unabhängig vom Konzept der Sünde in Abrede, dass die Seele selbst die Unfreiheit wählen würde, welche die psychische Störung bedingt.⁸³ Beim "Psychiker" Heinroth ist die Erklärung mehr religiöser Natur. Obwohl er weder im therapeutischen Bereich religiöse Methoden unbedingt propagiert, noch den Zusammenhang mit der Sünde herstellt⁸⁴, wurde ihm genau das sowohl zu seiner Zeit als auch von der Geschichtsschreibung vorgeworfen.

So gehen etwa Alexander und Selesnick auf Heinroths Begrifflichkeiten genauestens ein und zeigen die Ähnlichkeit mit Freuds späterem Ich-Konzept auf⁸⁵, sehen aber bei ihm auch die Entstehung der Geistesstörung in der Sünde, die sie als Äquivalent zum Schuldbewusstsein späterer Psychiater*innen aufzeigen. Es seien auch nicht nur sündige Taten, sondern bereits Gedanken, die ein solches bewirken. Auf Grund der religiösen Terminologie werde er eher als religiöser Heiler denn als Vorläufer der Psychoanalyse gesehen. Seine Dreiteilung der psychischen Funktionen in erstens Gefühle und Instinkte, zweitens ein *Ego* für den Umgang mit und die Freude an der Welt sowie drittens ein Gewissen (Über-Uns) habe aber bereits eine Struktur, die eine Ähnlichkeit mit der später im psychoanalytischen Bereich verwendeten Aufteilung in *Id/Es*, *Ego/Ich* und *Superego/Überich* aufweist. Eine Parallele lässt sich angesichts seines Konzepts der moralischen Entwicklung wohl auch zu Lawrence

⁸⁰Kutze 2003, S. 31.

⁸¹Kutze 2003, S. 33.

⁸²Kutze 2003, S. 36f.

⁸³Roelcke 1999a, S. 65.

⁸⁴Kutze 2003, S. 39ff.

⁸⁵Alexander und Selesnick 1966, p 141.

Kohlbergs Darstellung der moralischen Entwicklung in präkonventioneller, konventioneller und postkonventioneller Ebene ziehen, ich konnte jedoch keine Belege für einen direkten Zusammenhang finden.

Henseler weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Heinrich Wilhelm Neumann (1814 – 1884) 1842 noch Heinroths Einschätzung teilt, der zufolge die “Geisteskrankheit” in ursächlichem Zusammenhang mit der Sünde steht und “nicht ohne eine gewisse Einwilligung des Kranken” entstehe. Diese Ansicht revidiert Neumann jedoch im “Leitfaden” 1859. Er sieht zwar noch eine “Unfreiheit” wie bei Heinroth, aber keinen Hinweis auf die Ansicht der “Einwilligung” mehr.⁸⁶

Dies sieht bereits Heinroths Zeitgenosse und in diesem Aspekt Gegenspieler Nasse ähnlich, er äußert 1818 die Ansicht, dass die Hauptursache für die psychische Krankheit (dort “Irreseyn”) die Unfreiheit der Seele ist und nicht auf einer freien Entscheidung beruht. Er fügt hinzu, dass die “Sünde” bei “Irren” nicht häufiger zu finden sei als bei Gesunden und eine allfällige “Erbssünde” alle betreffe, nicht nur die Kranken.⁸⁷

Beide Seiten sehen also eine Dualität von Hirn und Seele und zeigen eine “anthropologische” Sicht mit paternalistischen Zügen.⁸⁸ Allerdings ist der “psychische” Zugang Heinroths strenger, die “Somatiker” Nasse und Jacobi vertreten einen liebevolleren Umgang, der aber die “Irren” nicht immer als zurechnungsfähige Personen sieht.

2.1.2 Zwang und Non-Restraint

Ein weiterer Aspekt, der im frühen 19. Jahrhundert kontrovers diskutiert wurde, betrifft die Zwangsmaßnahmen für die “Irren”, insbesondere in Bezug auf eine Heilwirkung.

Zu den Begriffen No-Restraint und Non-restraint: beide sind gebräuchlich; die Sekundärliteratur (hier nach Kai Sammet und Roland Schiffter) scheint eher zu Non-restraint zu neigen, Griesinger und Laehr sprechen jedoch von “No-Restraint”.

⁸⁶Henseler 1959, S. 91.

⁸⁷Roelcke 1999a, S. 65.

⁸⁸Kutze 2003, S. 43; Roelcke 1999a, S. 67

Zwar zählt die “Befreiung der Irren aus Tollkoben, [aus] finsternen Kellergeschoße[n]” zum “Gründungsmythos der Psychiatrie”⁸⁹, wie Kai Sammet formuliert. Entsprechend der aktuellen Verwendung argumentiert etwa Christian August Hayner 1817 gegen den Zwangsstuhl⁹⁰, der dennoch bei Jacobi⁹¹ 1834 noch Anwendung findet.

Diesbezüglich gibt es auch zwischen den im vorigen Unterkapitel genannten Psychiker*innen und Somatiker*innen wenig Unterschiede. Die Therapien sind mit Bädern und Aderlass, pharmakologischem und physischem Reiz und Zwang recht ähnlich, auch wenn der theoretische Unterbau sehr verschieden ist.⁹²

John Conolly schaffte 1839 in Hanwell physische Zwangsmethoden ab und blieb auch später dabei. Kai Sammet führt an, dass dies 1860/70 auch noch von Bernhard von Gudden und Ludwig Meyer mitgetragen wurde, Griesinger bemüht sich wenig später, im ökonomischen und wissenschaftlichen Spannungsfeld Zwang zu vermeiden.⁹³, schließt jedoch auch einen historischen Abriss ein.

Griesingers politische Einstellungen könnten dabei einen Einfluss auf seine Bemühungen zum Umgang mit Kranken gehabt haben: nicht nur musste er auf Grund von Betätigung in der verbotenen liberalen Burschenschaft die Universität Tübingen verlassen und den Rest seines Studiums mit anderen Flüchtlingen vor autoritären Regierungen in Zürich abschließen, er begründete auch die liberal gesinnten “Jahrbücher der Gegenwart”, in denen er gegen Repression und Zensur schrieb.⁹⁴

Bei den Verfechter*innen des späteren Non-restraint gab es auch Ressentiments gegen das Aufsichtspersonal. Johann Christian Reil und Ernst Horn klagten 1803 bzw. 1818 über mangelnde Bildung und moralische Integrität der “Wärter*innen”, Wilhelm Bergsträsser warf ihnen 1848 vor, die “Kunst und Wissenschaft des Arztes” zu behindern⁹⁵.

⁸⁹Sammet 2003, S. 96.

⁹⁰Sammet 2003, S. 97.

⁹¹Kutze 2003, S. 41.

⁹²Kutze 2003, S. 43.

⁹³Sammet 2003, S. 100f.

⁹⁴Roelcke 1999a, S. 68ff.

⁹⁵Sammet 2003, S. 109.

Grundsätzlich wird die Meinung weitgehend geteilt, dass Arbeit ein notwendiger Aspekt in der Unterdrückung, wenn nicht Heilung von “Geisteskrankheiten” ist. Die Meinungen gehen aber auseinander, wie weit Zwang angewandt werden darf, alleine um “Irre” gefügig zu machen. Griesinger wendet anstatt eines Käfigbetts etwa 1860 eines mit hochgezogenen Seitenwänden an.⁹⁶ Er beruft sich dabei auf Conolly.

Heinrich Laehr hält die ganze Idee für unsinnig. Er kämpft zwar selbst gegen den Missbrauch der “Sicherungswesten”, wie er sie nennt, und will sie nur im Notfall einsetzen⁹⁷. Er weist aber darauf hin, dass sich auch in England No-Restraint nicht unbeschränkt bewährt habe. Süffisant zitiert er Griesinger selbst, der zwanzig Jahre vorher in seinem Lehrbuch von 1845 No-Restraint eher kritisch sieht.

Jener führt dort an, dass “Gründe zwar gegen den Missbrauch der Zwangsmittel, aber noch nicht für ihre Verwerfung in allen Fällen sprechen”. Er argumentiert für mechanische Zwangsmittel und gegen “Gewalttätigkeiten” von “unverhältnismässigen Wärterzahl[en]”. Er erwähnt auch, dass einzelne Kranke selbst um entsprechende Hilfsmittel bitten, weil dann Anfälle rascher zu bewältigen wären. Selbst ein Bericht an das “englische” Parlament kommt laut diesem Text zu dem Schluss, dass “Scenen grober Ruhestörung und Gewaltthat aus den Häusern [berichtet werden], wo das No-Restraint eingeführt war [...]”⁹⁸

2.1.3 Psychiatrische Lehre zwischen Anstaltspraktikum und Universitätslehrstuhl

Die Besetzung der Lehrstühle bleibt für lange Zeit ein kontroversielles Thema. Während die ersten Dozent*innenstellen meist “Irrenärzt*innen” innehaben, deren Befähigung vor allem aus ihrer Position und Erfahrung als Anstaltsleiter*innen stammt, ist diese Karrieremöglichkeit in späteren Jahren zunehmend umstritten und steht ab 1900 kaum mehr offen. Die Argumentationslinien sind hier durchaus zwischen den Lagern gespalten: Länder und Ministerien profitieren von finanziellen und organisatorischen Synergien der Personalunion, allerdings müssen die beiden Positionen bei Neubesetzungen jeweils individuell verhandelt werden. Die medizinischen Fakultäten haben bei der Bestellung der Leiter*innen kein Mitspracherecht, sodass sich bei Tod oder Kündigung rasch eine Lücke im Lehrkörper ergeben kann, und schlimmer noch

⁹⁶Sammet 2003, S. 95ff.

⁹⁷Laehr 1868, S. 11f.

⁹⁸Griesinger 1845, S. 372ff; Laehr 1868, S. 16ff

eine Besetzung gegen die Interessen der Fakultät drohen könnte. Die Direktor*innen wiederum sind an ihren Anstalten zunehmend mit administratorischen Anforderungen ausgelastet und sehen sich entsprechend bisweilen von zusätzlichen akademischen Pflichten überfordert.⁹⁹

Als Wendepunkt in diesem Prozess beschreibt Eric Engstrom die Einrichtung der ersten von der Anstaltspsychiatrie unabhängigen Universitätsklinik für Psychiatrie in Halle 1884. Zuvor hatte Eduard Hitzig als Anstaltsleiter auch den Lehrstuhl betreut, das preußische Ministerium lehnte aber eine weitere Finanzierung seiner Dozentur ab und begann damit einen Prozess, der die psychiatrische Lehre in Deutschland nachhaltig verändern sollte.¹⁰⁰

2.1.4 Andere Spannungsfelder: Zugänge zur Neurologie und Psychiatrie

Ein weiterer Streitpunkt ist im gesamten neunzehnten Jahrhundert der wissenschaftliche und didaktische Zugang zur Psychiatrie. Roelcke erwähnt etwa die unterschiedlichen Ansprüche der Lehrenden je nach Ausgangspunkt: **“Irrenarzt*innen”** (also Anstaltsleiter*innen) sehen es als essenziell an, besonders das Leben im “Irrenhaus,” die dortigen Gepflogenheiten, den Tagesablauf und die therapeutischen Methoden kennenzulernen. **Hirnanatom*innen** streichen die Wichtigkeit eines wissenschaftlichen Zugangs heraus und sehen in anderen Zugängen die Gefahr, dass sich die Psychiatrie zu sehr in administrativen Pflichten verlieren könnte, wohingegen **Kliniker*innen** die psychiatrische Lehre fest am Krankenbett verorten. Das Erlernen der Beobachtung und Interpretation von klinischen Symptomen ist für sie die wichtigste Grundlage der psychiatrischen Ausbildung.¹⁰¹

Der naturwissenschaftliche Zugang ist dabei zwar in den 1870ern und 1880ern wichtig, um eine wissenschaftliche Fundierung der Psychiatrie an den Universitäten voranzutreiben, in der Folge nimmt aber die “Psychologisierung” eine immer größere Bedeutung an, um die institutionellen Herausforderungen und die Einordnung in das Lehrgebäude der Medizin zu erleichtern.¹⁰²

Bis in die 1850er ist die psychiatrische Ausbildung durch eine Art “Wanderjahre” gekennzeichnet, zum einen Teil privat finanziert und zum anderen auch im staatlichen Auftrag zur Begründung neuer “Irrenhäuser”. Diese Möglichkeit bleibt bis etwa 1900

⁹⁹Engstrom 2003, S. 121f.

¹⁰⁰Engstrom 2003, S. 132ff.

¹⁰¹Engstrom 2003, S. 118.

¹⁰²Engstrom 2003, S. 141, S. 145.

bestehen, ab etwa 1860 gibt es allerdings zusätzlich eine neue Generation von “Irren-ärz*innen”, deren Ausbildung eine rein universitäre ist, namentlich etwa Wilhelm Griesinger, Eduard Hitzig, Carl Westphal und Hermann Emminghaus.¹⁰³

2.1.5 “Dementia paralytica” und Einheitspsychose

Das verbreitetste nosologische Konzept der Psychiatrie in Deutschland war wie in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts auch um 1860 die Vorstellung, dass die klinischen Bilder des “Irreseins” in Verlaufsformen ohne scharfe Grenzen nacheinander auftreten. Häufig wird dies als Einheitspsychose bezeichnet, ein Begriff, der auf Albert Zeller zurückgeht¹⁰⁴ und weitgehend deckungsgleich ist mit dem Konzept Heinrich Wilhelm Neumanns (1814 – 1884), auf den sich auch Kahlbaum beruft. Gemäß diesem durchlaufen typische Psychosen prozesshaft vier Stadien, welche stets in der gleichen Reihenfolge ablaufen und jeweils im Wesentlichen durch Melancholie, Manie, Verwirrtheit und “Blödsinn” gekennzeichnet sind.¹⁰⁵ Allerdings sieht Neumann die Melancholie bereits als außerhalb des Schemas der Einheitspsychose stehend:

“Die Melancholie, welche man im Anfange vieler Fälle von Seelenstörung beobachtet und welche daher gewöhnlich als ein Stadium prodromorum angesehen wird, in anderen Fällen aber auch fehlt, will Neumann nicht als ein besonderes Stadium angesehen wissen, weil er sie nicht nur vor dem Auftreten des Wahnsinns, sondern auch nach demselben beobachtet hat und weil er selbst in allen Stadien, auch selbst während des Stadiums des Wahnsinns bisweilen melancholische Verstimmung wahrzunehmen Gelegenheit gehabt hat.”¹⁰⁶

Diese Ansicht vertritt Neumann auch 1883 noch. Er geht davon aus, dass die Melancholie eine leichte Form der “Seelenstörung” ist und mit oder ohne Behandlung von selbst abheilen kann.¹⁰⁷ Insgesamt geht er bei der “Dementia paralytica”, wie er die Einheitspsychose nennt, von einer strengen Progression der Krankheit aus und sieht

¹⁰³Engstrom 2003, S. 120.

¹⁰⁴Engstrom 2003, S. 128.

¹⁰⁵Katzenstein 1963, S. 16.

¹⁰⁶Kahlbaum 1863, S. 41.

¹⁰⁷Neumann 1883, S. 57.

eindeutig “Stadien”, jedoch ohne strenge Abgrenzung zwischen dem “Stadium der Produktion” (Wahnsinn), “Stadium der Lockerung des Zusammenhangs” (Verwirrtheit) und “Stadium des Erlöschens der geistigen Leistungen” (Blödsinn).¹⁰⁸

Emil Kraepelin bezeichnet die “Einheitspsychose” 1918 als “Zeller-Griesingersche Lehre”.¹⁰⁹ Griesinger gab zwar in seinem Spätwerk das Konzept auf zu Gunsten einer ätiologischen Klassifikation unter Einbindung einer neuropathologischen Variante von Morels Degenerationslehre. Diese Ansicht schlug sich jedoch nur in seinen Aufsätzen ab dem Jahre 1866 nieder, er starb 1868, bevor er sein gut eingeführtes und Kraepelin wohlbekanntes Lehrbuch in diesem Sinne erweitern konnte.¹¹⁰

Da die Einheitspsychose im Frühstadium als heilbar galt und die Prognose mit der Abfolge der Stadien als immer schlechter angenommen wurde, war eine frühe Hospitalisierung ein wichtiges Ziel in der psychiatrischen Versorgung Anfang des 19. Jahrhunderts.¹¹¹

Kahlbaum rezipiert die Einheitspsychose in seinem Werk von 1863 und führt sie unter der Bezeichnung “Vesania typica” bei seinen “Geisteskrankheiten” an.

Auch 1867 besteht beim Psychiater*innenkongress in Paris noch Uneinigkeit über die Einheitspsychose und der entsprechenden diagnostischen Bedeutung von “Wahn” und “Melancholie”.¹¹² Hermann Emminghaus berichtet 1878 über die Uneinigkeit zwischen Fachkolleg*innen, ob “Verrücktheit” eine sekundäre Störung sei, oder ob “Melancholie” und “Manie” zwangsläufig aufeinander verlaufen, was die “Verrücktheit” ebenfalls als “primäre” Störung bedingen würde. Er sieht die Fragestellung aber allgemein als unwichtig an und nur für die “specielle[n] Psychosen” relevant.¹¹³

2.2 Karl Ludwig Kahlbaums Zeit und Lehre

“Und so glaube ich mich keiner unnützen Subtilitätssucht schuldig zu machen, wenn ich diese Fälle von Seelenstörung, in welchen das Stadium melancholicum nicht beobachtet werden konnte (ohne dass es an einem Beobachter fehlte!) als eine andere Art, oder Varietät oder Untervarietät ansehe und in dem *jäh*en Ausbruche der Krankheit, in dem Anbeten

¹⁰⁸Neumann 1883, S. 53.

¹⁰⁹Kraepelin 1918, S. 80.

¹¹⁰Roelcke 1999a, S. 91; Kraepelin 1918, S. 80; Morel 1852, p. 65, p. 86

¹¹¹Sammet 2003, S. 114f, auch S. 96 u. S. 102.

¹¹²Roelcke 2003, S. 175.

¹¹³Emminghaus 1878, S. 275.

des höchsten Grades der Acme von Anfang an, die Eigenschaft erkenne, welches als charakteristisches Symptom hervorgehoben werden muss und von welcher die Bezeichnung hergenommen werden mag. Ich will sie daher *Vesania typica præceps* nennen.”¹¹⁴

Der Inhalt dieses Kapitels geht vorwiegend auf die Ausführungen von Rafael Katzenstein in “Karl Ludwig Kahlbaum und sein Beitrag zur Entwicklung der Psychiatrie” zurück, wobei auch einige Zitate von Kahlbaum selbst Eingang finden sollen.¹¹⁵

1863 erschien die erste Auflage von Kahlbaums Lehrbuch “Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Eintheilung der Seelenstörungen”. Dieses Werk hätte polarisieren können, es brachte Erweiterungen und ganz neue Konzepte in die Psychiatrie, für fast zwei Jahrzehnte war es der modernste Zugang zur Psychiatrie im deutschsprachigen Bereich. Rafael Katzenstein führt allerdings mehrere Gründe an, warum die Rezeption weniger enthusiastisch, die resultierenden Veränderungen geringer und die Auswirkungen auf Nomenklatur und Klassifikation weniger direkt waren, als die Konzeption des Werkes hätte erwarten lassen können.

Kahlbaum würdigt durchaus die Einheitspsychose des vorigen Kapitels im historischen Einführungsteil seines Buches. Er spricht von “dem Neumannschen Schema entsprechenden Fällen” und erkennt sie unter der Bezeichnung “*Vesania typica*” als Unterpunkt einer seiner fünf Gruppierungen von “Geisteskrankheiten” an.¹¹⁶ Er hat jedoch zwei wesentliche Kritikpunkte an diesem Modell: erstens sieht er die Einheitspsychose als häufigen, aber nicht einzig möglichen Verlauf und einzige Erklärung, sondern argumentiert, dass die Phasen auch unabhängig voneinander vorkommen können, nicht zwingend in dieser Reihenfolge auftreten müssen und auch Phasen entfallen können, zweitens legt er Wert auf die strikte Trennung von Krankheitseinheiten (vergleichbar mit Symptomen) bzw. Zustandsformen und Krankheitsbildern.

Er beschreibt die vier Phasen der Einheitspsychose anhand ihrer Symptome, um sie dann als Krankheitsphasen mit einer neuen Nomenklatur zu versehen, und schreibt so vom “*Stadium incrementi vesaniae typicae*”, welches durch Zeichen der Melancholie gekennzeichnet ist, einem “*Stadium acmes*”, bei dem das Hauptsymptom die Manie

¹¹⁴Kahlbaum 1863, S. 68.

¹¹⁵Katzenstein 1963.

¹¹⁶Kahlbaum 1863, S. 66.

ist, vom “Stadium decrementi”, in dem Verwirrtheit (Verrücktheit) eintritt und vom “Stadium defecti” mit dem Endzustand des “Blödsinns” (ein Zustand, der mit Demenz assoziiert werden könnte).

Im Hauptteil des Buches entwickelt Kahlbaum seine psychiatrische Krankheitslehre in fünf Gruppierungen. Die erste Gruppe in nennt er “**Vesania**”, neben der “Vesania typica completa” mit allen Stadien beschreibt er Unterformen, bei denen etwa die erste oder zweite Phase, nicht zu beobachten sind (“Vesania typica praeceps” bzw. “Vesania typica simplex”).

Außer der “Vesania typica” nennt Kahlbaum auch die “progressive Paralyse” oder “progressive Parese”¹¹⁷) als “Vesania progressiva”¹¹⁸ in dieser Gruppe, sowie die später oft zitierte “Katatonie”, auch “Spannungsirresein”, die aber nicht in seinem Lehrbuch von 1863, sondern erst in der Monographie 1874 und in einem weiteren Aufsatz von 1878 aufscheint. Diese teilt er wiederum in eine “Katatonia mitis”, “gravis” und “protracta”.¹¹⁹ Erstere nennt er auch eine “Melancholia attonita” mit häufigen, aber flüchtigen Ausbrüchen, der Begriff kommt bereits 1863 als “Habitualform” vor.¹²⁰ Der “Katatonia gravis” ordnet er, wie der Name sagt, einen schwereren Verlauf mit längeren und/oder schwereren neuromotorischen Störungen zu, während die “protrahirte Form” durch Remissionen und Intermissionen gekennzeichnet ist.¹²¹

Wie Friedrich Nasse einige Jahre früher schreibt, wurde der Begriff der “vesanie” vorher bereits in Frankreich für psychische Störungen verwendet, er empfiehlt ihn auch als lateinischen Überbegriff für die psychischen Krankheiten, die er im Deutschen “Irreseyn” nennt.¹²²

Die zweite Gruppe der “**Vecordia**” wird als eine idiopathische Seelenstörung beschrieben, welche sich nur auf eine der drei Sphären von Gemütsleben, Denktätigkeit und Willen auswirkt. Auch hier legt er Wert auf die Trennung von Zustandsformen (Symptomen) und Krankheitsformen und spricht von einer “Dysthymia” bei Beobachtung melancholischer Zeichen, einer “Paranoia” bei Verrücktheit mit Denkstörungen, wobei er die Wörter “Verwirrtheit” und “Perturbation” für die Zustandsformen reserviert, sowie einer “Diastrephia” bei Einschränkungen des Willens und der Handlungsfähigkeit. Katzenstein spricht hier von einer Vergleichbarkeit mit “Psychopathi-

¹¹⁷Kahlbaum 1863, S. 79ff.

¹¹⁸Katzenstein 1963, S. 18.

¹¹⁹Katzenstein 1963, S. 19, S. 28; Kahlbaum 1878, S.1134, S. 1141

¹²⁰Kahlbaum 1863, S. 146.

¹²¹Kahlbaum 1874, 88ff.

¹²²Nasse 1818, S. 18 hier nennt er Dubuisson, an anderer Stelle Sauvages und Cullen.

en” sowie “manie sans délire” oder “monomanie instinctive”, führt jedoch aus, dass letzteres Krankheitsbild in Kahlbaums späterem Werk fallengelassen wird, weil auch andere Symptome beobachtbar sind außer der Willensstörung. Als ebenfalls nur 1863 angeführte Untergruppe sei noch die “Vecordia insania” mit inhaltlichen, jedoch nicht totalen Defekten in allen drei Sphären zu nennen.¹²³

Als dritte Gruppe in Kahlbaums Krankheitslehre steht die “**Dysphrenie**”, welche er als “sympathische und symptomatische Seelenstörung im Anschluss an einen speciellen physiologischen oder pathologischen Körperzustand sich entwickelnd mit dem Charakter der Totalerkrankung des psychischen Lebens und der Vermischung dieser Symptome”¹²⁴ beschreibt. Er unterscheidet hier nach ätiologischen Gesichtspunkten eine “Dysphrenia nervosa”, welche das “animale” System, also die Nervenbahnen betrifft und etwa die Epilepsie einschließt, die “Dysphrenia chymosa”, bei der das “vegetative” System über die Blutbahn Einfluss auf das Gehirn nimmt, z. B. Alkoholrausch oder delirium tremens und die “Dysphrenia sexualis”, welche unabhängig vom Übertragungsweg über Blut oder Nerven an Geschlechtsprozesse wie die Menses gebunden wiederholt auftritt.

Die vierte Gruppe der Krankheitslehre wird von den “**Neophrenien**” belegt, welche neben einer angeborenen “Neophrenia innata” (simplex, cretinica oder epileptica), von anderen laut Katzenstein auch “Dementia congenita” genannt¹²⁵ und einer erworbenen “Neophrenia morbosa” (simplex, epileptica) auch eine “Neophrenia carens” umfasst, welche sich durch Mangel eines höheren Sinnesorgans auszeichnet (coeca, surdo-mutua).

Als fünfte und letzte Gruppe der Krankheitseinteilung nennt Kahlbaum schließlich die “**Paraphrenien**”, welche als eine Klasse von Geistesstörungen beschrieben wird, welche sich in Zeiten der geistigen Veränderung entwickeln. Es wird darunter eine “Hebephrenie” als Psychose in der Pubertät sowie eine “Paraphrenia senilis” im Greisenalter eingeordnet, wobei letztere nach Katzenstein sonst “Dementia senilis” genannt wird¹²⁶. Eine weitere Untergruppe, die “Paraphrenia hypnotica” oder “Hyp-

¹²³Katzenstein 1963, S. 20f.

¹²⁴Kahlbaum 1863, S. 136.

¹²⁵Katzenstein 1963, S. 22.

¹²⁶Katzenstein 1963, S. 23.

nophrenia”, welche als eher theoretisch angeführte Seelenstörung im Schlaf erklärt wird und etwa Schlafwandeln und Alldruck erklären soll, entfällt 1878.¹²⁷ Für eine eingehender Beschreibung von Kahlbaums Paraphrenie sei auf Kapitel 3.2 verwiesen.

Im Anschluss an die Krankheitslehre erklärt Kahlbaum den theoretischen Unterbau, der auf einer Unterscheidung von Symptomen (wie Neumann spricht Kahlbaum von (Krankheits-)Elementen¹²⁸), Erscheinungskomplexen und Krankheitsbild (namentlich die Einheitspsychose) beruht. Nach Karl Stark (1836 – 1897) und Joseph Guislain (1797 – 1860) beruft er sich auf Zustandsformen aus 15 Elementarformen, jeweils drei (Hyper-, Hypoaktivität und, qualitative Veränderung) aus den Bereichen Gefühlsleben, Gedankengang, Willensäußerung, Motorik und Sensibilität.¹²⁹

So werden der Melancholie als häufige Symptome Hyperthermie, Hyperästhesie, Parathyme, Hypernoëse und Hyperkinesie zugeordnet, im Gegensatz dazu dem “Blödsinn” eine “Anoësia” (Wahnsinn) und der Verwirrtheit eine “Paranoësia”, der Manie hingegen vor allem eine “Hyperergia”. Er betont den theoretisch-mnemonischen Wert und die Wichtigkeit der Beobachtung des Verlaufs für die Prognose, beispielsweise die Abfolge von Melancholie und Manie¹³⁰. Die Beschreibung ähnelt durchaus jener bei Guislain¹³¹.

Bemerkenswert ist die fehlende Rezeption Kahlbaums zu seiner Zeit oder vielmehr die spärliche wissenschaftliche Diskussion, die seine Krankheitslehre erfährt. Er teilt dieses Schicksal mit seinem Lehrer Wilhelm Neumann¹³². Katzenstein sieht dafür mehrere Gründe: sein Stil ist schwerfällig und umständlich, Kahlbaum spart zugunsten des wissenschaftlichen Textes mit praktischen Beispielen, und die neue Nomenklatur (Aufteilung in Symptome und Krankheitsbilder) wird als störend empfunden. Auch verhindert die verbreitete Konzeption der “Einheitspsychose” die klinische Betrachtungsweise. Eine deutlich größere Verbreitung erfahren zum Missfallen Kahlbaums ausgerechnet die Schriften, die der Assistent Ewald Hecker (1843 - 1909) in seinem Auftrag verfasst.¹³³

¹²⁷Kahlbaum 1863, S. 129.

¹²⁸Kahlbaum 1863, S. 139.

¹²⁹Katzenstein 1963, S. 23.

¹³⁰Katzenstein 1963, S. 23f.

¹³¹Guislain 1833, p. 186.

¹³²Engstrom 2003, S. 133.

¹³³Katzenstein 1963, S. 37ff.

Kahlbaum erklärt teilweise nicht einmal die sperrigen Begrifflichkeiten, bei der "mania melancholica" beispielsweise nennt er als Symptome "Hyperthymia, die Hyperergesia (Stark's Hyperbulia) und die Anoësia, sodann die Hypernoësia, die Parathymia, Paranoësia und Parergesia" und merkt lapidar an: "Es kann natürlich dem Plane dieses Werkes entsprechend hier nicht der Ort sein auf das Materielle dieser Gegenstände wissenschaftlich näher einzugehen [...]".¹³⁴

Katzenstein schließt, dass Kahlbaum seiner Zeit voraus war und von seinen Krankheitsformen die Katatonie und die in seinem Namen von dessen Assistent Hecker vorgestellte Hebephrenie in Verwendung bleiben.¹³⁵

Gerade sein vielleicht bekanntestes Erbe, die "Katatonie", kommt allerdings in dem Lehrbuch von 1863 noch nicht vor, ihr widmet er 1874 eine Monographie.¹³⁶

Wie auch in Kapitel 3.3 ausgeführt sind Bezüge zu Kahlbaum in den folgenden Jahrzehnten nicht nur bei Kraepelin immer wieder zu finden, etwa erinnert Meynert 1876 im Zusammenhang mit basaler Meningitis an Kahlbaums Katatonie.¹³⁷

2.3 Kongresse, Lehrbücher und nosologische Konzepte

Wie schon in der Einleitung kurz umrissen, gab es ab 1870 einige gesellschaftliche Veränderungen mit Auswirkungen auf die Psychiatrie im deutschen Kaiser*innenreich, die Volker Roelcke in drei Punkten zusammenfasst: erstens wurde durch die Entwicklung eines Sozialversicherungswesens anstatt der Zuständigkeit der Gebietskörperschaften die Erstellung einer "Irrenstatistik" wichtiger, da mit dieser Umstellung die Frage nach Risikoabschätzung und Ressourcenplanung einher ging. David Lederer weist im gleichen Band auf das "Kontributionssystem" hin und belegt nach Doris Kaufmann die Verantwortung und teilweise Zahlungsunwilligkeit von "Verwandten, ländlichen Gemeinden und Bezirken" 1803.¹³⁸ Zweitens erfolgte sukzessive die Verankerung der Psychiatrie in den medizinischen Curricula. Das bedeutete, dass alle Medizinstudent*innen sich mit dem Fach befassen mussten, also eine Notwendigkeit der Standardisierung des Wissens. Damit ging wiederum ein erhöhter Bedarf an

¹³⁴Kahlbaum 1863, S. 152.

¹³⁵Katzenstein 1963, S. 40.

¹³⁶Kahlbaum 1874.

¹³⁷Meynert 1876, S. 5.

¹³⁸Roelcke 2003, S. 171; Lederer 2003, S. 82

Spezialist*innen einher, um die Lehrposten und Professuren zu besetzen¹³⁹. Das führte dazu, dass drittens die Psychiatrie in Wissenschaft und Praxis reformiert werden musste, um den neuen Anforderungen gerecht zu werden.¹⁴⁰

Die Forderung nach einer “Irrenstatistik” wurde beim Psychiater*innenkongress in Paris 1867 laut, der unter der Leitung von Ludger Jules Joseph Lunier (1822 – 1885) stattfand. Es wurden “Autorität, Validität und prognostisch-praktische Relevanz psychiatrischer Kategorien und Urteile” davon erhofft, unter Mitarbeit von Griesinger, Mundy und Roller entstand ein Entwurf, der “an alle Regierungen sowie die psychiatrischen und statistischen Gesellschaften in Europa und den USA versendet” wurde. Dieser beinhaltete den Vorschlag eines Zählblatts, für dessen Inhalt allerdings vorerst kein Konsens gefunden werden konnte und welches zu Konflikten zwischen dem von Griesinger über das “Archiv für Psychiatrie” beeinflussten Preussen und dem Rest Deutschlands und dem Verein deutscher “Irrenärzte” bzw. der “Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie” führte; Christian Friedrich Nasse schrieb dazu, dass die Zählblätter “von der Regierung octroyiert” worden seien. Unter anderem bestand Uneinigkeit über die Klassifizierung von Melancholie und Wahn als “primäre” oder, auf Grund der Lehre von der Einheitspsychose, als “secundäre” Seelenstörungen. Nach Beilegung dieses Streits mit dem Ergebnis, sie als “primäre” oder “einfache” Störungsformen zu bezeichnen, entspann sich eine weitere Diskussion zwischen Carl Westphal von der Berliner Charité und dem Leiter der Bonner Anstalt Carl Hertz, ob es sich dabei um “Verrücktheit” oder “Wahnsinn” handle.”¹⁴¹.

Roelcke führt die beachtliche Zahl an Lehrbüchern, die in den Jahren ab 1878 erschienen, im Wesentlichen auf die Erwartung zurück, dass Psychiatrie alsbald in die Lehrpläne der Universitäten integriert würde. Dabei hebt sich bereits strukturell Kraepelins “Compendium”¹⁴² von den Werken der anderen Autor*innen ab, etwa Emminghaus, Schüle, Dittmar, Blandford (in deutscher Übersetzung), Krafft-Ebing und Weiss.¹⁴³ Während bei jenen am Anfang eine Übersicht über die Geschichte der Psychiatrie, psychiatrische Elementarerscheinungen wie Gefühl, Verstand und Wille sowie Notizen zur Problematik der Klassifikation der Erscheinungen des Seelenlebens stehen, beschränkt sich Kraepelin im zweiseitigen Vorwort darauf, “eine gewisse

¹³⁹Roelcke 2003, S. 182.

¹⁴⁰Roelcke 2003, S. 169-188; Roelcke 2018, S. 77f

¹⁴¹Roelcke 2003, S. 172, S. 174f.

¹⁴²Kraepelin 1883.

¹⁴³Roelcke 2003, S. 183; Emminghaus 1878, Schüle 1878, Dittmar 1878, Blandford 1871, Krafft-Ebing 1888, Weiss und Salgó 1889

Selbständigkeit der Themen” einzuräumen und geht im ersten Kapitel auf Hilfswissenschaften und Methodik ein, worunter er sowohl physiologische und pathologische Aspekte als auch anthropologische Vergleiche sowie psychologische Messungen und Beobachtungen zählt¹⁴⁴. Diese Schwerpunktsetzung ist wohl auf seine Begeisterung für die Experimentalpsychologie Wilhelm Wundts zurückzuführen, auch wenn er spätestens in Dorpat zu der Erkenntnis gelangen musste, dass “der bei Wundt erlernten experimental- und pharmakopsychologischen Methode fuer die Wissensschöpfung über psychische Krankheiten eben lediglich der Rang einer Hilfswissenschaft zukommt und nicht, wie vordem gedacht, der der Schlüsselwissenschaft”¹⁴⁵. Auch Carl Wernicke veröffentlicht in dieser Zeit die erste Ausgabe seines Lehrbuches.¹⁴⁶

2.4 Justiz und Psychiatrie

Eine wichtige Aufgabe der Psychiatrie bzw. vorher der Medizin war die Beurteilung der Schuldfähigkeit von Angeklagten. Der Diskurs war seit der frühen Neuzeit relevant und erstreckte sich auch ins 20. Jahrhundert¹⁴⁷. Germann weist in dem Artikel auf die beiden Betrachtungsweisen zunehmender gutachterlicher Tätigkeit hin: einerseits als Unterstützung des Gerichtsprozesses, andererseits als Abwälzung von Verantwortung der Behörden. Er kommt zu dem Schluss, dass die allgemein verbesserte Zusammenarbeit zwischen Justizbehörden und Gutachter*innen und die mit etwa 80 Prozent recht hohe Übereinstimmung von Urteilen mit den Empfehlungen der psychiatrischen Gutachter*innen auf eine gute Zusammenarbeit hindeuten. Er führt dies auf drei Themenkomplexe zurück: erstens die (Selbst-)Verpflichtung der Justiz, “dem Geisteszustand der Angeschuldigten Rechnung zu tragen”¹⁴⁸, zweitens der Sensibilisierung der Justiz für psychiatrische Deutungen und die entsprechende Zuziehung medizinischer Expertise und drittens die zeitgemäße Anwendung von “Sicherungsmaßnahmen”, die durch die grundsätzlich unbefristete Gültigkeit der Urteile einen institutionellen Zugriff auf psychiatrische Angeklagte erst ermöglichte und im Vergleich zu regulären Strafen mit festem zeitlichem Rahmen eine effizientere “Verbrechensbekämpfung” versprochen.

¹⁴⁴Roelcke 2003, S. 183.

¹⁴⁵Wundt und Kraepelin 2002, S. 144.

¹⁴⁶Wernicke 1881.

¹⁴⁷Germann 2003, S. 219.

¹⁴⁸Germann 2003, S. 242.

In der Umbruchsituation der psychiatrischen Lehre geriet die gutachterliche Tätigkeit der Ärzt*innen ebenfalls unter Kritik, Engstrom weist sogar auf die Untergrabung des Vertrauens in die Unabhängigkeit der Justiz im Zusammenhang mit psychiatrisch unzureichend ausgebildeten praktischen Ärzt*innen hin. Allerdings bestand lange Zeit kein Konsens, ob die Ausbildung ausgeweitet werden oder Gutachten nur noch von Spezialist*innen abgefasst werden sollten.¹⁴⁹

Als stellvertretend für das große Interesse beim Fachpublikum kann wohl der Erfolg der Werke Neumanns zur “Blödsinnigkeitserklärung” 1847 und 1860 genannt werden.¹⁵⁰

Roelcke weist auf die besondere Stellung der Psychiatrie hin, die mit zunehmender Verankerung im universitären Bereich auch in der Öffentlichkeit an Bedeutung gewinnt. Mit der Selbstsicherheit der Institutionalisierung und Professionalisierung wuchs umgekehrt auch die Nachfrage nach Antworten von Seiten der Psychiatrie und einer Anwendung ihrer Expertise als Gutachter*innen bei Gericht, als Expert*innen in politischen Gremien und in der Öffentlichkeit. Dies war auch auf die wahrgenommene Bedrohung der bürgerlichen Gesellschaft durch die Arbeiter*innenklasse auf der einen Seite und durch eine auf Bismarck zurückgehende Verbindung von Politik und Großindustriellen zurückzuführen.¹⁵¹

In diesem Spannungsgebiet erwachsen den Psychiater*innen Kompetenzen über die traditionelle Diagnostik und Therapie etwa von “Wahnsinn” oder “Irresein” hinaus, ihre Expertise ist zunehmend auch in weiter gefassten Bereichen gefragt. Im besonderen wird die Gefährdung der öffentlichen Ordnung durch “Irre” angeführt, ebenso die Frage nach der Überlastung/Überbürdung sowie das in der gesellschaftlichen Wahrnehmung stark zunehmende Problem der sexuellen Nötigung und Delinquenz.¹⁵²

¹⁴⁹Engstrom 2003, S. 123.

¹⁵⁰Henseler 1959, S. 17, S. 21; Neumann 1847; Neumann 1860

¹⁵¹Roelcke 2018, S. 78f.

¹⁵²Roelcke 2018, S. 79.

2.5 Gesellschaft, Psychiatrie und neue Krankheiten: Neurasthenie und Degeneration

Nicht nur im Bereich der Justiz zeigt sich die neue Deutungsmacht der Psychiatrie mit dem Aufstieg des Bürger*innentums im 18. Jahrhundert. Obwohl manches nicht therapiert werden kann, gewinnt die neue Profession an Gewicht und schafft Erklärungsmodelle für gesellschaftliche und persönliche Probleme, die sich an der zeitgenössischen Forschung orientieren.

Im Jahr 1869 wurde von dem Neurologen und Elektrotherapeuten George M. Beard der Begriff der “Neurasthenie”, bisweilen auch “Nervenschwäche” eingeführt, der sich auf die kürzlich entdeckte elektrische Natur der Nervenleitung berief. 1880 veröffentlichte Beard eine Monographie zu der neuen Krankheit, und dank Übersetzungen war die “Neurasthenie” auch im Deutschen bestens bekannt.¹⁵³

Die Theorie basierte darauf, dass die moderne Gesellschaft und besonders das Stadtleben die “Energie” der Neuronen verringerte und damit zu Ermüdungszuständen führte. Sie verband wissenschaftlich die Messung der Nervenleitgeschwindigkeit nach Helmholtz mit der Entdeckung des zweiten Hauptsatzes der Thermodynamik (Energieerhaltung) und fand damit eine sehr positive Rezeption, Roelcke schreibt pointiert von der “Elektrifizierung” des Nervensystems und den Auswirkungen auf Neurologie, Psychiatrie und Gesellschaft.¹⁵⁴

Mit dem Konzept der Erschöpfung von außen, also einer Wirkung der Umwelt auf den Menschen, war eine Ätiologie geschaffen. Durch Entfernen der ermüdenden Umstände im Sinne einer “rest-cure” war eine vollständige Erholung möglich, es bestand also nicht die Gefahr des Stigmas, das eine chronische Krankheit mit sich gebracht hätte.

Auch die örtliche Zuordnung zu den Zentren des gesellschaftlichen Lebens und ein prominenter Personenkreis trugen zu einer breiten Akzeptanz der Diagnose bei. Hochgestellte Personen, Wissenschaftler*innen, Ärzt*innen, Künstler*innen befanden sich also in guter Gesellschaft, wenn sie eine vorübergehende Erholung von den Verpflichtungen in der Gesellschaft benötigten.

Zeitgenössische Kunst wurde einerseits als Effekt von gesellschaftlichen Anspannungszuständen empfunden, andererseits wurde auch ein Einfluss dieser Kunst auf die Psyche angenommen, der sich in erhöhter Reizbarkeit und Empfindlichkeit und

¹⁵³Roelcke 1999a, S. 112.

¹⁵⁴Roelcke 1999a, S. 101ff.

damit “Neurasthenie” äußerte. In diesem Kontext wurden etwa impressionistische Bilder, die Musik Richard Wagners, Liszts, französische Avantgardist*innen oder sozialrealistische Ausformungen des Naturalismus gesehen.¹⁵⁵

Ende des 19. Jahrhunderts, ab etwa 1895 und verstärkt im 20. Jahrhundert machten sich allerdings Zweifel am Konzept der “Neurasthenie” breit. So beklagte unter anderem Emil Kraepelin, dass die Diagnosekriterien unscharf seien und die Kurkosten für die erst kürzlich etablierten Kranken- und Pensionsversicherungsanstalten ungebührliche Belastungen darstellten.

Außerdem vermutete er eine erbliche Komponente, die bei Beards ursprünglichem Konzept nicht vorkam.

Roelcke führt dazu an, dass dies auch einem gesellschaftlichen Wandel entsprach: während um 1880 ein wirtschaftlicher Aufschwung wahrgenommen wurde und neben der Expansion der Medizin allgemein ein tiefer Fortschrittsglaube herrschte, wich dieser um 1900 dank Wirtschaftskrisen und einer Verquickung der Politik mit dem preußischen Landadel einer weniger optimistischen Weltsicht. Bürger*innen und damit Ärzt*innen sahen ihre Möglichkeiten zur Partizipation schwinden, die deutsche Kultur und Nation schien manchen in Gefahr. Auch die Religion hatte nicht alle Antworten und schien an Bedeutung zu verlieren. Auch die Entstehung von Soziologie und Religionswissenschaft ist in diesem Zusammenhang zu sehen. Dazu kam eine Wahrnehmung stetig zunehmender sozialer Abnormität und sexueller Aberration bis hin zur Delinquenz.¹⁵⁶

Die “Degeneration”, auch “Entartung” schien das Konzept der Stunde zu sein und konnte viele Probleme erklären. Der Begriff ging auf Bénédict Morel (1809 – 1873) zurück, der ihn in seiner medizinisch-psychiatrischen Bedeutung erstmals 1850 verwendet hatte. Er stand für einen Prozess des fortschreitenden und erblichen Verfalls, der die “Erbsubstanz” zunehmend schädigte und die Gesellschaft gefährdete. Wie bei der Neurasthenie waren Diagnose von Person und Gesellschaft eng verknüpft. Bei ersterer war jedoch die Umgebung Auslöser, hier schien das Gegenteil der Fall.¹⁵⁷

¹⁵⁵Roelcke 2018, S. 80ff.

¹⁵⁶Roelcke 2018, S. 83.

¹⁵⁷Roelcke 1999a, S. 83; Morel 1852, p. 65, p. 86

Ein entscheidendes Merkmal bei Morel war die Progression über die Generationen.¹⁵⁸ Allerdings ging er von einer verringerten Fruchtbarkeit aus, was die Ausbreitung von selbst limitiert hätte.¹⁵⁹

Das Konzept fand auch bei Griesinger Widerhall, der in seinem Lehrbuch bereits einen großen Teil von erblichen Psychopathologien postulierte. In seiner “Eröffnungsvorlesung” weist er auf die Wichtigkeit der “Hereditätsverhältnisse” hin und teilt die Nervenkrankheiten in Bezug auf Aetiologie und Pathologie in “[erworbene,] zufällig entstandene Hirnkrankheiten” ohne “ursprüngliche Grundlage” und jene “psychischen Prozesse [..., die] von Geburt an determiniert gewesen sind.”¹⁶⁰ Dabei beruft er sich ausdrücklich auf Morels Konzept. Er setzt aber nur eine “hereditäre Constitution” voraus und nicht die Vererbung von erworbenen Zuständen und über Generationen zwangsläufig progressive Verschlechterung. Seine Vorstellung lässt also durchaus Raum für die reversible bzw. “primäre Neurasthenie”, auch wenn er erblich eine erhöhte Anfälligkeit sieht.¹⁶¹

Wie einige Jahre zuvor die “Neurasthenie” fand gegen Ende des Jahrhunderts auch das neue Krankheitsbild großen Widerhall in Kunst und Kultur, es wurde nachgerade modern, Kunstwerke nach ihrer “Entartung” zu klassifizieren und Künstler*innen zu pathologisieren, Roelcke nennt hier Max Nordau, der bereits 1892 ein gleichnamiges zweibändiges Werk publizierte.

Eine Folge war die Begründung einer psychiatrischen Genetik durch Kraepelin und seinen Schüler Rüdin. Die “Neurasthenie” erfuhr einen endgültigen Bedeutungswandel, sie wurde vom ursprünglichen elektrophysiologischen Konzept losgelöst. Die “sekundäre Neurasthenie” war als Degenerationsprozess progressiv und erblich, auch wenn ein Einfluss von etwa Alkohol oder Syphilis möglich war.

Sie war zwar noch mit den Reizen von Umwelt und Gesellschaft verknüpft, aber nur so weit, als das Individuum diese Reize durch “Degeneration” nicht mehr hinreichend abhalten konnte.

¹⁵⁸Roelcke 1999a, S. 85.

¹⁵⁹Roelcke 1997, S. 391; Morel 1852, p. 232, p. 256, p. 333

¹⁶⁰Griesinger 1872, S. 109.

¹⁶¹Roelcke 1999a, S. 90ff.

Die Erbllichkeit legte einen möglichen Lösungsweg nahe: die Reproduktion. Roelcke schreibt dazu: “Die Fortpflanzung der ‘Degenerierten’ und somit biologisch ‘Minderwertigen’ konnte durch Kasernierung, Eheverbote oder auch Sterilisation verhindert werden; komplementär konnten Anreize zur Fortpflanzung von ‘hochwertigen’ Individuen zur Verfügung gestellt werden.”¹⁶²

Heinz Schott weist an anderer Stelle auf die Bedeutung von Cesare Lombroso hin, der in “L’Uomo delinquente” 1876 Kriminalität und sexuelle Abweichung als Zeichen der erblichen Degeneration sieht. Schott erklärt daraus auch antisemitische Vorurteile mancher Psychiater*innen.¹⁶³

Wilhelm Erb schlägt etwa 1890 vor, Lichtheim in die Redaktion der neuen “Deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde” aufzunehmen, um dem Vorwurf des Antisemitismus zuvorzukommen. 1912 schimpft er in einem Brief an A. V. Struempel auf die “semitischen Streber” Lewandowsky und Alzheimer und befürchtet eine “Verjudung” der Neurologie, während F. R. Schultze an denselben schreibt, dass die Neurologie “immer semitischer wird,” weswegen er auch nicht mit K. Mendel arbeiten möchte, weil der ansonsten bald “Centralblatt” und “Zeitschrift” dominieren würde.¹⁶⁴

Der Antisemitismus wird gesellschaftlich durchaus wahrgenommen und mit Sorge betrachtet. Auguste Forel etwa, den Lombroso 1892 besucht, nennt diesen einen “genialen Juden” und schreibt, sein Vorgänger Hitzig in Burghölzli sei “ein richtiger Jude, mit der unverbesserlichen Eitelkeit seiner Rasse behaftet.”¹⁶⁵ Forel gilt als Humanist und Sozialist, er war gegen die Todesstrafe und betätigte sich auch antirassistisch, und doch vertrat er auch eugenische Positionen, weil er hoffte, dass dies der Menschheit nützen würde.¹⁶⁶ Er starb 1931, seine liberalen Schriften waren in Nazideutschland verboten.¹⁶⁷

Auch Sigmund Freud begegnet 1873 an der Universität Antisemitismus, der ihn in seinem nonkonformistischen Denken wohl stärkt.¹⁶⁸

¹⁶²Roelcke 1999a, S. 83ff; Roelcke 1997, S. 389

¹⁶³Schott 2002, S. 103.

¹⁶⁴Peiffer 2004, S. 195f, 346ff.

¹⁶⁵Auguste Forel 1935, S. 160, 99.

¹⁶⁶Vonmont 2007b; Vonmont 2007a; Auguste Forel 1968, S. 435; Kuechenhoff 2008

¹⁶⁷Muster 2001, S. 10.

¹⁶⁸Barth 2013, S. 38.

2.6 Kraepelins Methode

“*Kraepelin* bleibt uns aber auch Lehrmeister durch die Art, wie er forscht. Er hält stets Tuchföhlung mit dem Feind; niemals verliert er den Kranken aus den Augen. Nicht so sehr, weil er dem einzelnen Kranken besonders zugeneigt ist. Nein, er blickt unverwandt auf die Krankheit, die den Menschen seiner Würde als Einzelner entkleidet und ihn gleichzeitig so sehr vereinzelt, daß er an der allen gemeinsamen Welt nicht mehr teilhaben kann. Nur auf der höheren Ebene einer allgemeinen Krankheitslehre ist das Ziel zu erreichen, auch den einzelnen Kranken in den göttlichen Stand des Individuums zurückzuleiten.”¹⁶⁹

Emil Kraepelin (1856 – 1926) nimmt zweifellos im 19. Jahrhundert eine einzigartige Rolle in der Psychiatrie ein, sowohl in Bezug auf die politische und universitäre Selbstfindung als auch bezüglich der Intensität, mit der er nach Klassifikationskriterien für psychiatrische Störungen sucht. Er studiert in Leipzig bei Wundt und wird Assistent bei dem etwas jüngeren Paul Flechsig (1847 – 1929), bei dem er auch als Assistent arbeitet. Die Zusammenarbeit endet im Konflikt, auch andere haben mit Flechsig ihre Probleme: Kraepelin erwähnt in einem Brief an Wundt seinen ebenfalls entlassenen Kollegen Lehmann, Vogt macht einige Jahre später in seiner Korrespondenz mit Auguste Forel seinem Ärger Luft, dass Flechsig beide “in der gemeinsten Weise verleumdet” hat, ähnlich Mädler, und selbst bei seiner Ablösung durch Bumke 1921 wirft ihm dieser unkollegiales Verhalten vor.¹⁷⁰

Nach einigen Jahren in Dorpat (heute Tartu in Estland) als Nachfolger von Emminghaus erhielt er die Professur in Heidelberg.¹⁷¹ In seine Zeit dort von 1890 bis 1903 fällt die erste Auflage seines “Compendiums”, die er mehrmals völlig neu überarbeitet.¹⁷² Die Einführung der “Dementia praecox” erfolgt in der vierten Auflage des Lehrbuchs 1893. Diese taucht vorher bereits 1852 im französischen Sprachraum als

¹⁶⁹Kolle 1957, S. 10.

¹⁷⁰Peiffer 2004, S. 184 Brief von Kraepelin an F. W. Hagen vom 19. 1. 1883, S. 229 Brief von Oskar Vogt an Auguste Forel Juli/August 1895, S. 257 Brief von M. Fürbringer an W. Waldeyer am 31. 12. 1899, S. 275 Brief von H. Mädler an Oskar Vogt vom 14. 2. 1904, S. 409 Brief von Oswald Bumke an Alfred Hoche vom 5. 3. 1921.

¹⁷¹Riha und M. Fischer 2011, S. 219.

¹⁷²Kraepelin 1883.

“*démence précoce*” bei Morel auf sowie später im Deutschen bei Arnold Pick in Prag. Allerdings bezog sich Morels Definition auf eine Erkrankung im frühen Lebensalter, also vergleichbar Kahlbaums “Hebephrenie” (Kapitel 2.2).¹⁷³

Die “*Dementia praecox*” geht später nach Eugen Bleulers Vorschlag im Wesentlichen im Konzept der Schizophrenie auf, siehe auch Kapitel 5.1.¹⁷⁴

Auch die Aufteilung der endogenen Psychosen in die manisch-depressiven Erkrankungen und die “*Dementia praecox*” in der sechsten Auflage 1899 geschieht noch in Heidelberg.¹⁷⁵

Auch wenn sie für seine unmittelbare Arbeit nicht zentral ist, kommt Kraepelin auf Wundts Experimentalpsychologie immer wieder zurück. Als Anstaltsleiter richtet Kraepelin bald nach seiner Übernahme der Heidelberger “Irrenklinik” durch Umstrukturierung zwei Räume für experimentalpsychologische Untersuchungen ein¹⁷⁶, beklagt aber, Wundts Methoden im Klinikalltag kaum anwenden zu können¹⁷⁷. In einem lebenslangen Briefwechsel mit seinem Lehrer bedauert er wiederholt, dass diese für seine tägliche Arbeit und wissenschaftliche Methode eine untergeordnete Rolle einnehmen. Die auf physiologischen Versuchen basierende Methode ist wohl ausschlaggebend für seinen Zugang zur Psychiatrie, der auf drei Grundlagen basiert: Krankheitsursachen, Hirnpathologie und klinische Analyse. Da die ersten beiden noch nicht hinreichend erforscht sind, konzentriert er sich auf die Klinik und legt großen Wert auf die strukturierte Erfassung der Krankengeschichten mittels “Zählkarten”, welche er seinen Fragestellungen entsprechend modifiziert. Diese gehen wohl auf die beim internationalen Psychiater*innenkongress 1867 geplanten, in Fachkreisen umstrittenen Zählblätter¹⁷⁸ zurück.

Dabei ruht das Hauptaugenmerk auf körperlichen Aspekten und objektiv beobachtbaren Phänomenen, weniger auf psychischen wie Wahn und Halluzinationen. Ätiologisch kommt nur “erblich” oder “andere Ursachen” in Frage. Biographische Darstellungen, soziale Beziehungen, Familie und die eigene Wahrnehmung der Patient*innen finden keinen Platz.¹⁷⁹

¹⁷³Kraepelin 1893, S. 435; Morel 1852, p. 282, p. 361; Adityanjee u. a. 1999, p. 428; Alexander und Selesnick 1966, p. 162

¹⁷⁴E. Bleuler 1908, S. 436ff.

¹⁷⁵Kolle 1957, S. 30ff; Kraepelin 1899b, S. 137, S. 159

¹⁷⁶Engstrom 1998, S. 53.

¹⁷⁷Wundt und Kraepelin 2002, S. 145.

¹⁷⁸Roelcke 2003, S. 173f.

¹⁷⁹Roelcke 2003, S. 186; Roelcke 1999a, S. 158f; Roelcke 1999b, S. 108

Die statistischen Methoden aus Wundts psychologischem Unterricht sind ihm dabei sehr hilfreich, dennoch bedauert nicht nur er die vergleichsweise geringe Zahl der Fälle, auch sein Vorgänger Eduard Hitzig schließt sich dieser Kritik an. Laut Eric Engstrom wurden von 1890 bis zur fünften Auflage seines Lehrbuches 1896 etwa 1000 Fälle in Zählkarten dokumentiert.¹⁸⁰

Hier tut sich ein weiteres Spannungsfeld im Wirken Emil Kraepelins auf: sowohl vom Versorgungsauftrag als auch seinem Bedürfnis nach wissenschaftlicher Sorgfalt her wünscht er sich in Heidelberg mehr Aufnahmen. Seine Klinik ist auch als Akutstation für Neuerkrankte konzipiert, um diesen eine rasche Besserung zu ermöglichen. Die ständige Überbelegung führt jedoch zu verspäteten Aufnahmen, sodass Kraepelin bedauert, dass er die Frühphasen nicht zu seiner Zufriedenheit dokumentieren kann¹⁸¹.

Die hohe Zahl an Aufnahmen führt andererseits zu Konflikten mit den Pflegeanstalten in Emmending und Pforzheim, da chronisch Kranke alsbald an diese überwiesen werden müssen.¹⁸² Während Kraepelin dem Ministerium gegenüber erreicht, dass die Zählkarten an seiner Anstalt bleiben können, ist es durch diese Probleme für ihn schwierig, den weiteren Krankheitsverlauf seiner Patient*innen durch Besuche dort zu verfolgen.

Angesichts dessen erstaunt es auch nicht, dass seine Bemühungen scheitern, die Aufnahmerichtlinien dahingehend abändern zu lassen, dass eine freiwillige Aufnahme für Patient*innen in der Heidelberger Universitätsklinik möglich wird und psychisch auffällige Straftäter*innen auch von der Exekutive rasch in seine Klinik überstellt werden können.¹⁸³

Als die Konflikte mit den auch für die Aufnahme zuständigen Pflegeanstalten Emmending und Pforzheim eskalieren und Kraepelins Forderung nach der Möglichkeit zur Forschung an der Universitätsklinik unabhängig vom "staatlichen Versorgungssystem" zu viele Jahre auf taube Ohren gestoßen ist, sieht sich Kraepelin 1903 gezwungen, die Leitung der Klinik abzugeben und geht 1903 nach München.¹⁸⁴

Dort arbeitet er als Klinikleiter weiter an seinem Lehrbuch, die Paraphrenie führt er als Untergruppe der "endogenen Psychosen" 1913 ein, siehe Kapitel 3.5 und 5.1.

¹⁸⁰Engstrom 1998, S. 65.

¹⁸¹Engstrom 1998, S. 63.

¹⁸²Engstrom 1998, S. 59.

¹⁸³Engstrom 1998, S. 57.

¹⁸⁴Engstrom 1998, S. 62.

Neben den umfangreichen Tätigkeiten an Klinik und Lehrstuhl kommt Kraepelin 1910 im Auftrag der k. u. k. Gesundheitsbehörde auch nach Wien, wo er schwere Mängel an der psychiatrischen Klinik feststellt, sowohl in Bezug auf die Überbelegung als auch die Anwendung von Zwangsmaßnahmen.¹⁸⁵

¹⁸⁵Häfner 2017, S. 73.

3 Paraphrenie im historischen Kontext

3.1 Herkunft und Verwendung des Begriffs der Paraphrenie vor Kahlbaum

“L’acte de rire, de pleurer, de chanter, de danser, de se livrer à un mouvement quelconque, peut, comme il a été dit, tenir à une simple exaltation mentale; mais ces déterminations, en d’autres cas, perdent le caractère d’hyperphrénie, qui n’est que l’exagération des actes naturels, pour passer au mode fantastique, mode qui constitue la *paraphrénie*, l’aberration de ces déterminations proprement dite. Dans l’exaltation de l’instinct de convoitise, par exemple, le malade fait des provisions, il y a une certaine combinaison d’esprit dans ses vols; ce sont des aliments, des objets de valeur qu’il a en vue, procédé dans lequel il met souvent beaucoup de ruse et de finesse: mais l’avare fantasque remplit ses poches de loques, de petites pierres, d’écailles d’huîtres, de moules, etc. Dans le premier cas, l’instinct est encore guidé par une combinaison intellectuelle, l’individu attache du prix à tel ou tel objet, tandis que l’acte, chez le fantastique, est aveugle, automatique. Souvent l’aliéné refuse de manger chaque fois qu’on lui présente des aliments; il les dévore dès qu’il peut les voler.”¹⁸⁶

(Hervorhebung d. d. Verf.; Eigene Übersetzung: Das Lachen, Weinen, Singen, Tanzen, die Bewegung kann eine einfache geistige Erbauung darstellen; aber die selben Wahrnehmungen verlieren in anderen Fällen den Charakter einer Hyperphrenie, einer Übertreibung natürlicher Gefühle, und gehen in einen Modus der Phantasie über, der einen Ausdruck der *Paraphrenie* darstellt und damit bereits eine Störung im eigentlichen Sinn. Bei einer Überhöhung der Gier beispielsweise legt die Kranke Person mit Bedacht Vorräte an, das können Lebensmittel oder in ihrer Wahrnehmung Wertgegenständen sein, zu deren Erlangung Tricks und Finesse verwandt werden: aber der verwirrte Geizkragen füllt die Taschen mit Lumpen, mit Steinchen, Schalen von Muscheln und Austern, etc. Im ersten Fall ist der Instinkt dem Verstand untergeordnet, der Mensch bewertet dieses oder

¹⁸⁶Guislain 1833, S. 225.

jenes Objekt, während beim Fantastischen das Agieren blind und automatisch ist. Oft weigert sich die kranke Person, die angebotene Nahrung zu essen und verschlingt nur, was sie stehlen konnte.)

Etymologisch leitet sich das Wort Paraphrenie von griechisch παρά (para) neben, bei, gegenüber und φρήν (phren) Zwerchfell, im übertragenen Sinne auch Sitz der Seele, ab.¹⁸⁷

Eine Verwendung des ähnlichen Begriffs der Paraphrenitis an deutschen Universitäten ist bereits im 18. Jahrhundert belegt, wie eine Suche im Onlinekatalog der Nationalbibliothek belegt: nicht weniger als vier Dissertationen nennen die “paraphrenitis” zwischen 1741 und 1822 im Titel, allerdings geht es dabei nicht um psychiatrische Phänomene, sondern um Entzündungen des Zwerchfells bzw. der Pleuren.¹⁸⁸ Ein sachlicher Zusammenhang ist also unwahrscheinlich.

Einen direkten Einfluss hatte aber die Verwendung im französischen Sprachraum, besonders beim Belgier Joseph Guislain (1797 – 1860), der die “paraphrénie” in seinen Schriften über die “Phrenopathien” ab 1833 als “folie”, also “Verrücktheit” in damaliger Diktion einordnet.¹⁸⁹ Neben der bereits ausgeführten griechischen Etymologie erwähnt er auch explizit den deutschen Begriff “Narr”. In seinem Abriss über den Stand des “Irrenwesens” von 1826 kommt die Paraphrenie noch nicht vor.¹⁹⁰

Zur “Folie” oder gräzistisch “paraphrénie” erklärt er die umgangssprachliche französische Bedeutung, die für ihn Originalität und einen “bizarren” Charakter mit “Tics”, Eigenheiten und “caprices” beinhaltet. Im obigen Zitat beschreibt er den oft feinen Unterschied zwischen einer geistigen Erhebung (“hyperphrénie”) und der schon als Störung zu wertenden “paraphrénie”, die sich im Gegensatz zu den “natürlichen” Handlungen des Lachens, Weinens etc. in “fantastischen” oder “skurrilen” Verhaltensweisen äußert. Er nennt dazu etwa einen stark übersteigerten Sammeltrieb objektiv wertloser Gegenstände oder die Verweigerung der Nahrung bei freier Verfügbarkeit, aber einem Drang, diese zu stehlen und zu verschlingen. Alles in allem ist seine “paraphrénie” im Vergleich zu anderen Erkrankungen durch Ruhe gekennzeichnet.¹⁹¹

¹⁸⁷Gemoll und Vretska 1965, S. 569, 793.

¹⁸⁸Heim 1741; Schulze 1742; Acqua 1822; Segner 1747

¹⁸⁹Guislain 1833, S. 221, 243ff, 300, 340.

¹⁹⁰Guislain 1826.

¹⁹¹Guislain 1833, S. 246.

Ein bestimmtes Lebensalter assoziiert der Belgier nicht mit der “paraphrénie”, was bei Kahlbaum und (siehe Kapitel 5) später auch im 20. Jahrhundert stets zu finden ist, wenn auch nicht bei Kraepelin.

Er verwendet den Begriff zumindest bis in die 1850er.¹⁹²

George Fielding Blandford (1829 – 1911) beschreibt Guislains Einteilung 1871 in seinem Lehrbuch im Kapitel über historische Nomenklatur und erwähnt auch die “paraphrénie”, ohne jedoch näher darauf einzugehen.¹⁹³

3.2 Paraphrenie bei Karl Ludwig Kahlbaum

”Wenn irgend ein Satz in seiner Wahrheit durch die Geschichte der Wissenschaften erklärt wird, so ist es der, dass man keiner Beobachtung ansehen kann, welche Wichtigkeit sie in der Folge haben werde, dass oft die anfangs unbedeutend scheinenden, zufällig oder absichtlich weiter verfolgten Beobachtungen zu den grössten Bereicherungen der Wissenschaft und der Praxis geführt haben. Daraus hat sich die Regel gebildet, dass der Naturforscher ohne Rücksicht auf die augenblickliche Verwerthung beobachten soll.”¹⁹⁴

In seiner “Gruppierung der psychischen Krankheiten” versucht Kahlbaum wie in Kapitel 2.2 nach Katzenstein¹⁹⁵ beschrieben das nosologische Konzept der Einheitspsychose nach Zeller¹⁹⁶ und von Neumann zu erweitern und aufzubrechen. Diese ist ursprünglich durch eine Abfolge von Melancholie, Manie, Verwirrtheit und “Blödsinn” gekennzeichnet, deren Progression durch psychiatrische Intervention beeinflusst werden kann. Neumanns Modell, das er von der progressiven Paralyse ableitet, beschränkt sich auf drei Stadien *Wahnsinn*, *Verwirrtheit* und *Blödsinn*¹⁹⁷. Henseler weist bereits einige Jahre vor Katzenstein außerdem darauf hin, dass Neumann nicht prinzipiell eine “Classifikation der Geisteskrankheiten” für unmöglich erklärt, sondern lediglich erst einmal darauf verzichtet, um Fehler zu vermeiden.¹⁹⁸

¹⁹²Guislain 1852a.

¹⁹³Blandford 1871, S. 108.

¹⁹⁴Kahlbaum 1863, S. 68.

¹⁹⁵Katzenstein 1963.

¹⁹⁶Engstrom 2003, S. 128.

¹⁹⁷Henseler 1959, S. 113f.

¹⁹⁸Henseler 1959, S. 115.

Dabei zeigt er auf Grund seiner Praxis auf, dass die vier Stadien nicht bei allen “Irren” vorhanden sind, also auch “spätere” Stadien ohne Vorhergehen der früheren auftreten können.

Kahlbaum legt großen Wert darauf, Zustandsformen und Krankheitsbilder zu trennen. Beispielsweise beschreibt er ein der “Einheitspsychose” vergleichbares Krankheitsbild als “Vesania typica”, welche wiederum als Abfolge von “Stadium incrementi vesaniae typicae”, mit melancholischen Zügen, “Stadium acmes” unter Ausbildung einer Manie, dem durch Verrücktheit gekennzeichneten “Stadium decrementi” und dem Endpunkt des “Stadium defecti”, das Zeitgenoss*innen auch als “Blödsinn” beschreiben würden.

Zusätzlich zu der auf die “Einheitspsychose” zurückgehenden “Vesania typica” beschreibt er in seinem Lehrbuch sodann vier andere Gruppen von Geistesstörungen, von welchen die vierte und letzte als jene der “Paraphrenien” ausgewiesen ist.

Diese Gruppe beobachtet er nur in Zeiten altersgemäßer geistiger Veränderung, also in der Jugend und im Alter:

“[...] Nehmen wir nun zu dieser Aneinanderreihung noch die bekannte Beobachtung hinzu, dass die Zeit der Pubertätsentwicklung bei den meisten Menschen wie mit körperlichen Revolutionen so auch mit gewissen auffälligeren Alterationen in der Sphäre des Seelenlebens verbunden zu sein pflegt, so wird man uns gestatten, diese ganze Gruppe als diejenige Form der Seelenstörung zu bezeichnen, welche im Anschlusse an einen der physiologisch begründeten Wechselzustände der gesammten Lebensentwicklung entsteht und in den entsprechenden organischen Verhältnissen ihren Grund und Boden findet; und diese ganze Gruppe will ich *Paraphrenia* nennen. Diese Gruppe zerfällt also zunächst in die beiden angedeuteten Gattungen der *Paraphrenia pubertatis*, s. *adolescens*, s. *hebetica*, wofür ich zum substantivischen Gebrauch das Wort *Hebephrenia* bilden möchte, und der *Paraphrenia senilis* mit dem entsprechenden Substantiv *Presbyophrenia*.”¹⁹⁹

Zuerst nennt er in der Reihe der paraphrenen Zustände auch noch bestimmte Störungen des Schlafes:

¹⁹⁹Kahlbaum 1863, S. 129.

“An diese Fälle, in physiologischen Zuständen begründeter Seelenstörungen dürften sich aber ferner für Forscher, welche das Nachtwandeln und ähnliche Erscheinungen unter die Seelenstörungen setzen wollen, als *psychische Störungen des Seelenzustandes im Tageswechsel* eine *Paraphrenia hypnetica* oder *Hypnophrenia* anreihen, welche einmal das wirkliche Nachtwandeln (als *Hypnophrenia ambulatoria*) umfasst, dann aber auch krankhafte Traumzustände (z. B. den sogenannten Alp) und endlich besonders jene Fälle, in welchen übrigens seelengesunde Menschen durch plötzliches Erwecken aus tiefem Schläfe in einen sinnlosen Zustand versetzt und zu wahnsinnigen Handlungen hingerissen werden (*Hypnophrenia agitans*), wie solche Fälle von glaubwürdigen und in der Psychiatrie hochgeachteten Männern erzählt werden.”²⁰⁰

Auf diese nächtlichen Störungen verzichtet er allerdings in der 1878 publizierten Übersicht.²⁰¹

Auch Karl Jaspers beruft sich kurz auf die Jugendform von Kahlbaums Paraphrenie und erwähnt, dass die Hebephrenie und die Katatonie in Kraepelins “*Dementia praecox*” seien.²⁰² In der zweiten Auflage führt er unter “Historisches” Kahlbaums Erbe in Kraepelins Werk an: “Andererseits ging die groesste Wirkung von *Kraepelin* aus, der seine auf *Kahlbaum* fußende Idee der Krankheitseinheit mit ungewöhnlicher Energie vertrat.”²⁰³

Wie ebenfalls in Kapitel 2.2 beschrieben war Kahlbaum zu seiner Zeit kein großer Ruhm beschert. Katzenstein führt dies auf mehrere Faktoren zurück: er nennt die umständliche Sprache, die neue griechische Terminologie und den Mangel an praktischen Beispielen. Engstrom weist zusätzlich auf Henseler hin, der den Briefwechsel zwischen Kahlbaum und Heinrich Neumann zitiert. Neumann, der als Lehrer Kahlbaums ebenfalls ein Lehrbuch herausgegeben hat, hat ein ähnliches Problem mit seinem eigenen Werk, er sieht die Verantwortung beim Publikum, das nicht nur schöner geordnete Bücher verlangt, sondern sich vor allem an (Griesingers) hohlen Phrasen orientiert.²⁰⁴

²⁰⁰Kahlbaum 1863, S. 129f.

²⁰¹Katzenstein 1963, S. 23; Kahlbaum 1878

²⁰²Jaspers 1913, S. 260.

²⁰³Jaspers 1920, 2. Auflage S. 409.

²⁰⁴Engstrom 2003, S. 133 FN 44.

Allerdings hat der kompakte Stil ohne praktische Fallbeispiele auch seine Anhänger*innen. Neumann merkt im “Leitfaden” von 1883 im Gegensatz zu dem älteren Buch Griesingers von 1859 an, dass für ihn Krankengeschichten nicht in Lehrbücher, sondern in “Materialiensammlungen” gehören, und auch dort nur solche als “Novum” ihren Platz haben, die nicht hinreichend durch das “Lehrgebäude” erklärt werden:²⁰⁵

“Das Buch [Griesingers] besticht durch die Regelmässigkeit in der Form. Es ist hübsch registraturmässig geordnet und macht einen systematischen Eindruck in einer Disciplin, die noch viel zu sehr in den Kinderschuhen steckt, als dass sie einer systematischen Darstellung fähig wäre. Ist dies aber der Fall, was wohl die Meisten zugeben werden, und wird dennoch eine systematische Darstellung versucht, so ist dies nur auf Kosten der Uebereinstimmung mit der Natur, d. h. auf Kosten der Wahrheit möglich. Der Stil, in welchem das Buch geschrieben ist, erfreut sich einer grossen Glätte und Gewandtheit, der aber jeden Anflugs von Originalität entbehrt und daher auf den Namen eines Stils keinen Anspruch erheben darf, vielmehr nur als Phraseologie oder Schönrednerei bezeichnet werden muss. Das Alles tritt recht klar hervor, sowie der Verfasser auf irgend einem Punkte angelangt, an dem eine bestimmte positive Entscheidung erwartet wird. Dann hört die Bestimmtheit auf und man stösst auf eine Phrase, die sich Jeder deuten kann, wie er Lust hat. Auf die Gefahr hin, von Vielen verketzert zu werden, behaupte ich, dass in dem ganzen Buche nicht ein origineller Gedanke ist, der zum Weiternachdenken reizt, und daraus erkläre ich mir auch die Erscheinung, dass es Griesinger nicht gelungen ist, eine Schule zu bilden und dass sich an ihn keine Literatur knüpft.”²⁰⁶

Im Weiteren streicht Neumann Kahlbaums Zugang zur Klassifikation lobend heraus. Er findet dessen griechische Nomenklatur (“Katatonie, Hebephrenie”) passend, widerspricht aber wie zu erwarten der These, dass die Einheitspsychose überholt und nur als typischer Fall interessant wäre, weil gerade der Regelfall wissenschaftlich am meisten interessiere und geht nicht weiter auf die Feinheiten von Kahlbaums System ein.²⁰⁷

²⁰⁵Neumann 1883, S. 5; Henseler 1959, S. 20f

²⁰⁶Neumann 1883, IIIf.

²⁰⁷Neumann 1883, S. 54.

Hermann Emminghaus verwendet Teile von Kahlbaums Lehre 1878, allerdings nicht in ihrer Gesamtheit — die “Vesania” kommt nur als Zitat vor²⁰⁸, “Hebephrenie” und “Katatonie” häufiger, jedoch gebraucht er auch Neumanns Begriff der “Dementia paralytica”.²⁰⁹ Eine eindeutige Entscheidung für oder gegen die Einheitspsychose verweigert er aber und erklärt die Frage für nebensächlich.²¹⁰

3.3 Paraphrenie im weiteren 19. Jahrhundert

Wie in Kapitel 2.2 beschrieben wird Kahlbaums Werk von 1863 stilistisch und vom Aufbau her bisweilen als schwierig empfunden.²¹¹ Sein Einfluss auf die Psychiatrie der folgenden Jahrzehnte ist dennoch nicht zu bestreiten, neben der “Hebephrenie” als Jugendform seiner “Paraphrenie” wird vor allem die 1874 eingeführte “Katatonie” häufig zitiert.

So nennt Meynert 1876 bei der basalen Meningitis Kahlbaums Katatonie als Symptom.²¹² Die “Presbyophrenia” oder “Paraphrenia senilis”, die “Paraphrenie” des Alters, erlangt später auch als “Wernicke-Kahlbaum-Syndrom” eine gewisse Bedeutung. Wernicke erwähnt neben der “Presbyophrenie” auch explizit die “Hebephrenie”, eine Untergruppe der “Paraphrenie”, als “Defektzustand”²¹³

Auch Heinrich Wilhelm Neumann, dessen Werk von 1853 Kahlbaum nachhaltig beeinflusste und den auch Wernicke sehr schätzte,²¹⁴ streicht Kahlbaums Bedeutung 1883 heraus und geht dabei in einer Fußnote auf dessen “Katatonie” und “Hebephrenie” ein.²¹⁵ Allerdings widerspricht er Kahlbaums Ansicht, dass “atypische” Fälle separat klassifiziert werden sollten, bleibt also im Wesentlichen bei der Ansicht, dass außer der bisweilen von selbst abheilenden “Melancholie” die auf S. 30 angeführten Stadien der “Dementia paralytica” einer unabänderlichen Reihenfolge unterliegen.²¹⁶

²⁰⁸Emminghaus 1878, S. 278.

²⁰⁹Emminghaus 1878, S. 268f.

²¹⁰Emminghaus 1878, S. 275.

²¹¹Katzenstein 1963, S. 37ff.

²¹²Meynert 1876, S. 5.

²¹³Wernicke 1906, p. 216.

²¹⁴Henseler 1959, S. 20f.

²¹⁵Neumann 1883, S. 54.

²¹⁶Neumann 1883, S. 53.

Hermann Emminghaus würdigt Kahlbaums Nosologie in seinem Lehrbuch 1878 und sieht zwar von einer Verwendung der “Paraphrenie” ab, verwendet jedoch dessen Nomenklatur in weiten Bereichen, unter anderem auch die “Hebephrenie” und “Katatonie”²¹⁷

Ebenfalls 1878 erscheint Heinrich Schüles (1840 – 1916) Werk. Er reproduziert zwar eine Kurzfassung von Kahlbaums Klassifikation, wo er auch die “Paraphrenie” nennt, geht jedoch nicht näher darauf ein.²¹⁸ Die “Hebephrenie” findet an anderen Stellen durchaus Erwähnung, er nennt sie auch “pubische Verrücktheit”, “Pubertätsirresein” und in der Überschrift der Passage “Das Irresein in der Pubertätszeit”.²¹⁹ Krafft-Ebing bedient sich der gleichen Sprache wie Schüle bezüglich der “Hebephrenie” und sieht sie vor allem als Folgeerscheinung von Überlastung,²²⁰ er wendet aber auch weitere Elemente von Kahlbaums Nomenklatur an, insbesondere diagnostiziert er auch “Katatonie” und “Vesania typica”.²²¹

Carl Dittmar (1844 – 1920) erwähnt Kahlbaum und seine Krankheitseinheiten in den publizierten “Vorlesungen” an keiner Stelle, Neumann einmal. Die “Dementia paralytica” findet wiederholte Erwähnung, und Dittmar scheint eine komplexe Theorie zur Entstehung und dem Fortschreiten von Erschöpfungszuständen auf Grund von Eiweißzersetzung entwickelt zu haben, für deren Ergründung hier jedoch nicht der Platz ist.²²²

3.4 Sigmunds Freuds Unzufriedenheit mit der Nomenklatur der endogenen Psychosen

Sigmund Freud tritt in seiner Beschäftigung mit den Psychosen erstmals 1911 dafür ein, den von Kraepelin²²³ geprägten älteren Begriff der “Dementia praecox” durch “Paraphrenie” zu ersetzen. Dies erfolgt in den “Bemerkungen” zum Fall Paul Schreber, wie Widmer feststellt. Freud begründet den Vorschlag damit, dass für ihn “Dementia praecox” unglücklich gewählt und Bleulers “Schizophrenie” etymologisch

²¹⁷Emminghaus 1878, S. 268f.

²¹⁸Schüle 1878, S. 361.

²¹⁹Schüle 1878, S. 231ff.

²²⁰Krafft-Ebing 1888, S. 163.

²²¹Krafft-Ebing 1888, S. 109, S. 229, S. 395, S. 493.

²²²Dittmar 1878, S. 107.

²²³Kraepelin 1913, S. 668.

unpassend ist. Für “Paraphrenie” spricht aus seiner Sicht, dass sie sowohl an die Paranoia erinnert, der sie zur Seite gestellt wird, als auch an die Hebephrenie, die bei Kraepelin in ihr aufgegangen ist.²²⁴

Nach einem Zitat bei Barth verwendet er jedoch auch 1912 in der Vorfassung von “Über einige Übereinstimmungen im Seelenleben der Wilden und der Neurotiker” noch den Begriff der “Dementia praecox” und ebenso wieder in der “Übersicht der Übertragungsneurosen” 1915. Auch 1923 bleibt er in “Psychoanalyse” bei dieser Bezeichnung.²²⁵

Widmer gliedert Freuds Einstellung zu den Psychosen in fünf Phasen, von denen er in der zweiten bis vierten den Begriff der Paraphrenie als weitgehendes synonym für Dementia praecox und Schizophrenie verteidigt. In der letzten Phase ist davon keine Rede mehr, wobei die letzten beiden mehr logisch unterschieden werden und gewisse zeitliche Überschneidung besteht.²²⁶

Neben dem Text über Schrebers Autobiographie führt Widmer eine Reihe weiterer Schriften Freuds an, die das Thema behandeln: “Zur Einleitung der Behandlung”, “Zur Einführung des Narzißmus”, sowie die “Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse”.

In die vierte Phase fällt folgendes Zitat aus der 26. Vorlesung von 1917:

“Die Krankheitsform der Paranoia, der chronischen systematischen Verrücktheit, nimmt in den Klassifikationsversuchen der heutigen Psychiatrie eine schwankende Stellung ein. An ihrer nahen Verwandtschaft mit der Dementia praecox ist indes kein Zweifel. Ich habe mir einmal den Vorschlag erlaubt, Paranoia und Dementia praecox unter der gemeinsamen Bezeichnung der Paraphrenie zusammenzufassen. Die Formen der Paranoia werden nach ihrem Inhalt als: Größenwahn, Verfolgungswahn, Liebeswahn (Erotomanie), Eifersuchtswahn usw. beschrieben. Erklärungsversuche werden wir von der Psychiatrie nicht erwarten. Als Beispiel eines solchen, allerdings ein veraltetes und nicht ganz vollwertiges Beispiel, erwähne ich Ihnen den Versuch, ein Symptom mittels einer intellektuellen Rationalisierung aus einem anderen abzuleiten: Der Kranke, der sich aus

²²⁴Freud 1911, S. 66f; Widmer 2007, S. 81

²²⁵Barth 2013, S. 204, 227ff, 256f.

²²⁶Widmer 2007, S. 76f, 82, 83.

primärer Neigung verfolgt glaubt, soll aus dieser Verfolgung den Schluß ziehen, er müsse doch eine ganz besonders wichtige Persönlichkeit sein, und darum den Größenwahn entwickeln.“²²⁷

Nach 1917 greift Freud nicht mehr auf den Begriff der Paraphrenie zurück.²²⁸

Ob Freud den Namen der Paraphrenie von Kahlbaum oder dessen Assistent Hecker übernahm oder in Frankreich auf die Bezeichnung traf, war im Rahmen dieser Arbeit nicht eindeutig klärbar. Wilmanns sieht Übereinstimmungen zwischen Hecker und Freud, ohne jedoch ins Detail zu gehen.²²⁹ Bei Charcot finden sich auf den ersten Blick keine Hinweise zu Guislains “paraphrénie”.

3.5 Die endogenen Psychosen bei Emil Kraepelin und die Wiedereinführung der Paraphrenie

Erstmals stellt Emil Kraepelin die Paraphrenie in der achten Auflage seines “Lehrbuchs” 1913 unter den “endogenen Psychosen” vor, zwei Jahre nach Freuds im vorigen Kapitel 3.4 ausgeführten Vorschlag, die “Dementia praecox” in “Paraphrenie” umzubenennen. Kraepelin definiert sie als eine Krankheit, bei welcher im Gegensatz zur “Dementia praecox” keine oder kaum Negativsymptome auftreten:

“Darum wurden in einem zweiten Abschnitte zunächst diejenigen Formen zusammengefasst, die gegeneüber den gewöhnlichen Gestaltungen der Dementia praecox in ihrem ganzen Verlaufe durch das *starke Hervortreten eigentümlicher Verstandesstörungen* ausgezeichnet sind, während selbständige Willensschädigungen und namentlich auch gemütliche Verblödung fehlen oder doch nur schwach angedeutet sind. Bei dieser Umgrenzung scheint mir der sonst heute nicht mehr gebräuchliche Ausdruck “Paraphrenie” fuer die Benennung der hier versuchsweise vereinigten Krankheitsformen einstweilen geeignet zu sein.“²³⁰

Kraepelin gibt hier keinen direkten Hinweis auf Ludwig Kahlbaum, den er aber sicher gelesen hat und unter anderem in einem Brief an Wilhelm Wundt 1881 in einem anderen Kontext erwähnt²³¹, auch dessen Assistent Hecker war ihm nicht un-

²²⁷Freud 1930, S. 453f.

²²⁸Dalzell 2018, S. 61.

²²⁹Kirchhoff 1924, S. 215.

²³⁰Kraepelin 1913, S. 668.

²³¹Wundt und Kraepelin 2002, S. 50.

bekannt.²³² Ob er den Begriff der Paraphrenie von Guislain, Kahlbaum oder Freud übernommen oder woanders gefunden hat, ist aus diesen Quellen nicht ersichtlich. Er erwähnt die Herkunft der “Dementia praecox” aus dem französischen von Morel über Pick.²³³ Bei der Benennung seiner “paranoiden Verblödungen” gibt er aber keine über das obige Zitat hinausgehende Erklärung. Neben der “Paraphrenia systematica” diagnostiziert er auch die einander ähnlichen Varianten der “Paraphrenia expansiva”, “Paraphrenia confabulans” und “Paraphrenia phantastica”.²³⁴

Die “Paraphrenia systematica” hat dabei eine langsame Progression mit zunehmend paranoiden Zügen, die Kranken zeigen paranoide Wahnvorstellungen, besonders Verfolgungs-, Größen- und Liebeswahn und schließlich auch akustische Halluzinationen. Die zeitliche und örtliche Orientierung bleibt erhalten, “soweit nicht Wahnvorstellungen hineinspielen”,²³⁵ eine Genesung ist aber selten.

Die “expansive Form” zeichnet sich im Lehrbuch vorwiegend durch Größenwahn und gehobene Stimmung aus, bisweilen mit vorhergehender Niedergeschlagenheit. Subakut beginnende Verläufe zeigen bald Sinnestäuschungen auch optischer Art.²³⁶

Bei der seltenen “Confabulierenden Paraphrenie” kommen “Erinnerungsfälschungen” hinzu, die bisweilen bis in die Jugend zurückreichen. Die “Paraphrenia (Dementia) fantastica” schließlich wird als Abfolge von zusammenhanglosen, wechselnden Wahnvorstellungen und akustischen Halluzinationen beschrieben, Kraepelin erklärt sie als weitgehend ident mit der “Dementia paranoides”, die er jedoch zur Abgrenzung von “wahnbildenden Formen der Dementia praecox” neu einreicht.²³⁷

Im Zusammenhang mit der “Paraphrenia systematica” erklärt er die Herkunft des Adjektivs mit einem Bezug auf Magnans Vorlesungen von 1891, der dort von einem “Délire chronique à évolution systématique” spricht.²³⁸ Dass keine der Formen bei ihm einen Bezug zum (höheren) Alter hat, könnte ebenfalls ein Hinweis darauf sein, dass er die “Paraphrenie” nicht direkt von Kahlbaum, sondern aus dem französischen Gebrauch entlehnt. Die Abgrenzung zur Paranoia sieht er als schwierig.²³⁹

²³²Wundt und Kraepelin 2002, S. 50, 66.

²³³Kraepelin 1913, S. 671.

²³⁴Kraepelin 1913, S. 974, S. 994, S. 1002, S. 1009.

²³⁵Kraepelin 1913, S. 989.

²³⁶Kraepelin 1913, S. 994ff.

²³⁷Kraepelin 1913, S. 1002ff, S. 1009.

²³⁸Magnan 1893, p. 213ff.

²³⁹Kraepelin 1913, S. 974, S. 990ff.

Bis 1916 in der “Einführung in die psychiatrische Klinik”²⁴⁰ bleibt die “Paraphrenie” als eigenständige, wenngleich verwandte Gruppe neben “Dementia praecox” und “manisch-depressivem Irresein”. Nach einer Publikation von Wilhelm Mayer 1921 führt auch er sie als Untergruppe der “Dementia praecox” an.²⁴¹

²⁴⁰Kraepelin 1916, S. 330f.

²⁴¹Zapotoczky und Fischhof 1996, S. 292; Mayer 1921

4 Der Einfluss der Neuen Wiener Schule und Theodor Meynerts auf die Nomenklatur der endogenen Psychosen

In diesem Kapitel sollen mögliche Beziehungen zwischen der Wiener Psychiatrie im 19. Jahrhundert, besonders zu Zeiten Theodor Meynerts, und der Entwicklung von Nosologien und Klassifikationssystemen gesucht werden, besonders in Bezug auf die Protagonist*innen Kahlbaum, Freud und Kraepelin, aber auch die früheren französischen Quellen.

Carl Freiherr von Rokitansky (1804 – 1878) war seit den 1830ern für seine Methoden der Nosologie und Diagnose bekannt, die auch als “Neue Wiener Schule” oder “Junge Wiener Schule” bezeichnet wurden.²⁴² Er war beeindruckt von Theodor Meynerts (1833 – 1892) Hirnschnitten, anhand derer dieser Nervenbahnen verfolgte und später seine Lokalisationstheorie entwickelte.

Meynert arbeitete nach Medizinstudium und Promotion 1861 in Wien. Rokitansky schuf für ihn eine Prosektorenstelle, 1865 wurde Meynert erst Privatdozent für Hirnforschung, danach Sekundararzt an der 1853 gegründeten Wiener Irrenanstalt. 1868 wurde er auch Dozent für Psychiatrie, 1870 bekam er die außerordentliche, 1873 die ordentliche Professur für Psychiatrie.

Ein Jahr später wurde er Primar an der auf Betreiben von Rokitansky neuerrichteten Klinik für Psychiatrie — quasi als Belohnung für seine Treue zur Rudolphina, weil er einem Ruf nach Zürich nicht gefolgt war.²⁴³ 1875 erlangte er die Leitung über die II. Psychiatrische Klinik, die aus der “Beobachtungsstation für des Irrseins Verdächtige Personen” hervorgegangen war. Diese war ursprünglich nicht für Meynerts Herkunftsdisziplin Neurologie zuständig, erst 1886 bekam er die Abteilung für Nervenranke dazu.

Sarah Elstner beschreibt an Hand von Meynerts Karriere eine österreichische Widerspiegelung des deutschen Konfliktes zwischen Anstalts- und Universitätspsychiatrie, hier in Kapitel 2.1.3 thematisiert.²⁴⁴

²⁴²Bruckmüller u. a. 1986, Bd. 9 S. 221.

²⁴³Kirchhoff 1924, S. 125ff.

²⁴⁴Elstner 2019, S. 70.

Auch Meynerts Zugang zu Wissenschaft und Kultur war ein offener, er pflegte viele Freundschaften und Beziehungen zu Künstler*innen und Wissenschaftler*innen. Der Neurologe Carl Wernicke (1848 – 1905) zählt etwa zu seinen einflussreichsten Schüler*innen.²⁴⁵ Sigmund Freud war bei Theodor Meynert in den Jahren 1882 bis 1885 in verschiedenen Bereichen tätig, unter anderem 1883 als Sekundararzt an der Universitätsklinik für Neurologie.²⁴⁶ Er war also mit dessen Werk wohlvertraut, wies jedoch etwa die Lokalisationstheorie bereits 1891 in “Zur Auffassung der Aphasien” nicht nur zurück, sondern bezeichnet ihn sogar als “thronenden Götzen” und schreibt in einem Brief an Martha Bernay, dass mit seinem vormaligen Lehrer nicht auszukommen sei. Barth sieht in seiner Dissertation “Wer Freud Ideen gab” lediglich einen deutlichen Einfluss von Meynert auf Freuds Zugang zur vergleichenden Anatomie.²⁴⁷

Die Antipathie war offenbar nicht wechselseitig, Dora Stockert-Meynert schreibt 1930 wohlwollend, dass ihr Vater das Genie Freuds erkannte, obwohl dieser sich in eine andere Richtung entwickelte.²⁴⁸

Das bereits in der Einleitung (S. 14) erwähnte “Wiener Quartett” (Marie Bokowa, Auguste Forel, Susan Dimock und Carl Eugen Hoestermann) fand sich 1871 ebenfalls an der Fakultät für Medizin zusammen. Einen direkten Zusammenhang mit der Psychiatrie konnte ich nicht finden, aber zumindest Forel und Hoestermann waren zu der Zeit an Meynerts Klinik als Assistenten tätig,²⁴⁹ ersterer zählt zu seinen bekannteren Schüler*innen. Dimock war nach dem Studium in Paris für ein Kliniksemester in Wien, Forel und Bokowa hatten einander bei einer “Expedition” als Sanitäter*innen im deutsch-französischen Krieg kennengelernt.²⁵⁰

Auguste Forel bittet Meynert 1876 um ein Arbeitszeugnis für die Assistenzstelle, die er 1871 – 1872 innehatte, und teilt ihm mit, dass er sich wissenschaftlich distanziert, was die freundschaftliche Beziehung nicht stört, etwas später schickt er ihm ein Beleuchtungsstativ und widmet ihm sogar seine Dissertation.²⁵¹

In seinem neurologischen Lehrbuch “Psychiatrie. Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns begründet auf Dessen Bau, Leistungen und Ernährung” von 1884 bezieht sich Meynert fast ausschließlich auf seine neuroanatomischen Forschungen und

²⁴⁵Elstner 2019, S. 70; Kirchhoff 1924, 238ff

²⁴⁶Barth 2013, S. 39.

²⁴⁷Barth 2013, S. 83ff, 91, 302.

²⁴⁸Stockert-Meynert 1930, S. 47.

²⁴⁹Averbeck 2012, S. 395.

²⁵⁰Auguste Forel 1935, 55f.

²⁵¹Stockert-Meynert 1930, S. 255ff; Wettley 1953, S. 40

beschäftigt sich nicht mit der Klassifikation psychiatrischer Krankheiten. Klinik und (vorwiegend neuroanatomische) Krankheitsbilder handelt er auf den letzten 25 Seiten ab.²⁵² 1890 verfasst er jedoch zeitgemäß ein psychiatrisches Lehrbuch, das unter anderem das ihm zugeschriebene Konzept der “Amentia” von der Paranoia abgrenzt. Er macht kein Hehl daraus, dass er von der “unbefangene[n] klinische[n] Beobachtung” nur “Erdichtungen” erwartet und nennt in diesem Zusammenhang unter anderem Kahlbaum und Kraepelin.²⁵³ Zumindest ersteren hat er allerdings nicht nur gelesen, sondern verwendet teilweise auch dessen Nomenklatur (“Chaeromanie”, “Katatonie”) und zitiert Kahlbaums Meinung zur Vererblichkeit der “Amentia” (bei Kahlbaum wohl analog dem “Stadium defecti”), ohne allerdings genauer auf die Klassifikation einzugehen.

Von einem anderen seiner Schüler*innen, dem bereits erwähnten Hirnforscher Carl Wernicke, wird berichtet, dass er in seinen Vorlesungen kaum auf andere verwies – mit zwei Ausnahmen: seinem Lehrer Theodor Meynert und Karl Ludwig Kahlbaum, dessen “Hebephrenie” er als “Defektzustand” zeitweilig auch in der Klinik verwendete.²⁵⁴

Auch Kahlbaums “Presbyophrenia” wurde von Wernicke aufgegriffen. Dieses Krankheitsbild wird auch “Paraphrenia senilis” genannt, also die “Paraphrenie” des Alters. Wernicke definiert fünf Psychosen aus äußeren Einflüssen: “Delirium tremens”, “Korsakoff-Syndrom”, “Presbyophrenie”²⁵⁵, akute und chronische Halluzinationen und pathologische Trunksucht. Wie er in den “Vorlesungen” auch erläutert, geht es dabei zu einem überwiegenden Teil um Psychosen im Zusammenhang mit Alkohol.²⁵⁶ Eine enge Verwandtschaft sah er auch zur “polyneuritischen Psychose”. Später erlangte die “Presbyophrenie” auch als “Wernicke-Kahlbaum-Syndrom” eine gewisse Bedeutung, verschwindet aber im weiteren 20. Jahrhundert wieder aus dem unmittelbaren Vokabular der Psychiatrie.²⁵⁷

Meynerts Lehre kann nach diesen Recherchen nicht direkt mit der Klassifikationsgeschichte der endogenen Psychosen, “Dementia praecox” und “Paraphrenie” in Beziehung gebracht werden. Er kannte jedoch Kahlbaums Lehre, und seine Lehrtätigkeit und sozialen Kreise sind aus der Geistesgeschichte, Psychiatrie und Hirnforschung

²⁵²Meynert 1884, S. 263.

²⁵³Meynert 1890, S. V.

²⁵⁴Kirchhoff 1924, S. 245; Elstner 2019, S. 40; Wernicke 1906, S. 216

²⁵⁵Wernicke 1906, pp. 163, 216, 276f, 284, 290ff, 442, 480ff.

²⁵⁶Wernicke 1906, S. 465.

²⁵⁷Berrios 1986, S. 268.

des 19. Jahrhunderts nicht wegzudenken. Sein Einfluß spiegelt sich in den Werken vieler seiner Schüler*innen wider. So verwendete Wernicke, der Meynert sein Leben lang verehrte und seinen Einfluss hochhielt, etwa Teile von Kahlbaums Nomenklatur, was zumindest einen indirekten Bogen zu dessen "Paraphrenie" schließt.

5 Paraphrenie und Klassifikationssysteme im weiteren 20. Jahrhundert

In diesem Kapitel wird zuerst die Diskussion um die Benennung der endogenen Psychosen im frühen 20. Jahrhundert beleuchtet, bei denen die Teilgruppe der schizophrenen und schizophrenieartigen Erkrankungen (nach heutiger Bezeichnung) zu dieser Zeit vorwiegend mit Kraepelins Begriff der “Dementia praecox” bezeichnet wurden. 1908 schlug Eugen Bleuler die Bezeichnung “Schizophrenie” vor, der sich bald durchsetzte. Weiters wird die Entstehung neuer Diagnosemanuale dokumentiert, deren Grundlage bereits im 19. Jahrhundert gelegt wurde und die sich ursprünglich aus dem Wunsch nach international vergleichbaren Todesfallstatistiken entwickelten. Schlussendlich folgt ein kurzer Abriss über die spätere Verwendung des Begriffes der Paraphrenie in Fachtexten und Publikationen und ein Überblick über Geschlechtsunterschiede in der Diagnose bei ausgewählten Autor*innen.

5.1 Begriffliche Unstimmigkeiten um die Gruppe der endogenen Psychosen 1910 – 1920: Dementia praecox, Schizophrenie und Paraphrenie

Eugen Bleuler schlug 1908 vor, die Gruppe der endogenen Psychosen in ihrer Gesamtheit als “Schizophrenie” zu bezeichnen und begründet dies 1911 und 1914 noch in separaten Artikeln.²⁵⁸ Er sah den neueren Begriff als inklusiver und kompatibler mit Kraepelins “Verblödungspsychosen” als “Dementia praecox.”²⁵⁹

Karl Jaspers nimmt den Begriff Schizophrenie ebenfalls bereits 1913 auf:

“Die Gemütskrankheiten erscheinen uns *empföhlbar* und *natörlieh*, die Verrücktheiten gar nicht empföhlbar, *unverstöndlich*, *unnatörlieh*. Da die bisher treffendste Theorie die einzelnen Zöge dieses unverstöndlichen Seelenlebens aus *Spaltungen* des Seelenlebens ableitet, hat [Eugen] *Bleuler* ihm den Namen *schizophren* gegeben, den wir auch als bloöe Bezeichnung gebrauchen können, ohne immer jene Theorie zu bevorzugen.”²⁶⁰

²⁵⁸E. Bleuler 1908, S. 436ff; E. Bleuler 1911; E. Bleuler 1914

²⁵⁹E. Bleuler 1914, S. 20, Zapotoczky und Fischhof 1996, S. 292

²⁶⁰Jaspers 1913, S. 89.

Im selben Jahr publiziert Kraepelin den dritten Band der achten Auflage seines Lehrbuchs, in welcher die Paraphrenie erstmals genannt wird.

In der Gruppe der endogenen Psychosen sieht Kraepelin die Paraphrenie bis 1916 in seiner "Einführung in die psychiatrische Klinik"²⁶¹ noch als eigenständige, wenngleich verwandte Gruppe neben "Dementia praecox" und "manisch-depressivem Irresein". Nach Wilhelm Mayers Artikel zu den Paraphrenien von 1921 führt er sie ab der vierten Auflage 1921 als Untergruppe der "Dementia praecox" an.²⁶² Mehr noch, auch bei ihm muss der Name "Dementia praecox" später dem Konzept der Schizophrenien weichen.²⁶³

Eugen Bleulers neuer Begriff erlangt bald allgemeine Verbreitung, da ein breiter Konsens darüber herrscht, dass nicht alle Patient*innen mit "endogenen Psychosen" den "schwersten Endzustand" nach Mayer-Gross erreichen würden²⁶⁴. Während sein Begriff in der medizinischen Community alsbald Anklang findet, kann er im umgangssprachlichen Gebrauch wegen seiner Etymologie zu Missverständnissen führen, einerseits als Synonym für eine gespaltene Persönlichkeit, andererseits wird "schizophrenic" besonders im englischen Sprachraum als Synonym für einen Zustand des inneren Zwiespalts oder Widerspruchs ohne pathologischen Charakters verwendet. Dies wird teilweise auch Robert Louis Stevensons Werk "Dr Jekyll and Mr Hyde" von 1886 zugeschrieben, welches viel zur Vorstellung von Schizophrenen als Personen mit sprunghaft wechselnden Persönlichkeiten beigetragen hat.²⁶⁵

5.2 Entstehung der Diagnosemanuale ICD und DSM

Auch im 20. Jahrhundert wird versucht, die Diagnose zu vereinheitlichen. Dafür werden diagnostische Manuale von den Fachgesellschaften herausgegeben, die im Bereich der endogenen Psychosen teilweise an Kraepelins Einteilung orientiert sind.

Dazu zählen sowohl die International Classification of Diseases (ICD) der World Health Association (WHO) als auch das Diagnostics Standard Manual (DSM) der American Psychiatric Association (APA).

²⁶¹Kraepelin 1916, S. 330f.

²⁶²Zapotoczky und Fischhof 1996, S. 292, Mayer 1921

²⁶³Zapotoczky und Fischhof 1996, S. 292.

²⁶⁴Zapotoczky und Fischhof 1996, S. 297.

²⁶⁵Tsuang, Faraone und Johnson 1999, S. 5f.

Die später von der WHO herausgegebene ICD hatte ihren Ursprung lange vorher. 1900 wurde von der französischen Regierung als Resultat eines internationalen Kongresses zur statistischen Erfassung von Toderursachen eine "International List of Causes of Death" verfasst, die offenbar bereits die selbe Abkürzung trug.

Es war geplant, diese Liste zur Erstellung von Todesfallstatistiken in Zehnjahresabständen neu herauszugeben, was bis zur achten Ausgabe auch so geschah. Nach dem ersten Weltkrieg wurde die Liste vom Völkerbund herausgegeben. Bis zum zweiten Weltkrieg blieb sie aber nur in ihrer ursprünglichen Funktion bestehen, während viele Länder auch bereits Krankheitsstatistiken in Verwendung hatten, etwa Kanada, UK und die USA. Bereits in der fünften Version 1938 gab es eine Rubrik für nicht-tödliche Zustände, die sechste Ausgabe 1948 trug den Titel "International Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death." Die siebente Version 1955 trug schließlich den heutigen Namen, inhaltlich wurden nur Fehler und Inkonsistenzen aufgearbeitet.²⁶⁶

In der Folge erlangte die Klassifikation weitere Verbreitung im klinischen Bereich. Aus dem Bedürfnis nach detaillierterer Einteilung wurden in einigen Ländern Erweiterungen entwickelt. Die achte Version 1965 erfuhr einige radikalere Veränderungen. Während die Grundstruktur erhalten blieb, wurde bereits versucht, Krankheitsentitäten möglichst sowohl nach Ätiologie als auch nach Symptomatik einzuteilen.²⁶⁷

1975 richtete die WHO in Genf neuerlich eine Konferenz zur Entwicklung von ICD-9 aus. Einerseits bestand die Forderung wie bei der siebenten Version möglichst nur inkrementelle Veränderungen zu implementieren, um die Datenverarbeitung und -portierung zwischen den Versionen zu erleichtern. Andererseits wurde es zunehmend wichtiger, auch sehr detaillierte diagnostische Unterscheidungen zu ermöglichen, so dass bei der Einführung der vier- und fünfstelligen Diagnosen Wert darauf gelegt wurde, dass auch die dreistelligen Kategorien hinreichend Trennschärfe für die Statistiken behielten. Für die Klinik wurde weiterhin das "dagger (†) and asterisk (*)"-System für Grunderkrankung und Symptome eingeführt, das auch in der zehnten Version beibehalten wurde.²⁶⁸

²⁶⁶ICD-10 2016, p. 191ff vol. 2.

²⁶⁷ICD-10 2016, p. 200 vol. 2.

²⁶⁸ICD-10 2016, p. 200f vol. 2.

Während die Ausgaben bis dahin grob in Zehnjahresschritten erfolgten, wurde bereits vor der Publikation der ICD-9 klar, dass die notwendige Vorlaufzeit größer wurde. Bereits vor Herausgabe der neunten Edition wurde daher die Arbeit an ICD-10 aufgenommen in der Hoffnung, dass diese Version dann länger in Verwendung bleiben könnte.²⁶⁹

Das DSM geht aus dem *Statistical Manual for the Use of Institutions for the Insane* von 1918 der American Medico-Psychological Association (später American Psychiatric Association) hervor. Die Motivationen sind ähnlich wie einige Jahre früher in Europa (siehe Kapitel 2.3), vor allem Diagnostik und Statistik: die Klassifikation wird ab 1923 auch bei den Volkszählungen des Bureau of Census verwendet.²⁷⁰

So essenziell das Manual für die Statistik war, so wenig Bedeutung hatte es für die psychiatrische Praxis, da die Kategorisierung grob blieb und damit keinen therapeutischen Vorteil bot.²⁷¹

Schon in der Zwischenkriegszeit, aber noch mehr im zweiten Weltkrieg verbreiteten sich psychodynamische und insbesondere analytische Strömungen in der US-Psychiatrie. Die Zahl der Psychiater*innen in den Streitkräften vervielfachte sich, und psychotherapeutische Ansätze brachten viele Soldat*innen rasch an die Front zurück.²⁷²

Grob schreibt dazu:

“Treatment in a local setting also ensured that soldiers were not separated for any length of time from their units and established social relationships. Overall, about 60% of the soldiers who became neuropsychiatric casualties were returned to duty within 2-5 days. The highest success rates were found in forward combat units; the lowest at rear-echelon hospitals.”²⁷³

Während vorher etwa alle Persönlichkeitsstörungen als “psychopathische Persönlichkeit” und alle Stresssymptome aus Kampfhandlungen als “psychoneurotisch” klassifiziert wurden, erstellten Army und Navy im Krieg umfangreichere Kataloge.

Nach dem zweiten Weltkrieg kehrten viele der militärisch ausgebildeten Psychiater*innen ins zivile Gesundheitssystem zurück, und in der Gesellschaft entstand ein Bewußtsein dafür, dass psychiatrische Erkrankungen nicht immer eine stationä-

²⁶⁹ICD-10 2016, p. 202 vol. 2.

²⁷⁰Grob 1991, p. 426.

²⁷¹Grob 1991, p. 427.

²⁷²Decker 2007, p. 341.

²⁷³Grob 1991, p. 427.

re Behandlung erforderten, sondern geistige Gesundheit als breites Spektrum von Zuständen betrachtet werden konnte. Innerhalb der APA gab es mit der *Group for the Advancement of Psychiatry* (GAP) ab 1946 eine Reformbewegung, die einen gesellschaftlichen Dialog anstrebte. Die bei den US-Streitkräften eingeführten psychiatrischen Klassifikationen bildeten die Basis sowohl für den psychiatrischen Teil der folgenden ICD-Versionen als auch für DSM-I 1950.

Die Einteilung erinnerte an Kraepelins exogene und endogene Psychosen: DSM-I unterschied zwischen Fällen, die aus durch physische Einwirkung (einschließlich genetischer Erkrankungen wie Chorea Huntington) entstanden waren, und solchen, die mit einer Anpassungsstörung zusammenhingen. Letztere wiederum wurden eingeteilt in psychotische und psychoneurotische Störungen. Als "psychotisch" wurden "manisch-depressive" und "paranoide" Störungen eingeordnet, "Psychoneurosen" waren Angststörungen, dissoziative Störungen, Phobien, Zwangsstörungen und Depression.²⁷⁴

Die meisten Diagnosen interpretierte DSM-I als "Reaktionen" auf äußere Ereignisse, geistige Störungen wurden mehr im Ausmaß als nach der Art unterschieden. DSM-II machte es sich zur Aufgabe, die Kommunikation in der Fachwelt zu verbessern und Missverständnisse zu vermeiden. Greene sieht in der Revision eine deutliche Wendung hin zu Psychoanalyse, die zu dieser Zeit in den USA stark an Bedeutung gewinnt.²⁷⁵

Die Medizinhistorikerin Decker beschreibt weitergehende Unschärfen in der psychiatrischen Diagnostik der Zeit in Nordamerika, auf welche die Kriterien des DSM-II wenig Einfluss hatten. Die vorherrschenden psychoanalytischen Strömungen legten weniger Wert auf genaue Diagnosen, was zu Kritik sowohl innerhalb der Disziplin als auch von außerhalb führte, beispielsweise zeigte Rosenhan in 1973 in einem Experiment, dass ansonsten unauffällige Versuchspersonen über längere Zeit mit der Diagnose "Schizophrenie" in den Anstalten behalten wurden, wenn sie bei der Aufnahme bestimmte Reizwörter fallen ließen.²⁷⁶

Laute Kritik an den Gepflogenheiten der Psychiatrie kam von der Antipsychiatriebewegung. Der schottische Psychiater Laing sorgte für Aufruhr mit der Hypothese, dass Schizophrenie mangels offensichtlicher anatomischer oder biochemischer Substrate keine Krankheit im klassischen Sinne wäre. Er interpretierte sie als Reak-

²⁷⁴Grob 1991, p. 428.

²⁷⁵Greene 2007, p. 364.

²⁷⁶Decker 2007, p. 341; Greene 2007, p. 364

tion auf einen hoffnungslosen Zustand, in der eine Person die Symptome als Ausweg entwickelt. Andere sahen psychiatrische Diagnosen mehr als Stigma und stellten die Autorität oder sogar die Existenzberechtigung der Psychiatrie in Frage, so etwa Thomas Szasz und Michel Foucault.²⁷⁷

Es bestand also Einigkeit, dass DSM-II einer Reform bedurfte.

Kraepelins Ansichten blieben in der europäischen Psychiatrie vorherrschend, während in den USA schon auf Grund des beschriebenen Aufstiegs psychoanalytischer Strömungen und Emigrant*innen im zweiten Weltkriegs Freuds Ideen wichtiger wurden. Ein wichtiger Aspekt war, dass Gesundheit und Krankheit mehr als Spektrum denn als Kraepelins scharfe Trennung gesehen wurden.²⁷⁸

Nicht zuletzt waren die US-Regierung und die Krankenversicherungen immer weniger überzeugt, dass die teuren Psychoanalysen ihr Geld wert waren, letztere pochten auf eindeutige Diagnosen.²⁷⁹

Es formierte sich in der psychoanalytisch dominierten APA eine Gegenbewegung, die vor allem von einer Gruppe an der University of Washington ausging. Führend waren Eli Robins (1921 – 1994), Samuel Guze (1924 – 2000) und George Winokur (1925 – 1996), die sich sozial und wissenschaftlich regelmäßig austauschten und ihren Student*innen ihre wissenschaftliche Methode näherbrachten. Besonders John Feighner machte sich bald einen Namen in der Diskussion von Kriterien für Schizophrenie und andere affektive Störungen. Gemeinsam mit seinen Lehrern gründete er ein Komitee dafür, das nach einer Reihe von Forschungsparadigmen vorging. In einem großen Review von über 1000 Artikeln publizierte dieses eine Reihe von Einträgen zur Diagnose unterschiedlicher psychiatrischer Störungen, die eine Reihe spezifischer Kriterien beinhalteten, (‘‘Feighner criteria’’).²⁸⁰

Die Gruppe wurde von Gerald Klerman 1978 auch als ‘‘neo-Kraepelinians’’ bezeichnet.²⁸¹

Dem APA-Mitglied Robert Spitzer fiel die Rolle zu, ein Komitee für die Erstellung des DSM-III zusammenzustellen. Spitzer hatte sich bereits einen Namen gemacht im Konflikt, wie die Homosexualität einzuordnen sei. Er praktizierte eine Zeitlang Psychanalyse und sagte von sich selbst, kein ‘‘neo-Kraepelinian’’ zu sein.²⁸²

²⁷⁷Greene 2007, p. 364; Decker 2007, p. 342

²⁷⁸Decker 2007, p. 342.

²⁷⁹Decker 2007, p. 345.

²⁸⁰Decker 2007, p. 347.

²⁸¹Decker 2007, p. 347f.

²⁸²Decker 2007, p. 351.

Laut Studien wurden die diagnostischen Kriterien in den meisten Bereichen als unzureichend empfunden. Spitzer erarbeitete dementsprechend gemeinsam mit Robins von der University of Washington 1974 eine Liste von 25 “research diagnostic criteria” (RDC).

Die Arbeit stieß auf heftigen Widerspruch, es hieß sie sei anti-humanistisch und werde der Komplexität des menschlichen Geistes nicht gerecht. Spitzer argumentierte dagegen, dass diagnostische Trennschärfe nicht nur mit humanistischen Richtlinien vereinbar wäre, sondern auch die Behandlung psychiatrischer Patient*innen verbessern könnte. Freuds Anhänger*innen bemängelten die Abwesenheit von Diagnosekriterien für neurotische Störungen, die nun unter den “affektiven Störungen”, “Angststörungen” und “Hysterie” eingeordnet waren. Auch die “radikale” Umgestaltung wurde bekritelt, DSM-III sei mehr für die Forschung als für die Klinik geeignet.

Ein Resultat der vielen Einflüsse und kritischen Stimmen war die *multiaxiale Diagnostik*. Neben den fünf Achsen in der endgültigen Version gab es den Vorschlag einer psychoanalytischen Dimension, der aber wieder verworfen wurde. DSM-III wurde schließlich in der Jahresversammlung 1980 der APA angenommen.²⁸³

Die endgültigen Achsen sind:

- I. Achse: Klinische Syndrome
- II. Achse: Persönlichkeitsstörungen
- III. Achse: Andere körperliche Störungen und Zustände
- IV. Achse: Schwere von psychosozialen Stressfaktoren
- V. Achse: Höchste Stufe der sozialen Funktionsanpassung im letzten Jahr

Dabei stellen die ersten drei Achsen die offizielle psychiatrische Diagnose dar, Achsen IV und V sind für klinische und wissenschaftliche Anwendung vorgesehen.²⁸⁴

²⁸³Decker 2007, p. 353f.

²⁸⁴DSM-III-R 1987, S. 23.

5.3 Spätschizophrenie und Paraphrenie im 20. Jahrhundert nach Kraepelin: Manfred Bleuler, Ludwig Klages und der Wandel des DSM

“Yet Emil Kraepelin’s Views on the typology of mental disorders – often quoted, occasionally misquoted and at times hotly debated – continue to frame much of the present-day psychiatric discourse.”²⁸⁵

Der Begriff der Schizophrenie geht wie in Kapitel 5.1 beschrieben auf Eugen Bleuler zurück.

Allerdings klingt auch bei Kraepelin in der achten Ausgabe seines Werkes eine recht differenzierte Sicht auf die endogenen Psychosen um die *dementia praecox* durch. Jablensky merkt an, dass neun verschiedene Formen vorkommen, die heute in den Bereich der schizoaffektiven oder akuten vorübergehenden psychotischen Störungen fallen würden.²⁸⁶

Es bestand weiter Uneinigkeit, ob die *Paraphrenie* wie bei Kraepelin als eigenständige Krankheitseinheit betrachtet werden sollte oder unter der Paranoia eingeordnet.²⁸⁷ Schnizer schreibt dagegen etwa 1914:

“Die Frage, ob es für eine Einigung nicht zweckmäßiger gewesen wäre, wenn Kraepelin den neuerdings ausgeschiedenen Fällen die Bezeichnung Paranoia gegeben hätte, erübrigt sich; Tatsache ist, daß diese von ihm als Paraphrenien bezeichneten Fälle sich zu einem guten Teil mit den von seinen Gegnern als Paranoia angesprochenen Krankheitsbildern decken. Will man die vorhandene Verwirrung in der Paranoiafrage nicht noch un-aufhörlich steigern, so wird man in Zukunft für diese, offenbar unter sich nicht wesensgleichen Krankheitsbilder vom Charakter eines Prozesses am besten die Bezeichnung Paraphrenie — mindestens zunächst — beibehalten.”²⁸⁸

²⁸⁵Jablensky 2007, p. 381.

²⁸⁶Jablensky 2007, p. 384.

²⁸⁷Schnizer 1913, S. 421.

²⁸⁸Schnizer 1915, p. 116.

1914 schlug Albrecht vor, den Begriff “präsenile Paraphrenie” als Synonym für das Übergangsstadium zur Demenz zu verwenden, das nach Kleist auch als “Involutionssparanoia” bekannt war, da er Schwierigkeiten in der Abgrenzung der Begriffe sah.²⁸⁹

Georg Eisath berichtet 1914 über Fälle von “Paranoia, Querulantenwahn and Paraphrenia” und fasst dort akribisch Kraepelins “Münchener Schule” zusammen, um ihr in einem grundlegenden Punkt zu widersprechen: wie andere Kritiker*innen schlägt er vor, zumindest die “systematische Paraphrenie” bei der Paranoia zu belassen, weil sie oft nicht mit “Verblödung” einhergeht und andererseits von der “Paranoia simplex und hallucinatoria” kaum abzugrenzen sei.²⁹⁰

Mayer rekapituliert Kraepelins Systematik und findet unter 78 Fällen, die er unter die “Paraphrenien” einordnet 45 mit “Paraphrenia systematica”, 13 mit “Paraphrenia expansiva”, 11 mal “Paraphrenia confabulatoria” und diagnostiziert bei 9 “Paraphrenia phantastica”.²⁹¹

Auch Fischer und Jaschke verweisen 1931 unter anderem auf Eisath und Mayer. Aufgrund von Messungen des “Grundumsatzes” und der “spezifisch-dynamischen Eiweißwirkung” sehen sie bei fünf Fällen von Paraphrenie eine deutliche Abgrenzung zu Paranoia und Schizophrenie.²⁹²

Kolle verwendet den Begriff ebenfalls 1931, ohne jedoch eine besondere Präferenz dafür zu zeigen — im Gegenteil spricht auch er den Klassifikationssystemen der Zeit die Trennschärfe ab:

“Alle lehrbuchmäßigen Überlegungen lassen uns unbefriedigt. Eine Dementia praecox, auch in der weiteren Fassung Schizophrenie, eine Paraphrenie oder Paranoia im Sinne von Kraepelin, das alles müßten wir bei strenger Anwendung der Begriffe ebenso ablehnen wie etwa eine Involutionssparanoia oder eine der neuerdings von Kleist beschriebenen Formen von Degenerationspsychose. Lassen wir jedoch unsere mangels biologischer Kennzeichen ohnedies unerfüllbaren klassifikatorischen Wünsche zurücktreten hinter der bescheideneren und vorerst fruchtbareren Forderung, Typen zu umreißen und deren einzelne Aufbaufaktoren (Birnbaum)

²⁸⁹Albrecht 1914, S. 341; Kleist 1913

²⁹⁰Eisath 1915, S. 70ff.

²⁹¹Mayer 1921, S. 191.

²⁹²S. Fischer und Jaschke 1931, 795f; Eisath 1915; Mayer 1921

mit einer mehrdimensionalen Diagnostik (Kretschmer) zu erfassen, so füllt sich auch der einzelne ‘Alltagsfall’ wieder mit neuem Leben. In diesem Sinne möchten wir unsere Bemühungen aufgefaßt wissen.”²⁹³

Manfred Bleuler stellt schließlich 1943²⁹⁴ eine Systematik der “Spätschizophrenien” auf, in der auch “Paraphrenie” (nach Kraepelin) und Involutionssparanoia (nach Kleist²⁹⁵) erläutert werden.

Nach Manfred Bleulers Überblicksartikel über Schizophrenie 1943 herrschte Einigkeit über die Bezeichnung dieser Seite der endogenen Psychosen. Wie allerdings Kay und Roth 1961 schrieben, war die Kraepelinsche Methodik nicht unumstritten. Diese versuchte, Geisteskrankheiten einzuteilen in “organische” und “funktionale”, also nicht auf eine hirnrnorganische Störung zurückzuführende. Da ein körperliches Substrat aber von außen nicht unbedingt ersichtlich war, wurde auf Grund von psychologischen Symptomen diagnostiziert, was zu Ambiguitäten führen konnte:

“All classificatory systems in psychiatry have serious shortcomings which are inevitable at the present stage of development of knowledge. The weakness of the Kraepelinian system, which forms the basis of most classifications, is that it is based upon two principles. According to one, mental disorders are divided on the basis of certain psychological symptoms and signs into “organic” and “functional” categories; according to the other, division into the same two categories depends on the presence or absence of structural disease, whether cerebral or somatic. This dual system leads to ambiguities which deserve careful analysis.”²⁹⁶

Kay und Roth beschreiben in ihrem Werk über Spätschizophrenie 1961 die Unschärfe in der Nomenklatur und den Zusammenhang zwischen den Diagnosen Paraphrenie, Paranoia und Schizophrenie, besonders in Bezug auf die klinische, prognostische und genetische Kriterien. Entsprechend der in Europa und UK üblichen Praxis würde die Paraphrenie im besonderen für Störungen des vierten und fünften Lebensjahrzehnts verwendet, bei denen chronische Halluzinationen und Wahrnehmungsstörungen bestehen, aber keine affektiven Willens- und Denkstörungen. Die

²⁹³Kolle 1931a, S. 12.

²⁹⁴M. Bleuler 1943, S. 263.

²⁹⁵Kleist 1913.

²⁹⁶Kay und Roth 1961, p. 669.

Abgrenzung von der Schizophrenie erfolgt durch Abwesenheit der typischen [negativen] Symptome, von der Paranoia durch dort systematischere Wahrnehmungsstörungen ohne Halluzinationen. Im weiteren Verlauf verschwinden diese Unterschiede aber oft, sodass auch mildere Formen bereits als Schizophrenie diagnostiziert würden.²⁹⁷

Ebenso im Jahr 1961 publiziert auch Wolfgang Klages auf Grund seiner klinischen Arbeit an der Medizinischen Akademie Düsseldorf sein Werk “Die Spätschizophrenie” und empfiehlt die Verwendung dieses Begriffs anstatt “Paraphrenie” auf Grund der breiteren Definition und mangelhafter Abgrenzung.²⁹⁸

Zapotoczky and Fischhof von der psychiatrischen Klinik an der Universität Graz bieten einen Blick aus neuerer Sicht in ihrem “Handbuch der Gerontopsychiatrie” 1996. Sie weisen bei der als Alterserkrankung vorgestellten “Paraphrenie” auf die fehlende neuroanatomische Abgrenzung hin und beschreiben Risikofaktoren (Alter, Genetik, Infektionen) ähnlich anderen schizophrenen Erkrankungen und empfehlen Neuroleptika und eventuell supportive Psychotherapie. Mangels klarer Diagnosekriterien merken sie an, dass vom Gebrauch des Terminus abgeraten wird.²⁹⁹

Lempa and Troje wiederum fokussieren 2010 eine Sammlung von Aufsätzen auf die geschichtliche Relevanz von Kraepelins Psychosenlehre für die psychoanalytische Methode.³⁰⁰

Während DSM-III und ICD-9 noch Definitionen und Codes für einige paraphrenische Syndrome enthalten (295.3, der paranoide Typ der Schizophrenie inkludiert paraphrenische Schizophrenie³⁰¹, und Paraphrenie findet Eintrag als Unterpunkt 297.2 bei den paranoiden Zuständen³⁰²), wird in ICD-10, obwohl es keine eigenen Punkte mehr sind, durchaus noch auf die paraphrenen Diagnosen im Text hingewiesen, bei DSM-IV fehlt jede Erwähnung des historischen Begriffs: 297.2 wurde ersatzlos gestrichen, 297.1 (Paranoia³⁰³) umorganisiert als wahnhaftige Störung (“Delusional Disorder”³⁰⁴).

²⁹⁷Kay und Roth 1961, p. 649.

²⁹⁸Klages 1961, S. 2.

²⁹⁹Zapotoczky und Fischhof 1996, S. 298ff, S. 293.

³⁰⁰Lempa 2010.

³⁰¹DSM-III-R 1987, p. 451.

³⁰²DSM-III-R 1987, p. 451.

³⁰³DSM-III-R 1987, S. 197.

³⁰⁴DSM-IV 1994, p. 296ff.

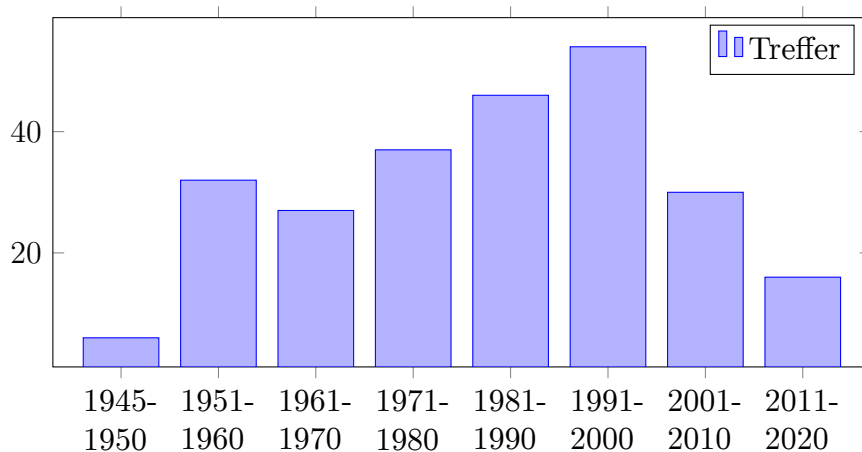


Abbildung 1: Pubmed-Einträge zu “paraphrenia”

In neueren Publikationen ist der Begriff selten zu finden, obwohl er nicht völlig aus dem Sprachgebrauch verschwunden ist. Zapotoczky und Fischhof merken an, dass die Diagnosekriterien diagnostisch nicht trennscharf genug sind und an mehreren Stellen vom Gebrauch abgeraten wird.³⁰⁵

In aktuellen Diagnosesystemen sehen sie Kraepelins “Paraphrenie” in zwei unterschiedlichen nosologischen Bereichen: einerseits eine affektvolle Form, die sie nach Leonhard als eng verwandt mit den “zykloiden Psychosen” und Kraepelins “systematischer Paraphrenie” beschreiben, andererseits eine affektarme Form, die am ehesten als leichte Form einer “paranoiden Schizophrenie” nach Eugen Bleuler einzuordnen wäre.³⁰⁶

In der Pubmed-Datenbank etwa sind in den Jahren 1945 bis 1950 zu `paraphrenia[All Fields] OR paraphrenic[All Fields]` 6 Publikationen zu finden, 32 1951 bis 1960, 27 1961 bis 1970, 37 1971 bis 1980, 46 1981 bis 1990, 54 1991 bis 2000, 30 von 2001 bis 2010 und 16 2011 bis 2020. Von den 248 beschäftigen sich 59 explizit mit “late paraphrenia”. Im Vergleich dazu sind zu “schizophrenia” alleine im letzten Zeitraum über 55.000 Publikationen zu finden (siehe Abb. 1).

29 von den Artikeln haben einen historischen Bezug (`history[All Fields] OR historic[All Fields] OR historical[All Fields]`).

³⁰⁵Zapotoczky und Fischhof 1996, S. 293.

³⁰⁶Zapotoczky und Fischhof 1996, S. 294.

5.4 Gender und Paraphrenie

Eine detaillierte Analyse der “Gender-Specific Medicine” wie bei Marianne J. Legato³⁰⁷ ist im historischen Kontext meist nicht zu finden. In einigen Fällen sind aber zumindest Statistiken und Beobachtungen zu Krankheitsinzidenzen nach Geschlechtern aufgelistet.

Aufschlussreich wäre vermutlich auch in Bezug auf die beobachtete Symptomatik eine Aufarbeitung des zugrunde liegenden Frauenbildes im Rahmen der Gender Studies.

Kahlbaum selbst äußert sich nicht zum Geschlechterverhältnis bei den “paraphrenen” Krankheitsformen, beschreibt aber 1878 für die jugendliche Form der “Hebephrenie” Unterschiede in den Symptomen, und diagnostiziert bei weiblichen Kranken überwiegend eine sexuelle Komponente (“Nymphomanie, Erotomanie”), bei den männlichen Betroffenen mehr Albernheit und Altklugheit, in seinen Worten “das Urbild des ewigen Quartaners Karlchen Miessnick”.³⁰⁸

Kraepelin sieht zu etwa 60 % männliche Patienten betroffen. Er beschreibt bei der “Paraphrenia systematica”, dass die Patientinnen “merken, daß man sie in ihrer Geschlechtsehre schädigen, sie verführen, zu Verfehlungen veranlassen will” und spüren “Empfindungen, Zupfen in den Genitalien, fühlen sich geistig begattet.” Einen “erotischen Größenwahn” findet er ausschließlich bei weiblichen Kranken. Die “expansive” Form diagnostiziert er überwiegend bei Frauen zwischen 30 und 50.³⁰⁹

Meynert führt bei der Hebephrenie keine solchen Beobachtungen an, bei der Paranoia sieht er “zweifellos” vor allem Frauen betroffen, was er zum Teil auf die erhöhte Inzidenz im Klimakterium zurückführt.³¹⁰

Kleist diagnostiziert seine “Involutionssparanoia” 1913 zu etwa 90 % überwiegend bei Frauen, er äußert die Vermutung, dass diese Psychosen durch eine “psychogene Reaktion” auftreten könnten. Er beschreibt etwa “ledige oder vom Manne verlassene oder verwitwete Frauen”, bei denen er Existenzängste beobachtet. Kehrer und Kretschmer berufen sich ebenfalls auf Kleist³¹¹

³⁰⁷Legato 2004.

³⁰⁸Kahlbaum 1878, S. 1144.

³⁰⁹Kraepelin 1913, S. 977f, S. 996, S. 1000.

³¹⁰Meynert 1890, S. 206.

³¹¹Kleist 1913, S. 33, S. 42f, S. 64; Kehrer und Kretschmer 1924, S. 137

Bei Mayer tritt die “Paraphrenia systematica” etwas häufiger beim weiblichen Geschlecht auf, die “Paraphrenia expansiva” ebenso wie “confabulatoria” ähnlich Kraepelin, dessen Systematik er übernimmt, fast ausschließlich bei Frauen zwischen 40 und 60. Seine 9 Fälle von “Paraphrenia phantastica” findet er im Gegensatz dazu vorwiegend bei Männern.³¹²

Klages berichtet, dass bei Manfred Bleuler 1943 die 62 Frauen gegenüber 32 Männern überwiegen, Knolls Studie hat ebenfalls 62 Frauen und nur 21 Männer.³¹³

Bei Kay und Roth ist der Überhang noch deutlicher, unter 42 Patient*innen mit “late paraphrenia” sind nur 3 männlichen Geschlechts.³¹⁴

Nach Legato tritt die Schizophrenie mit gleicher Prävalenz unabhängig vom Geschlecht auf, in jüngeren Jahren eher bei Männern, postmenopausal stärker bei Frauen. Die Paraphrenie kommt in dem Werk nicht vor.³¹⁵

³¹²Mayer 1921, S. 193ff, S. 202.

³¹³Klages 1961, S. 12.

³¹⁴Kay und Roth 1961, p. 651.

³¹⁵Legato 2004, p. 139.

6 Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Verwendung des Begriffs der “Paraphrenie” in der deutschen Psychiatriegeschichte lässt auf den ersten Blick keine rote Linie erkennen — von Kahlbaum über Kraepelin und Freud bis zu Albrechts “präseniler Paraphrenie” und die spätere Verwendung im Kontext von Psychoanalyse und geriatrischer Psychiatrie etwa bei Kay und Roth, die wiederum ähnlich Kahlbaums ursprünglichen Einordnungen die Paraphrenie vor allem im Alter diagnostizieren.

Dass das Konzept der Paraphrenie bei Kraepelin und im Prinzip auch bei Freud jedoch unabhängig vom Alter zum Tragen kommt, könnte auch auf einen direkten Einfluß von Guislains Konzept zurückführen. Außer Zweifel steht aber nur, dass dieser Kahlbaum direkt beeinflusste.

Im Zuge der Erforschungen wurde jedoch immer mehr klar, dass die Faszination der Psychiatriegeschichte nicht ausschließlich in einzelnen Symptomen und Diagnosen zu finden war, sondern auch in den wissenschaftstheoretischen Konzepten, sozialen Strömungen und individuellen Ansichten, die sich in Nosologie, Lehrbüchern und Schulen widerspiegelten.

Dabei fand ich besonders die historische Entwicklung der Psychiatrie als eigenständiger medizinischer Fachrichtung mit entsprechender Theorienbildung im Spannungsfeld von “Irrenwesen”, Hirnanatomie und Psychologie interessant. Ein Name, der immer wieder auftauchte und auch in der Arbeit vielleicht häufiger vorkommt als notwendig ist der des Schweizer Sozialisten, Abstinenzlers, Hirn- und Ameisenforschers August(e) Forel, dessen Lebens- und Wirkensgeschichte beeindruckte.

Auch die Ausführungen über das Frauenstudium zeigten spannende Entwicklungen im 18. und 19. Jahrhundert.

Eine große Hilfe bei der Recherche besonders in Pandemiezeiten waren in Ergänzung zu den Bibliotheken zunehmend die digitalen Archive, von eingescannten Zeitungen und Zeitschriften über die Digitalisate von Bibliotheken, Buchverlagen und institutionellen Archiven bis hin zu öffentlich zugänglichen Archiven von gemeinfreien Schriften wie <https://www.archive.org/>, welche eine reiche Fülle an Scans aus einer Vielzahl von Bibliotheken bereitstellen.

6.1 Limitationen

Die vorliegende Arbeit verfolgt anhand der Primär- und Sekundärliteratur die Verwendung des Begriffs der Paraphrenie im deutschen Sprachraum im 19. Jahrhundert. Dies stellt nur einen kleinen Bruchteil der Vielfalt der Psychiatriegeschichte dieser Zeit dar.

Einerseits ist nicht auszuschließen, dass weitere konzeptuelle Verwendungen dieses Begriffes im fraglichen Zeitraum vorkommen. Andererseits folgt die Entwicklung der Psychosenkonzepte und der Vorstellungen vom “Irresein” im Jargon der Zeit komplexen Bögen, die durch den Fokus auf einen einzigen Begriff in den Hintergrund treten. Eine Befassung mit Kraepelins Psychosenkonzepten aus moderner Sicht ist etwa bei Günter Lempa zu finden.³¹⁶

Eine umfassende Recherche zur “Paraphrenie” und anderen Konzepten in den Fachzeitschriften des 19. Jahrhunderts ist ebenfalls ausständig. Einen Startpunkt kann hier die Dissertation von Alfred E. Angst³¹⁷ geben; Krafft-Ebing zitiert Kahlbaum vor allem über Zeitschriften,³¹⁸ eine Nachverfolgung dieser Zitate sollte also ebenfalls vertiefende Erkenntnisse bringen.

In Bezug auf die Symptomatik (“Nymphomanie, Erotomanie” und “erotischen Größenwahn”) und Geschlechterverteilung aufschlussreich wäre vermutlich eine Aufarbeitung des zugrunde liegenden Frauenbildes im Rahmen der Gender Studies.³¹⁹

Im Planungsstadium blieb mein in der Projektstudie angedachtes Vorhaben, Michel Foucaults Diskurstheorie zu erlernen und auf dieses Kapitel der Psychiatriegeschichte anzuwenden. Auch bei Zwang und Non-Restraint würden sich für eine vertiefende Arbeit einige von Foucaults Werken zu Psychiatriegeschichte, Macht und die Episoden von Anti-Psychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert anbieten, die auch die Prozesse um die Entstehung von DSM und ICD beeinflussten.³²⁰

Für den Seelenbegriff im Sinne von Psyche und Soma konnte ich bei Kiefer leider keine für die Arbeit hilfreichen Informationen finden, vermutlich, weil mir der philosophische (oder theologische?) Hintergrund fehlt. Die sorgfältig aufgelisteten und erläuterten Vorstellungen sind aber sicher in einem anderen Kontext umso hilfrei-

³¹⁶Lempa 2010.

³¹⁷Angst 1975.

³¹⁸Krafft-Ebing 1888, S. 96, S. 111, S. 162, S. 395.

³¹⁹Kraepelin 1913, S. 977f, S. 996; Kahlbaum 1878, S. 1144

³²⁰Decker 2007, p. 343ff, Greene 2007, p. 364ff, Foucault und Konersmann 1996

cher. Ein ähnliches Problem hatte ich mit dem Werk von Alfred Arnold über Wilhelm Wundt, das 1980 in der DDR verlegt wurde und im Rahmen der dialektischen Diskursanalyse Wundts Arbeit beleuchtet.³²¹

Woher Freuds Verwendung des Begriffs der Paraphrenie im Rahmen seiner Psychosentheorie stammte, ob er ihn etwa von Kahlbaum oder direkt von Guislain übernahm, war im Rahmen dieser Arbeit nicht klärbar. Allerdings gibt es laut Kirchhoff Parallelen zwischen Kahlbaums Assistent Hecker und Freud.³²²

³²¹Kiefer 1996, Arnold 1980

³²²Kirchhoff 1924, S. 215.

Literatur

- Acqua, Aloysius dall' (1822). „De Paraphrenitide dissertatio inauguralis medica“. Diss. Padua.
URL: <http://data.onb.ac.at/rec/AC09643588>.
- Adityanjee u. a. (1999). „Dementia praecox to schizophrenia: The first 100 years“. In: *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 53.4, S. 437–48. DOI: 10.1046/j.1440-1819.1999.00584.x. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1046/j.1440-1819.1999.00584.x>.
- Albrecht, H. (1914). „Funktionelle Psychosen im Rückbildungsalter“. In: *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 22.3, S. 306–344.
- Alexander, Franz G. und Sheldon T. Selesnick (1966). *History of Psychiatry. An Evolution of Psychiatric Thought and Practice from Prehistoric Times to the Present*. New York: Harper & Row.
- Angermeyer, Matthias C. und Holger Steinberg, Hrsg. (2005). *200 Jahre Psychiatrie an der Universität Leipzig. Personen und Konzepte*. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag. ISBN: 978-3-540-28048-4. URL: <https://www.springer.com/de/book/9783540250753>.
- Angst, Alfred E. (1975). „Die ersten psychiatrischen Zeitschriften in Deutschland“. Diss. Würzburg: Universität Würzburg.
- Arnold, Alfred (1980). *Wilhelm Wundt, sein philosophisches System*. Berlin: Akademie-Verlag.
- Averbeck, Hubertus (2012). *Von der Kaltwasserkur bis zur physikalischen Therapie. Betrachtungen zu Personen und zur Zeit der wichtigsten Entwicklungen im 19. Jahrhundert*. 1. Auflage. Bremen: EHV Europäischer Hochschulverlag. ISBN: 978-3-86741-782-2.
- Barth, Thomas (2013). *Wer Freud Ideen gab. Eine systematische Untersuchung*. Hrsg. von Bernd Rieken. Münster: Waxmann. ISBN: 978-3-8309-2947-5.
- Berrios, G. E. (1986). „Presbyophrenia: the rise and fall of a concept“. In: *Psychological Medicine* 16.2, S. 267–75. DOI: 10.1017/s0033291700009089.
- Blandford, George Fielding (1871). *Insanity and its Treatment. Lectures on the Treatment, Medical and Legal, of Insane Patients*. Edinburgh: Oliver und Boyd. URL: <https://archive.org/details/insanityitstreat00blan>.
- Bleuler, Eugen (1908). „Die Prognose der dementia praecox (Schizophreniegruppe)“. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin* 65.3. Hrsg. von Hans Laehr, S. 436–464. URL: <https://archive.org/details/allgemeinezeits59unkngoog/page/n451>.
- (1911). *Dementia Praecox. oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig und Wien: Franz Deuticke. URL: <https://archive.org/details/b21296157>.
- (1914). „Die Kritiken der Schizophrenien“. In: *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 22.1, S. 19–44.
- Bleuler, M. (1943). „Die spätschizophrenen Krankheitsbilder“. In: *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete* 15.9, S. 259–294.

- Burchardt, Anja (1997). *Blaustrumpf, Medizinstudentin, Anarchistin? Deutsche und russische Medizinstudentinnen in Berlin 1896 - 1918*. Bd. 44. Ergebnisse der Frauenforschung. Stuttgart: Metzler. ISBN: 3-476-01527-0.
- Costas, Ilse (1992). „Der Kampf um das Frauenstudium im internationalen Vergleich. Begünstigende und hemmende Faktoren für die Emanzipation der Frauen aus ihrer intellektuellen Unmündigkeit in unterschiedlichen bürgerlichen Gesellschaften“. In: *Pionierinnen - Feministinnen - Karrierefrauen?* Hrsg. von Anne Schlüter. Pfaffenweiler: Centaurus-Verl.-Ges., S. 115–146. ISBN: 3-89085-419-2.
- Dalzell, Thomas G. (2018). *Freud's Schreber Between Psychiatry and Psychoanalysis*. New York/Abingdon: Routledge. ISBN: 978-1855758834. URL: <https://books.google.at/books?id=h-ptdwaaqbaj>.
- Decker, Hannah S. (2007). „How Kraepelinian was Kraepelin? How Kraepelinian are the neo-Kraepelinians? – from Emil Kraepelin to DSM-III“. In: *History of Psychiatry* 18.3, S. 337–361. DOI: 10.1177/0957154X07078976.
- Dittmar, Carl (1878). *Vorlesungen über Psychiatrie für Studierende und Ärzte*. Vogel: Strauss. URL: <https://opacplus.bsb-muenchen.de/title/BV006464241>.
- Doerner, Klaus (1991). „Psychiatrie und Macht“. In: *Frauen in der Psychiatrie - oder wie männlich ist die Psychiatrie?* Hrsg. von Dagmar Hoffmann. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 75–81.
- Donalies, Christian (2008). „Bemerkungen zur Geschichte der Psychiatrie und der medizinischen Psychologie im Berlin des 18. Jahrhunderts. Zur Geschichte der Psychiatrie in Berlin“. In: *Psychiater und Zeitgeist*. Hrsg. von Hanfried Helmchen. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 23–40. ISBN: 978-3-89967-486-6.
- DSM-III-R (1987). *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised*. Washington, DC: American Psychiatric Association. ISBN: 0-89042-018-1.
- DSM-IV (1994). *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association. ISBN: 0-89042-061-0.
- Eisath, Georg (1915). „Paranoia, Querulantenwahn and Paraphrenia“. In: *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 29, S. 12–78. URL: <https://archive.org/details/ZGesNeurolPsychiatrOriginalien191529>.
- Elstner, Sarah (2019). „Carl Wernickes Psychiatrie. Eine Analyse der Krankenvorstellungen aus der psychiatrischen Klinik in Breslau, sein Klassifikationssystem im Vergleich zur ICD-10 und sein Bezug zur damaligen Wiener Psychiatrie“. Diplomarbeit. Wien: Medizinische Universität Wien. URL: <https://repositorium.meduniwien.ac.at/obvumwhs/download/pdf/4471819>.
- Emminghaus, Hermann (1878). *Allgemeine Psychopathologie zur Einführung in das Studium der Geistesstörungen*. Leipzig: F.C.W. Vogel. URL: <https://archive.org/details/allgemeinepsycho00emmi>.

- Engstrom, Eric J. (1998). „Die Heidelberger psychiatrische Universitätsklinik am Ende des 19. Jahrhunderts: Institutionelle Grundlagen der klinischen Psychiatrie“. In: *Jahrbuch für Universitätsgeschichte* I.1. Hrsg. von Rüdiger vom Bruch, S. 49–68.
- (2003). „On Psychiatric Instruction in Imperial Germany. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum“. In: *Psychiatrie im 19. Jahrhundert*. Hrsg. von Eric J. Engstrom und Volker Roelcke. Basel: Schwabe Verlag, S. 117–152.
- (2007a). „‘On the Question of Degeneration’ by Emil Kraepelin (1908)“. In: *History of Psychiatry 2007 18* 18. Hrsg. von Eric J. Engstrom, S. 389–398.
- (2007b). „Introduction“. In: *History of Psychiatry 2007 18* 18. Hrsg. von Eric J. Engstrom, S. 267–273.
- (2008). „Psychiatrie zwischen Psychologie und Philosophie - Moritz Lazarus, Wilhelm Wundt, Theodor Ziehen. Zur Geschichte der Psychiatrie in Berlin“. In: *Psychiater und Zeitgeist*. Hrsg. von Hanfried Helmchen. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 43–58. ISBN: 978-3-89967-486-6.
- Engstrom, Eric J. und Volker Roelcke (2003a). „Die ‘alte Psychiatrie’? Zur Geschichte und Aktualität der Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum“. In: *Psychiatrie im 19. Jahrhundert*. Hrsg. von Eric J. Engstrom und Volker Roelcke. Basel: Schwabe Verlag, S. 9–26.
- Hrsg. (2003b). *Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum*. Basel: Schwabe Verlag.
- Ferenczi, Sandor (2004). *Schriften zur Psychoanalyse I*. Hrsg. von Michael Balint. Hiessen: Verlagsgruppe Psychosozial-Verlag/Haland & Wirth.
- Fischer, Siegfried und Otto Jaschke (1931). „Zur nosologischen Stellung der Paraphrenie“. In: *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 137, S. 791–797. URL: <https://archive.org/details/ZeitschriftFuerDieGesamteNeurologieUndPsychiatrie.Referate191308>.
- Flehsig, Paul (1896). *Gehirn und Seele*. 2. Auflage. Leipzig: Verlag von Veit & Comp. URL: <http://archive.org/stream/gehirnundseeler01flecgoo/>.
- Forel, Auguste (1935). *Rückblick auf mein Leben*. Zürich: Europa-Verlag.
- (1968). *Briefe. Correspondance 1864 - 1927. mit einem Vorwort von Manfred Bleuler*. Hrsg. von Hans H. Walser. Bern: Verlag Hans Huber.
- Forel, Auguste (vermutlich, ohne Namen) (1875). „Une victime du naufrage du SCHILLER“. In: *Gazette de Lausanne* 194. (ohne explizite Namensnennung), S. 1–2. URL: http://www.letempsarchives.ch/page/GDL_1875_08_18/1.
- Foucault, Michel und Ralf Konersmann (1996). *Die Ordnung des Diskurses*. Frankfurt: Fischer Wissenschaft. ISBN: 3-596-10083-6.

- Freud, Sigmund (1911). „Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides)“. In: *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen*. Hrsg. von Eugen Bleuler, Sigmund Freud und Carl Gustav Jung. III. Auflage. Leipzig und Wien: Franz Deuticke, S. 9–68. URL: <https://archive.org/details/JahrbuchFuumlrPsychoanalytischeUndPsychopathologischeForschungen>.
- (1930). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. 6. Kleinoktav-Ausgabe. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag. URL: https://archive.org/details/Freud_1930_Vorlesungen_6te_k.
- Gemoll, Wilhelm und Karl Vretska, Hrsg. (1965). *Griechisch-deutsches Schul- und Handwörterbuch*. 9. Auflage. Wien: ÖBV & HPT VerlagsgesmbH & Co. KG. ISBN: 3-209-00108-1.
- Germann, Urs (2003). „Entmündigung der Fachjustiz“ oder „Reserveengel der Jurisprudenz“? Psychiatrische Deutungsmacht im Kontext justizieller Entscheidungsprozesse. Das Beispiel der gerichtspsychiatrischen Begutachtungspraxis im Kanton Bern 1885—1920. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum“. In: *Psychiatrie im 19. Jahrhundert*. Hrsg. von Eric J. Engstrom und Volker Roelcke. Basel: Schwabe Verlag, S. 219–244.
- Gordon, Felicia (2009). „Publicity and Professionalism: Madeleine Pelletier (1874 – 1939) and Constance Pascal (1877 – 1937)“. In: *Modern & Contemporary France* 17.3. ISSN: Print: 0963-9489, Online: 1469-9869. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09639480903037145>.
- Gradmann, Christoph und Thomas Schlich, Hrsg. (1999). *Strategien der Kausalität - Konzepte der Krankheitsverursachung im 19. und 20. Jahrhundert*. Pfaffenweiler: Centaurus-Verlagsgesellschaft.
- Greene, Talya (2007). „The Kraepelinian dichotomy: the twin pillars crumbling?“ In: *History of Psychiatry* 18.3, S. 361–379. URL: <http://hpy.sagepub.com/content/18/3/361>.
- Griesinger, Wilhelm (1845). *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*. Erste Auflage. Stuttgart: Verlag von Adolph Krabbe. URL: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb10472100>.
- (1872). In: *Wilhelm Griesinger's gesammelte Abhandlungen. Psychiatrische und nervenpathologische Abhandlungen*. Hrsg. von Carl August Wunderlich. Bd. 1. Berlin: Verlag von August Hirschwald, S. 107–126. URL: <https://archive.org/details/39002086344901.med.yale.edu>.
- Grob, Gerald N. (1991). „Origins of DSM-I: a study in appearance and reality“. In: *The American Journal of Psychiatry* 148.4, S. 421–431. DOI: 10.1176/ajp.148.4.421. URL: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.148.4.421>.
- Guislain, Joseph (1826). *Traité sur l'aliénation mentale et sur les hospices des aliénés*. Bd 1. URL: <https://archive.org/details/traitsurlalien01guis>, Bd. 2 URL: <https://archive.org/details/traitsurlalien02guis>. Amsterdam: Chez J. van der Hey et Fils, et les Héritiers H. Gartman.

- Guislain, Joseph (1833). *Traité sur les phrénopathies. Doctrine nouvelle des maladies mentales*. Bruxelles: Établissement Encyclographique. URL: <https://archive.org/details/traitsurlesphr00guis>.
- (1852a). *Leçons orales sur les phrénopathies. ou traité théorique et pratique des maladies mentales*. Bd. 1. Paris/Bonn: Gand und Hebbelynck. URL: https://archive.org/details/BIUSante_33874x01.
- (1852b). *Leçons orales sur les phrénopathies. ou traité théorique et pratique des maladies mentales*. Bd. 2. Paris/Bonn: Gand und Hebbelynck. URL: https://archive.org/details/BIUSante_33874x02.
- (1852c). *Leçons orales sur les phrénopathies. ou traité théorique et pratique des maladies mentales*. Bd. 3. Paris/Bonn: Gand und Hebbelynck. URL: https://archive.org/details/BIUSante_33874x03.
- Häfner, Heinz (2017). *Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt*. München: C. H. Beck. ISBN: 978-3-406-69218-5. URL: <https://books.google.at/books?id=uxAnDgAAQBAJ>.
- Hall, Stanley (1914). *Wilhelm Wundt*. Übers. von Raymundt Schmidt. Leipzig: Felix Meiner Verlag.
- Haymann, Hermann (1914). „Körperliche Zeichen der Geisteskrankheiten“. In: *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie - Originalien* 29, S. 138–150.
- Heim, Hugo van der (1741). „De Paraphrenitide“. Diss. Wishoff. URL: <http://data.onb.ac.at/rec/AC09943516>.
- Helmchen, Hanfried, Hrsg. (2008). *Psychiater und Zeitgeist. Zur Geschichte der Psychiatrie in Berlin*. Lengerich: Pabst Science Publishers. ISBN: 978-3-89967-486-6.
- Helmholtz, Hermann (1896). „Über das Verhältnis der Naturwissenschaften zur Gesamtheit der Wissenschaft“. In: *Vorträge und Reden*. Vierte Auflage. Bd. 1. Braunschweig: Friedrich Vieweg und Sohn, S. 157–186. URL: <https://archive.org/details/b21500605>.
- Henseler, Heinz (März 1959). „Die „Analytische Medizin“ des Psychiaters Heinrich Wilhelm Neumann“. Diss. München: Institut für Geschichte der Medizin der Universität München.
- Hessenauer, Heike (1998). *Etappen des Frauenstudiums an der Universität Würzburg (1869 - 1939)*. Hrsg. von Dr. Peter Baumgart im Auftrag der Kommission für die Geschichte der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität (Historische Kommission). Bd. 4. Quellen und Beiträge zur Geschichte der Universität Würzburg. Neustadt an der Aisch: Degener & Co. Inhaber Manfred Dreiss. ISBN: 3-7686-9170-5.
- Heynick, Frank (1993). *Language and Its Disturbances in Dreams. The Pioneering Work of Freud and Kraepelin Updated*. New York: Wiley. ISBN: 0-471-58653-6.
- Hiebsch, Hans (1977). *Wilhelm Wundt und die Anfänge der experimentellen Psychologie*. Bd. 108, Heft 4. Sitzungsberichte der sächsischen Akademie der Wissenschaften zu Leipzig. Erweiterte Fassung eines Vortrages v. 25. 4. 1975. Berlin: Akademie-Verlag.
- Hofer, Hans-Georg (2004). *Nervenschwäche und Krieg. Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie (1880 - 1920)*. Wien: Böhlau. URL: <https://fedora.e-book.fwf.ac.at/fedora/objects/o:151/methods/bdef:Content/get>.

- Horn, Sonia (1993). „Grundzüge des Medizinstudiums in Wien 1700 – 1750“. In: *Aspekte der Bildungs- und Universitätsgeschichte. 16. – 19. Jahrhundert*. Hrsg. von Kurt Mühlberger und Thomas Maisel. Schriftenreihe des Universitätsarchivs 7. Wien: WUV-Universitätsverlag, S. 112–126. URL: <http://www.sonia-horn.eu/wp-content/uploads/2014/03/Grundz%C3%BCge-des-Medizinstudiums-in-Wien-1700-1750.pdf>.
- (1996). „...damit sy in ain rechte erfahrungheit der practighen khummen.“ — Der praktische Unterricht für akademische Ärzte vor den Reformen durch Van Swieten“. In: *Wiener Gespräche zur Sozialgeschichte der Medizin, Vorträge des Internationalen Symposions an der Universität Wien 9. – 11. November 1994*. Hrsg. von Helmut Grössing, Sonia Horn und Thomas Aigner. Wien: Erasmus Verlag für Wissenschaftsgeschichte, S. 75–96. ISBN: 3-9500624-0-8. URL: <http://www.sonia-horn.eu/wp-content/uploads/2014/03/Der-praktische-Unterricht-f%C3%BCr-akademische-%C3%84rzte-vor-den-Reformen-durch-Van-Swieten.pdf>.
- ICD-10 (2016). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Tenth Revision, Fifth edition. Vol 1. URL: https://icd.who.int/training/icd10training/ICD-10%20training/ICD-10_Resources/ICD-10_Volume_1.pdf, Vol. 2 URL: https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2016.pdf, Vol. 3 URL: https://icd.who.int/training/icd10training/ICD-10%20training/ICD-10_Resources/ICD-10_Volume_3.pdf. Geneva: World Health Organisation. ISBN: 978 92 4 154916 5.
- Jablensky, Assen (2007). „Living in a Kraepelian world: Kraepelin’s impact on modern psychiatry“. In: *History of Psychiatry* 18.3, S. 381–388. DOI: 10.1177/0957154X07079690.
- Jaspers, Karl (1913). *Allgemeine Psychopathologie*. 1. Auflage. Berlin: Verlag von Julius Springer.
- (1920). *Allgemeine Psychopathologie. für Studierende, Ärzte und Psychologen*. 2. Auflage. Berlin: Verlag von Julius Springer.
- Jellinger, K. A. (2009). „Kurze Geschichte der Neurowissenschaften in Österreich“. In: *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 10.4, S. 5–13. URL: <https://www.kup.at/kup/pdf/8430.pdf>.
- Jung, Carl Gustav (1907). *Über die Psychologie der Dementia praecox. Versuch*. Halle a. S.: Marhold.
- Kahlbaum, Karl Ludwig (1863). *Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Eintheilung der Seelenstörungen*. Danzig. URL: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb10472916>.
- (1874). *Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Eine klinische Form psychischer Krankheit*. Hrsg. von Verlag von August Hirschwald. Berlin. URL: <https://archive.org/details/39002079238854.med.yale.edu>.
- (1878). „Die klinisch-diagnostischen Gesichtspunkte der Psychopathologie“. In: *Sammlung Klinischer Vorträge in Verbindung mit deutschen Klinikern*. Innere Medizin. No. 45.126. Hrsg. von Breitkopf und Härtel, S. 1127–1146. URL: <https://archive.org/details/b24763366>.

- Katzenstein, Rafael (1963). *Karl Ludwig Kahlbaum und sein Beitrag zur Entwicklung der Psychiatrie*. Zürich: Juris-Verlag.
- Kay, D. W. K. und Martin Roth (1961). „Environmental and Hereditary Factors in the Schizophrenias of Old Age (“Late Paraphrenia”) and their Bearing on the General Problem of Causation in Schizophrenia“. In: *Journal of Mental Science* 107.5, S. 649–686. URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-mental-science/article/environmental/F4575E63982A8FF72598C50E5C94C7FB>.
- Kehrer, Ferdinand und Ernst Kretschmer (1924). *Die Veranlagung zu seelischen Störungen*. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie. Berlin: Verlag von Julius Springer. URL: <https://archive.org/details/monographien-aus-dem-gesamtgebiete-der-neurologie-und-psychiatrie-40.1924>.
- Kelly, Laura (2017). „The art of medicine. Elizabeth Garrett Anderson: early pioneer of women in medicine“. In: *The Lancet* 390.10113, 2620f. ISSN: 0140-6736. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673617331124>.
- Kernbauer, Alois und Karin Schmidlechner-Lienhart, Hrsg. (1996). *Frauenstudium und Frauenkarrieren an der Universität Graz*. Graz: Akad. Dr.- u. Verl.-Anst. ISBN: 3-201-01660-8.
- Kiefer, Mathias (1996). *Die Entwicklung des Seelenbegriffs in der deutschen Psychiatrie ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts unter dem Einfluß zeitgenössischer Philosophie*. Essen: Verlag die blaue Eule.
- Kirchhoff, Theodor (1899). *Grundriss der Psychiatrie*. Leipzig/Wien: Deuticke.
- Hrsg. (1921). *Deutsche Irrenärzte. Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens*. Bd. 1. Berlin: Verlag von Julius Springer.
- Hrsg. (1924). *Deutsche Irrenärzte. Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens*. Bd. 2. Berlin: Verlag von Julius Springer.
- Kirkbright, Suzanne und Alfred Kraus et al. (2008). *Karl Jaspers' Allgemeine Psychopathologie zwischen Wissenschaft, Philosophie und Praxis*. Hrsg. von Sonja Rinofner-Kreidl und Harald A. Wiltsche. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Klages, Wolfgang (1961). *Die Spätschizophrenie. Biographie und Klinik schizophrener Ersterkrankungen des mittleren Lebensalters*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Kleist, Karl (1913). „Die Involutionenparanoia“. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* 70, S. 1–134. URL: <https://archive.org/details/AllgemeineZeitschriftFrPsychiatrie70.1913>.
- Kolle, Kurt (1931a). „Die Beteiligung der manisch-melancholischen Anlage am Aufbau paraphrener und paranoischer Psychosen“. In: *Zeitschrift Für Die Gesamte Neurologie Und Psychiatrie* 131.1, S. 171–196. DOI: 10.1007/bf02865962. URL: <https://link.springer.com/journal/12359/volumes-and-issues/131-1>.
- (1931b). *Die primäre Verrücktheit*. Leipzig: Thieme.
- (1957). *Kraepelin und Freud*. Beiträge zur neueren Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart: Thieme.
- Kraepelin, Emil (1883). *Compendium der Psychiatrie. Zum Gebrauche für Studierende und Aerzte*. 1. Aufl. Leipzig: Verlag von Ambr. Abel.

- Kraepelin, Emil (1893). *Ein kurzes Lehrbuch. für Studierende und Aerzte*. 4. Aufl. Leipzig: Verlag von Ambr. Abel (Arthur Meiner).
- (1899a). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. Allgemeine Psychiatrie*. 6. Auflage. Bd. 1. Leipzig: Verlag Johann von Ambrosius Barth. URL: https://archive.org/details/b2811890x_0001.
- (1899b). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. Klinische Psychiatrie*. 6. Auflage. Bd. 2. Leipzig: Verlag Johann von Ambrosius Barth. URL: https://archive.org/details/b2811890x_0001.
- (1906). „Das Verbrechen als soziale Krankheit“. In: *Journal of Mental Science* 3, S. 257–279.
- (1909). *Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Allgemeine Psychiatrie*. 8. Auflage. Bd. 1. Leipzig: Verlag Johann von Ambrosius Barth. URL: https://archive.org/details/b21295967_0001.
- (1910). *Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Klinische Psychiatrie, I. Teil*. 8. Auflage. Bd. 2. Leipzig: Verlag Johann von Ambrosius Barth. URL: https://archive.org/details/b21295967_0002.
- (1913). *Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Klinische Psychiatrie, II. Teil*. 8. Auflage. Bd. 3. Leipzig: Verlag Johann von Ambrosius Barth. URL: https://archive.org/details/b21295967_0003.
- (1916). *Einführung in die psychiatrische Klinik*. Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth.
- (1918). *Hundert Jahre Psychiatrie. Ein Beitrag zur Geschichte menschlicher Gesittung*. Berlin: Verlag von Julius Springer.
- Krafft-Ebing, Richard von (1888). *Lehrbuch der Psychiatrie. auf klinischer Grundlage für praktische Ärzte und Studierende*. Stuttgart: Ferdinand Enke. URL: <https://archive.org/details/lehrbuchderpsych1888kraf>.
- Kuechenhoff, Bernhard (2008). „The psychiatrist Auguste Forel and his attitude to eugenics“. In: *History of Psychiatry* 19.2, S. 215–223. DOI: 10.1177/0957154X07080660. URL: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00570902/document>.
- Kutze, Michael (2003). „Psychiker als Somatiker - Somatiker als Psychiker. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum“. In: *Psychiatrie im 19. Jahrhundert*. Hrsg. von Eric J. Engstrom und Volker Roelcke. Basel: Schwabe Verlag, S. 27–48.
- Laehr, Heinrich (1868). *Fortschritt? - Rückschritt! Reform-Ideen des Herrn Geh. Rathes Prof. Dr. Griesinger in Berlin auf dem Gebiete der Irrenheilkunde*. Oehmigke. URL: https://play.google.com/store/books/details?id=eqM_AAAAcAAJ.
- Lanczik, Mario (1992). „Karl Ludwig Kahlbaum (1829–1899) and the emergence of psychopathological and nosological research in Germany“. In: *History of Psychiatry* 9.3, S. 53–58. DOI: 10.1177/154X9200300905.

- Lederer, David (2003). „Die Geburt eines Irrenhauses: Die königlich-bayerische Irrenanstalt zu Giesing. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum“. In: *Psychiatrie im 19. Jahrhundert*. Hrsg. von Eric J. Engstrom und Volker Roelcke. Basel: Schwabe Verlag, S. 67–94.
- Legato, Marianne J., Hrsg. (2004). *Principles of Gender-Specific Medicine*. Von John P. Bilezikian u. a. 2 Volumes. San Diego.
- Lempa, Günter (2010). „Kritische Überlegungen zu der von Emil Kraepelin begründeten psychiatrischen Krankheitslehre“. In: *Psychosenkonzepte im historischen Kontext. Vorurteil, Wissenschaft, Politik*. Hrsg. von Günter Lempa und Elisabeth Troje. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG. ISBN: 978-3-525-45124-3.
- Magnan, Jacques Joseph Valentin (1893). *Leçons cliniques sur les maladies mentales. faites à l'asile clinique (Sainte-Anne)*. Deuxième édition. Paris: Drs. Briand, Legrain, Journiac et Sérieux. URL: <https://archive.org/details/b21293491>.
- Maitland, Edward (1905). *The Story of Anna Kingsford and Edward Maitland and of the new Gospel of Interpretation*. 3rd Edition. Samuel Hopgood Hart. URL: <https://archive.org/details/storyofannakings00maituoft>.
- Markau, Kornelia Steffi Gabriele (2006). „Dorothea Christiana Erxleben (1715 – 1762): Die erste promovierte Ärztin Deutschlands. Eine Analyse ihrer lateinischen Promotionschrift sowie der ersten deutschen Übersetzung“. Diss. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. URL: <http://sundoc.bibliothek.uni-halle.de/diss-online/06/06H090/prom.pdf>.
- Marneros, Andreas (2008). „Psychiatry’s 200th birthday“. In: *The British Journal of Psychiatry* 193, S. 1–3. DOI: 0.1192/bjp.bp.108.051367. URL: <http://bjp.rcpsych.org/content/bjprcpsych/193/1/1.full.pdf>.
- Mayer, Wilhelm (1921). „Über paraphrene Psychosen“. In: *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 71, S. 187–206. URL: <https://archive.org/details/ZGesNeurolPsychiatr19217071/page/n559>.
- Meynert, Theodor (1876). *Skizzen über Umfang und wissenschaftliche Anordnung der klinischen Psychiatrie*. Wien: Wilhelm Braumüller.
- (1884). *Psychiatrie. Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns begründet auf Dessen Bau, Leistungen und Ernährung*. Bd. 1. Wien: Wilhelm Braumüller. URL: <https://archive.org/details/psychiatrieklini00meyn>.
- (1890). *Psychiatrie. auf wissenschaftlichen Grundlagen für Studierende und Ärzte, Juristen und Psychologen*. Wien: Wilhelm Braumüller. URL: <https://archive.org/details/klinischevorlesu00meyn>.
- Morel, Bénédict Augustin (1852). *Études cliniques. Traité théorique et pratique des maladies mentales considérées dans leur nature, leur traitement, et dans leur rapport avec la médecine légale des aliénés*. Bd. 1. Paris: J.-B. Ballière.

- Müller, Verena E. (2016). „Die Anfänge des Frauenstudiums und ein Blick in die Praxis. Marie Heim-Vögtlin (1845 – 1916)“. In: *Schweizerische Ärztezeitung* 97.10, S. 386–388. ISSN: 1424-4004. URL: https://saez.ch/journalfile/view/article/ezm_saez/de/saez.2016.04395/3ea485587099f221eecf341bd592c4862c903196/saez_2016_04395.pdf/rsrc/jf.
- Muster, Eduard (2001). *August Forel: Arzt, Naturforscher, Sozialreformer, 1848 - 1931*. <http://www.edimuster.ch/abstinez/forel2.htm>. [Online; Zugriff 30. Juli 2021].
- Nasse, Friedrich (1818). „Ueber die Benennung und die vorläufige Eintheilung des psychischen Krankseyns“. In: *Zeitschrift für psychische Ärzte* 1.1, S. 17–48. URL: <http://opacplus.bsb-muenchen.de/title/10672271/ft/bsb10475573?page=29>.
- Neumann, Heinrich (1847). *Der Arzt und die Blödsinnigkeitserklärung*. Breslau: Gosohorsky.
- (1860). *Theorie und Praxis der Blödsinnigkeitserklärung nach preußischem Gesetze. für Mediciner und Juristen*. Erlangen: Verlag von Ferdinand Enke. URL: <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb10290063>.
- (1883). *Leitfaden der Psychiatrie. für Mediciner und Juristen*. Breslau: Preuss & Jünger. URL: <https://archive.org/details/39002086346765.med.yale.edu>.
- Bruckmüller, Ernst u. a., Hrsg. (1986). *Österreichisches Biographisches Lexikon 1815-1950*. 1. Auflage. Wien: Österreichische Akademie der Wissenschaften. ISBN: 978-3-7001-3213-4.
- Peiffer, Jürgen (2004). *Hirnforschung in Deutschland 1848 - 1974. Briefe zur Entwicklung von Psychiatrie und Neurowissenschaften sowie zum Einfluss des politischen Umfeldes auf Wissenschaftler*. Bd. 13. Schriften der Mathematisch-naturwissenschaftlichen Klasse der Heidelberger Akademie der Wissenschaften. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Preez, Hercules du (2008). „Dr. James Barry. The early years revealed“. In: *South African Medical Journal* 98.1. ISSN: 2078-5135. URL: <http://www.samj.org.za/index.php/samj/article/view/130>.
- Riha, Ortrun und Marta Fischer (2011). „Naturwissenschaft als Kommunikationsraum zwischen Deutschland und Russland im 19. Jahrhundert“. In: *Internationale Tagung, Leipzig, 29. 9. - 1. 10. 2010*. Hrsg. von Ortrun Riha. Bd. 6. Aachen: Sjaker Verlag. ISBN: 978-3-8440-0565-3.
- Rinofner-Kreidl, Sonja und Harald A. Wiltsche, Hrsg. (2008). *Karl Jaspers' Allgemeine Psychopathologie zwischen Wissenschaft, Philosophie und Praxis*. Würzburg: Königshausen & Neumann. ISBN: 978-3-8260-3840-2. URL: <https://books.google.at/books?id=vBwpCDqjQLoC>.
- Roelcke, Volker (1996). „Die wissenschaftliche Vermessung der Geisteskrankheiten: Emil Kraepelins Lehre von den endogenen Psychosen“. In: *Meilensteine der Medizin*. Hrsg. von Heinz Schott. Dortmund, S. 389–395.
- (1997). „Biologizing social facts: an early 20th century debate on Kraepelin's concepts of culture, neurasthenia, and degeneration.“ In: *Culture, Medicine and Psychiatry* 21.1, S. 383–403. URL: <https://link.springer.com/article/10.1023/A%3A1005393121931>.

- Roelcke, Volker, Hrsg. (1999a). *Krankheit und Kulturkritik. psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790 - 1914)*. Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag. ISBN: 3-593-36208-2.
- (1999b). „Laborwissenschaft und Psychiatrie: Praemissen und Implikationen bei Emil Kraepelins Neuformulierung der psychiatrischen Krankheitslehre“. In: *Strategien der Kausalität - Konzepte der Krankheitsverursachung im 19. und 20. Jahrhundert*. Hrsg. von Christoph Gradmann und Thomas Schlich. Pfaffenweiler: Centaurus-Verlagsgesellschaft, S. 93–116.
- (1999c). „Quantifizierung, Klassifikation, Epidemiologie: Normierungsversuche des Psychischen bei Emil Kraepelin“. In: *Normalität und Abweichung. Studien zur Theorie und Geschichte der Normalisierungsgesellschaft*. Hrsg. von Werner Sohn und Herbert Mehrrens. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 183–200. ISBN: 3-531-13393-4. URL: https://digi20.digitale-sammlungen.de/de/fs1/object/display/bsb00050627_00181.html.
- (2002). „Die Entwicklung der Psychiatrie zwischen 1880 und 1932. Theoriebildung, Institutionen, Interaktionen mit zeitgenössischer Wissenschafts- und Sozialpolitik“. In: *Wissenschaften und Wissenschaftspolitik. Bestandsaufnahmen zu Formationen, Brüchen und Kontinuitäten im Deutschland des 20. Jahrhunderts*. Hrsg. von Rüdiger vom Bruch und Brigitte Kaderas. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, S. 109–124. ISBN: 3-515-08111-9.
- (2003). „Unterwegs zur Psychiatrie als Wissenschaft: Das Projekt einer ‘Irrenstatistik’ und Emil Kraepelins Neuformulierung der psychiatrischen Klassifikation. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum“. In: *Psychiatrie im 19. Jahrhundert*. Hrsg. von Eric J. Engstrom und Volker Roelcke. Basel: Schwabe Verlag, S. 169–188.
- (2018). „Krankheit und Kulturkritik. Zur Genese und Autorität wissenschaftlicher Begriffe im öffentlichen Raum“. In: *Formen der Kulturkritik. Studien zur Theorie und Geschichte der Normalisierungsgesellschaft*. Hrsg. von Sebastian Baden, Christian Bauer und Daniel Hornuff. Brill Gruppe Leiden/Boston/Singapore/Paderborn: Wilhelm Fink Verlag, S. 75–88. ISBN: 978-3-7705-5561-1.
- Sammet, Kai (2003). „Ökonomie, Wissenschaft und Humanität – Wilhelm Griesinger und das non-restraint-System. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum“. In: *Psychiatrie im 19. Jahrhundert*. Hrsg. von Eric J. Engstrom und Volker Roelcke. Basel: Schwabe Verlag, S. 95–116.
- Schlüter, Anne, Hrsg. (1992). *Pionierinnen - Feministinnen - Karrierefrauen? Zur Geschichte des Frauenstudiums in Deutschland*. Pfaffenweiler: Centaurus-Verl.-Ges. ISBN: 3-89085-419-2.
- Schnizer (1913). „Die Paranoiafrage“. In: *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie - Referate und Ergebnisse VIII.5*, S. 313–365, 417–440. URL: <https://archive.org/details/ZeitschriftFuerDieGesamteNeurologieUndPsychiatrie.Referate191308>.

- Schnizer (1915). „Zur Paranoiafrage“. In: *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie - Originalien* 27, S. 115–137. URL: <https://archive.org/details/ZGesNeurolPsychiatrOriginalien191527>.
- Schott, Heinz (2002). „Zur Biologisierung des Menschen“. In: *Wissenschaften und Wissenschaftspolitik. Bestandsaufnahmen zu Formationen, Brüchen und Kontinuitäten im Deutschland des 20. Jahrhunderts*. Hrsg. von Rüdiger vom Bruch und Brigitte Kaderas. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, S. 99–108. ISBN: 3-515-08111-9.
- Schüle, Heinrich (1878). *Handbuch der Geisteskrankheiten*. Leipzig: F.C.W. Vogel. URL: <https://archive.org/details/handbuchdergeis00schgoog>.
- Schulze, Johann Heinrich (1742). „Dissertatio Inavgvralis Medica De Paraphrenitide“. Diss. Halle. URL: <http://data.onb.ac.at/rec/AC09708143>.
- Schuster, Elke (1996). „Ihrer Inskription als ausserordentliche Hörerin an unserer Fakultät steht nichts im Wege“. In: *Frauenstudium und Frauenkarrieren an der Universität Graz*. Hrsg. von Alois Kernbauer und Karin Schmidlechner-Lienhart. Graz: Akad. Dr.- u. Verl.-Anst. ISBN: 3-201-01660-8.
- Segner, Johann Andreas von (1747). „Dissertatio Inavgvralis Medica De Paraphrenitide“. Diss. Göttingen. URL: <http://data.onb.ac.at/rec/AC10072257>.
- Stockert-Meynert, Dora (1930). *Theodor Meynert und seine Zeit. Zur Geistesgeschichte Österreichs in der zweiten Hälfte des neunzehnten Jahrhunderts*. Wien und Leipzig: Österreichischer Bundesverlag für Unterricht, Wissenschaft und Kunst.
- Stransky, Erwin (1909). *Über die Dementia praecox. Streifzüge durch Klinik und Psychopathologie*. Wiesbaden: Verlag von J. F. Bergmann.
- Stumm, Gerhard u. a., Hrsg. (2005). *Personenlexikon der Psychotherapie*. Wien: Springer. ISBN: 978-3-211-83818-1.
- Tsuang, Ming T., Stephen V. Faraone und Peter D. C. Johnson (1999). *Schizophrenia. the facts*. 2nd edition. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Vonmont, Anita (2007a). „Des questions éthiques se posent encore“. In: *horizons* 72, S. 14–15.
- (2007b). „Ils ont fait œuvre de pionniers“. In: *horizons* 72, S. 10–13. URL: http://www.snf.ch/SiteCollectionDocuments/horizonte/Horizonte_gesamt/Horizons_72_F.pdf.
- Weiss, Jacob und J. Salgó (1889). *Compendium der Psychiatrie. für praktische Aerzte und Studierende*. 2. Auflage. Wien: Hermann & Altmann. URL: <https://archive.org/details/details/b21701568>.
- Wernicke, Carl (1881). *Lehrbuch der Gehirnkrankheiten für Aerzte und Studierende*. 1. Auflage. Bd. I. Kassel: Verlag von Theodor Fischer. URL: <https://archive.org/details/lehrbuchdergehir00wern>.
- (1900). *Grundriss der Psychiatrie. in klinischen Vorlesungen*. 1. Auflage. Leipzig: Verlag von Georg Thieme. URL: <https://archive.org/details/grundrissderpsyc00wern>.
- (1906). *Grundriss der Psychiatrie. in klinischen Vorlesungen*. Zweite revidierte Auflage. Leipzig: Verlag von Georg Thieme. URL: <https://archive.org/details/grundrissderpsy00werngoog>.

- Wettley, Annemarie (1953). *Auguste Forel. Ein Arztleben im Zwiespalt seiner Zeit*. Salzburg: Otto Müller Verlag.
- Widmer, Peter (2007). „Paraphrenie - ein vergessenes Konzept Freuds“. In: *Psychosen: Eine Herausforderung für die Psychoanalyse. Strukturen - Klinik - Produktionen*. Hrsg. von Peter Widmer und Michael Schmid. Bielefeld: transcript Verlag. ISBN: 978-3-89942-661-8. URL: <https://www.transcript-verlag.de/978-3-89942-661-8/psychosen-eine-herausforderung-fuer-die-psychoanalyse/>.
- Wundt, Wilhelm (1892). *Vorlesungen über die Menschen- und Thierseele*. Hamburg und Leipzig: Verlag von Leopold Voss. URL: <http://archive.org/stream/vorlesungenuebe00wundgoog/>.
- Wundt, Wilhelm und Emil Kraepelin (2002). *Der Briefwechsel zwischen Wilhelm Wundt und Emil Kraepelin. Zeugnis einer jahrzehntelangen Freundschaft*. Hrsg. von Holger Steinberg. Bern: Huber. ISBN: 978-3456838052.
- Zapotoczky, Hans G. und Peter K. Fischhof, Hrsg. (1996). *Handbuch der Gerontopsychiatrie*. Wien: Springer. ISBN: 3-211-82833-8.