

Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.)

Psychosenkonzepte im historischen Kontext

Vorurteil, Wissenschaft, Politik

FORUM DER PSYCHOANALYTISCHEN
PSYCHOENTHERAPIE | BAND 23

Vandenhoeck & Ruprecht

Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.): Psychosenkonzepte im historischen Kontext

V&R

FORUM DER PSYCHOANALYTISCHEN
PSYCHOSEN THERAPIE

Schriftenreihe des Frankfurter
Psychosenprojekts e. V. (FPP)

Herausgegeben von Stavros Mentzos
Mitherausgeber: Günter Lempa, Norbert Matejek,
Thomas Müller, Alois Münch, Elisabeth Troje

Band 23: Psychosenkonzepte im historischen Kontext
Vorurteil, Wissenschaft, Politik

Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.): Psychosenkonzepte im historischen Kontext

Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.)

Psychosenkonzepte im historischen Kontext

Vorurteil, Wissenschaft, Politik

Vandenhoeck & Ruprecht

© 2010, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen

ISBN Print: 9783525451243

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet
über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-525-45124-3

© 2010, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen
Internet: www.v-r.de

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile
sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen
als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf
der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile
dürfen ohne vorherige schriftliche Einwilligung des Verlages
öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch
bei einer entsprechenden Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke.

Printed in Germany

Schrift: Minion

Satz: KCS GmbH, Buchholz/Hamburg

Druck und Bindung: ☉ Hubert & Co, Göttingen

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Inhalt

Editorial 7

■ THEORIE-FORUM

Günter Lempa
Kritische Überlegungen zu der von Emil Kraepelin
begründeten psychiatrischen Krankheitslehre 10

Volker Roelcke
Psychiatrische Genetik und Eugenik in Deutschland und den
USA (ca. 1910–1960). Konfigurationen von
Krankheitsverständnis, Wissenschaft und Politik 39

Elisabeth Troje
Überlegungen zu Konzepten der Psychosen nach, während
und vor der nationalsozialistischen Regierung,
ausgehend von zwei Arbeiten A. Mitscherlichs 1957 und 1947 ... 59

Hans-Peter Hartmann
Von der Anstalt zum Krankenhaus. Totalitäres Denken in der
Psychiatrie damals – und heute? 95

■ REZENSION

Matthias Mayer

Arno Gruen: Der Wahnsinn der Normalität 105

Die Autorinnen und Autoren 108

Editorial

Die Beiträge dieses 23. Bandes des *Forums der psychoanalytischen Psychotherapie* befassen sich aus unterschiedlichen Perspektiven mit der Fragestellung, warum in den psychiatrischen Theorien und auch in der psychiatrischen Praxis der Kranke als leidendes Subjekt zu wenig Berücksichtigung fand und findet. Die Ursachen für diese eklatante Einseitigkeit werden aus der historischen Entwicklung der Psychiatrie erläutert. Dabei zeigt sich, begründet durch kollektive Ängste, die vor allem seit der Mitte des 19. Jahrhunderts wirksam waren und zu einem weitverbreiteten Gefühl der Bedrohung durch psychische Krankheit führten, eine Kontamination der psychiatrischen Wissenschaft mit außerwissenschaftlichen, vor allem politischen Motiven. Bereits lange vor dem Nationalsozialismus schuf die psychiatrische Wissenschaft mit der Eugenik und Rassenhygiene und mit dem Konzept der Schizophrenie als Prozess einer meist unaufhaltsam verlaufenden »Verblödung« Voraussetzungen, die für die freiwillige und zwangsweise Sterilisation und später für die systematische Ermordung der Kranken wesentlich waren.

Günter Lempa befasst sich in seinem Beitrag mit Kraepelins Nologie, die sich schließlich weltweit durchsetzte und bis heute gültig ist. Lempa zeigt, dass Kraepelins Krankheitslehre wesentlich sowohl durch persönliche Faktoren als auch durch Vorurteile und Wunschvorstellungen geprägt ist, was notwendig zu einer Ausblendung von sozialen, interpersonellen und psychodynamischen Faktoren bei der Entstehung von Psychosen führt. Das Bild der Erkrankten, das diese Menschen entsprechend der von Kraepelin akzeptierten Degenerationslehre als andere, minderwertige Art auffasst, wirkt sich auf die therapeutische Haltung und auf die Krankenbehandlung in der Weise aus, dass die wissenschaftlich als objektiv behaupteten Aussagen, etwa

die des ungünstigen Verlaufs, aktiv mit hervorgebracht werden. Lempa stellt die Hypothese auf, dass die in Kraepelins Theorie impliziten Vorurteile bis heute in der Einseitigkeit der psychiatrischen Forschung und Krankenbehandlung nachwirken.

Volker Roelcke beschreibt die enge und konstitutive Wechselbeziehung zwischen Eugenik und psychiatrischer Genetik in Deutschland und in den USA in der Zeit von 1910 bis 1960, die er anhand der Biographien Ernst Rüdins und Fritz Kallmanns exemplarisch illustriert. Roelcke legt dar, dass die Tätigkeit von Rüdin und seiner Arbeitsgruppe nach 1933 nicht als ein Beispiel für eine politisch »missbrauchte« und damit ideologisierte Wissenschaft innerhalb der Geschichte der Humangenetik angesehen werden kann. Seine historische Rekonstruktion ergibt, dass die deutsche psychiatrische Genetik aus den späten 1930er und frühen 1940er Jahren auch in der Nachkriegszeit international durchaus als relevant angesehen wurde. Ihre Methodik und ihre Ergebnisse wurden breit rezipiert und teils zustimmend, teils kritisch kommentiert. Roelcke macht weiter deutlich, dass sich die angloamerikanische psychiatrische Genetik auch nach 1945 keineswegs von eugenischer Programmatik abwandte. Im Gegenteil: Grundideen der Eugenik und Rassenhygiene wurden von international hoch angesehenen Humangenetikern wie Kallmann auch noch im Zeitraum um 1960 vertreten. Bei renommierten Vertretern der psychiatrischen Genetik ebenso wie der breiteren Humangenetik war in dieser Zeit das Interesse am Wohlergehen des kollektiven Erbgutes oder Gen-Pools eine zentrale Motivation für ihre wissenschaftliche Arbeit, wobei das Wohlergehen des Einzelnen, wie in den Publikationen Kallmanns, völlig in den Hintergrund trat.

Elsabeth Troje geht von einer Arbeit Alexander Mitscherlichs von 1957 über Psychosen und Neurosen aus, in der er in einer Synthese daseinsanalytischer und psychoanalytischer Ansätze, vor allem aus der Schweiz und den USA, Psychosen als Folgen von Konflikten und Entbehrungen in der frühen mütterlichen Fürsorge sieht. In einer Retrospektive sucht Troje eine Verbindung zu Mitscherlichs Dokumentationen über den Nürnberger Ärzteprozess (1947, 1949) herzustellen. Sie referiert in Ausschnitten die darin dargestellten Verbrechen, Menschenversuche und Ermordungen Geisteskranker sowie die selbstgerechte und gefühllose Haltung der Angeklagten und vieler Zeugen. Es wird gezeigt, wie die Rechtfertigung der Täter mit der als wissenschaftlich geltenden Literatur der Eugenik/Rassenhygiene und psychiatrischen Genetik vor 1933 bei A. Mitscherlich eine moralische

Entrüstung auslöst, in der er eine Medizin anklagt, die den Menschen zu Versuchen missbraucht oder als »unwertes Leben« beurteilt, das ausgelöscht werden müsse, obwohl Ärzte dazu berufen sind, dem kranken Menschen zu helfen. In den folgenden Abschnitten beschreibt E. Troje die harte Reaktion vieler Kollegen auf Mitscherlichs Dokumentation sowie beispielhaft Veröffentlichungen, in denen vor 1933 nicht nur eine Verhinderung der Fortpflanzung solcher Menschen, die als erbkrank angesehen wurden, sondern von manchen Autoren auch schon ihre Vernichtung gefordert wird, weil sie als »Ballastexistenzen« die »Tüchtigen« belasten würden. Es bleiben viele Fragen unbeantwortet, die in dieser Arbeit aufgeworfen werden. Sie ist ein Rückblick auf frühere Psychosenkonzepte, die umso mehr ihre Wirkung entfalten, wenn sie nicht ernst genommen und ausschließlich dem nationalsozialistischen Regime angelastet werden.

Hans-Peter Hartmann beschäftigt sich mit der aktuellen Lage der stationären psychiatrischen Behandlung. Er weist auf Kontinuitäten in den Konzepten von psychischer Krankheit hin, die seit dem 19. Jahrhundert, radikalisiert während der Zeit des Nationalsozialismus, bis heute fortbestehen. Der psychisch Kranke wird nicht als Subjekt gesehen, sondern er wird zum Objekt einer »seelenlosen« Psychiatrie. Hartmann zeigt auf, dass die Verhältnisse in psychiatrischen Kliniken aufgrund von gesteigertem Aufwand für Dokumentation und Qualitätssicherung eine adäquate Therapie erschweren und sich so die Krankenbehandlung wieder auf einem Zustand wie dem vor der Psychiatriereform befindet. Er zeigt weiter anhand von Erkenntnissen aus der Bindungstheorie, dass die derzeitige psychiatrische Versorgung, die sich an einem einseitigen organischen Paradigma orientiert, systematisch Gesichtspunkte ausblendet, die für eine konstruktive therapeutische Beziehung als notwendig anerkannt sind, was die Gefahr einer schleichenden Dehumanisierung der Psychiatrie bedeutet. Matthias Mayer nimmt die 2009 erschienene 16. Auflage von Arno Gruens Buch »Der Wahnsinn der Normalität. Realismus als Krankheit: Eine Theorie der menschlichen Destruktivität« als Anlass für eine Rezension. Er sieht die Aktualität des Buches im Nachweis der gesellschaftskritischen Kompetenz der Psychoanalyse.

Elisabeth Troje
Günter Lempa

Günter Lempa

Kritische Überlegungen zu der von Emil Kraepelin begründeten psychiatrischen Krankheitslehre

Ausgehend von der Person Kraepelins werden zuerst biographische Motive und die Einflüsse anderer psychiatrischer und psychologischer Lehrmeinungen dargestellt, die Kraepelin dazu führten, seine Krankheitslehre zu entwickeln. Diese wird überblicksartig vorgestellt und mit einem optischen Apparat verglichen, der die Sicht auf einige Phänomene ermöglicht und die Sicht auf andere systematisch ausblendet. Ausgeblendet werden konsequent und radikal vor allem interpersonelle und soziale Einflüsse auf Ursachen und Verlauf der Erkrankungen. Eingegangen wird auch auf die Anwendung der Kraepelin'schen Klassifikation bei der Ermordung psychisch Kranker während der nationalsozialistischen Diktatur. Der Krankenmord erfolgte gemäß der von Kraepelin entwickelten diagnostischen Leitlinien. Es folgt ein kurzer Überblick über die weitere Entwicklung. Dabei wird versucht zu zeigen, dass das Kraepelin'sche Krankheitsmodell, das sich nach dem Zweiten Weltkrieg schließlich weltweit durchsetzte, bis heute dazu führt, dass in der Psychiatrie Ressourcen einseitig verwendet werden.

Abriss der Biographie Kraepelins

Kraepelin wurde am 15. Februar 1856 in Neustrelitz, heutzutage Mecklenburg-Vorpommern, geboren. Er studierte Medizin in Leipzig, Würzburg, dann wieder in Leipzig, wo Wundt lehrte, der Begründer der experimentellen Psychologie, der für ihn auch persönlich immer sehr wichtig war. Kraepelin ging dann wieder nach Würzburg als Assistent bei dem dort lehrenden Nervenarzt und Dermatologen Franz von Rinecker. 1878 legte er in Würzburg die medizinische Staatsprüfung

ab. Seine Doktorarbeit handelte von dem Einfluss akuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten. Am 1. August 1878 trat er eine Stelle an der Oberbayerischen Kreisirrenanstalt in München an, die von dem anerkannten Hirnforscher Bernhard von Gudden geleitet wurde. Dieser kam 1886 auf ungeklärte Weise zusammen mit Ludwig II. im Starnberger See ums Leben.

Kraepelin blieb vier Jahre bei von Gudden und ging dann zu Flechsig nach Leipzig, der ihm fest die Habilitation zugesagt hatte. Mit Flechsig kam es zum Zerwürfnis, er kündigte Kraepelin bereits nach wenigen Monaten fristlos. Dieser Konflikt ist mangels Quellenmaterial nicht ganz durchsichtig. Schließlich gelang Kraepelin durch massive Intervention Wundts 1882 doch noch die Habilitation in Leipzig. Als Privatdozent widmete er sich der psychophysiologischen Forschung. 1883 erschien ihm jedoch die Universitätslaufbahn hoffnungslos, er dachte daran, in die philosophische Dozentenlaufbahn einzutreten, worunter er ganz offensichtlich Experimentalpsychologie verstand. Wundt riet ab und Kraepelin ging kurz zurück nach München und entschloss sich schließlich 1884 dazu, der akademischen Laufbahn zu entsagen. Er bewarb sich als Oberarzt an der psychiatrischen Klinik im oberschlesischen Leubus. Als er die Stelle bekam und im Oktober 1884 antrat, wurde endlich die Heirat mit seiner langjährigen Verlobten Ina Schwabe möglich. Kraepelin blieb nur bis zum Frühling 1885, ging dann als Oberarzt nach Dresden ins psychiatrische Stadtkrankenhaus. 1886, gerade 30 Jahre alt, siedelte er dann nach Dorpat (heute Tartu) ins Baltikum um, wo er den Lehrstuhl für Psychiatrie übernahm.

In Dorpat konnte sich Kraepelin mit den meisten Kranken nicht verständigen, da sie estnisch, zum Teil auch lettisch und russisch sprachen. Kraepelin baute seine experimentell-psychologische Forschung systematisch aus. Er machte Messreihen zu Assoziationszeiten, befasste sich mit dem Einfluss psychotroper Substanzen wie Koffein und Tee auf psychische Abläufe und er führte Messreihen auf dem für ihn wichtigen Gebiet der Arbeitskurve durch (Ermüdung, die Wirkung von Arbeitspausen und die für ihn immer wichtige »Überbürdungsfrage«). Kraepelin machte auch einige erfolgreiche hypnotische Behandlungen, befasste sich aber später nicht mehr intensiver damit. Die zeitraubende Einförmigkeit des Verfahrens habe ihn bald gelangweilt.

1890 erfolgte die Berufung nach Heidelberg und damit die ersehnte Möglichkeit der Rückkehr nach Deutschland. Kraepelin blieb von 1891 bis 1903 in Heidelberg und befasste sich in dieser Zeit unter weit

besseren Bedingungen vor allem mit der Nosologie. 1899 erschien die berühmte 6. Auflage seines Lehrbuchs. Er ließ drei kleine psychologische Labors in die Klinik integrieren und wollte den psychologischen Versuch in die psychiatrische Klinik einführen. Dies sollte durch eine experimentelle Erfassung der seelischen Verfassung von, wie man heute sagt, psychotischen Patienten geschehen. Kraepelin hatte seine charakteristischen Zählkarten, mit denen er die Fälle über einen möglichst langen Zeitraum verfolgen wollte; er wendete als Therapie vor allem Dauerbäder und beruhigende Medikamente an.

Bei seinem Vorhaben, die dorthin verlegten Patienten jährlich nachzuuntersuchen, hatte Kraepelin mit den Direktoren der Landeskrankenanstalten Schwierigkeiten. Nach monatelangem Zögern entschloss sich Kraepelin dann, die Stelle an der Ludwigs-Maximilians-Universität in München am 1. Oktober 1903 anzunehmen. Er trat seinen Dienst in der Klinik in der Nußbaumstraße an, das heißt, er verschaffte sich einen Überblick über den Stand der Bauarbeiten und machte dann eine längere Reise nach Südostasien, wobei er sich auch mit den seelischen Erkrankungen in tropischen Ländern beschäftigte, weshalb Kraepelin auch als ein Begründer der vergleichenden, heutzutage transkulturellen Psychiatrie gilt.

Nach seiner Rückkehr wurde die neue Klinik in Anwesenheit des Kultusministers feierlich eingeweiht. Kraepelin richtete auch in München ein psychologisches Labor ein, er hatte eine sehr umfangreiche Lehrtätigkeit und veröffentlichte Neuauflagen seines Lehrbuchs, das im Umfang immer mehr zunahm. Am Ende seiner Laufbahn befasste er sich vor allem mit der Gründung der deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie. Es gelang ihm trotz schwieriger Zeiten, Gelder zu beschaffen. Die erste Sitzung erfolgte 1917. Der Beginn der Arbeit fand 1918 zunächst in den Räumen der Nußbaumstraße statt. Kraepelin legte 1922 die Leitung der psychiatrischen Universitätsklinik nieder, um sich ausschließlich der weiteren Entwicklung der Forschungsanstalt zu widmen.

Kraepelin starb 1926, er sollte den Umzug der Forschungsanstalt nach München-Schwabing nicht mehr erleben. Dort befindet sich heute noch der klinische Bereich des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, das auf dem Umweg über die Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft aus der deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie hervorging.

Kraepelin hatte einige schwere Schicksalsschläge zu beklagen. Das erste Kind, eine Tochter, starb 1885 wenige Stunden nach der Geburt. Eine weitere Tochter verstarb 1890. Der erste Sohn verstarb sehr jung,

Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.): Psychosenkonzepte im historischen Kontext
als Kraepelin 1891 gerade in Heidelberg ankam. Vier Töchter überlebten.

Kraepelin hörte, von Auguste Forel beeinflusst, 1895 völlig mit dem Genuss geistiger Getränke auf, er sah im Alkohol einen der großen Feinde der Volksgesundheit und einen Hauptfaktor der Degeneration. Er war ein eher ungeselliger Mensch und in München sozusagen nicht richtig in der Gesellschaft angekommen. Sein etwas schwieriges Verhältnis zu den Bayern und ihrer Mentalität beleuchtet auch die folgende Geschichte: Kraepelin führte Messreihen mit Soldaten durch, er wollte untersuchen, wie sich Alkoholgenuss bei Schützen auswirkte. Er ließ sie zielschießen, zuerst ohne Alkohol und dann mit steigenden Mengen. Er beschwerte sich ärgerlich beim Kompanieführer, dass es fast unmöglich war, nüchterne Schützen für seine Versuche zu erhalten, außerdem waren die Messungen für Kraepelin wohl eher unbefriedigend; die bayerischen Schützen schossen mit Bier eindeutig besser als ohne.

Kraepelin als Politiker

Kraepelin engagierte sich vor allem in der Zeit von 1914 bis 1917 in der Politik. Er unterzeichnete 1915 die sogenannte Intellektuelleneingabe, die sich für annexionistische Kriegsziele einsetzte. Es ging den Unterzeichnern um »Siedlungsraum« gegenüber Frankreich, Belgien, Russland und England. Die »Weltgeltung« Deutschlands sollte sichergestellt werden. Nur auf diese Weise glaubten sie verhindern zu können, dass der »deutsche Geist« zu einem »wurzellosten Volksgeist« zersetzt wird, »der in allen Ländern – übrigens vergebens – Heimat suchen, sich überall anpassen und sein eigenes wie das Wesen der Wirtschaftsvölker verfälschen muß, weil ihm der nationale Volkskörper fehlt« (Burgmair et al., 2009, S. 19).

Kraepelin setzte sich in verschiedenen Gruppierungen aktiv für diese Kriegsziele ein. Unter anderem beteiligte er sich an der Münchner Ortsgruppe des sogenannten »Unabhängigen Ausschusses für einen deutschen Frieden« (UAdF), der von maßgeblichen Gruppen in Militär und Wirtschaft unterstützt wurde. Der Münchner Ortsgruppe gehörten neben Kraepelin auch der Hygieniker Max von Gruber, der Verleger Julius F. Lehmann und der Rassenhygieniker Alfred Ploetz an. Aus der Münchner Ortsgruppe der UAdF entstand in München unter Kraepelins aktiver Beteiligung der »Volksausschuss für die

Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.): Psychosenkonzepte im historischen Kontext rasche Niederkämpfung Englands«. Später gehörte Kraepelin zu den Unterzeichnern des Gründungsaufrufs der »Deutschen Vaterlandspartei« (DLVP). Insgesamt lässt sich Kraepelin nach Breuer (2001) als ein Teil der sogenannten »zweiten Rechten« politisch verorten. Diese ist im Gegensatz zur traditionell konservativen Rechten der Modernisierung gegenüber offen und entwickelt sogar gesellschafts- und bevölkerungspolitische Pläne und technizistische Zukunftsvisionen.

Kraepelin war auch in der Gesundheitspolitik aktiv. Als Mitglied der »Kommission zur Beratung von Fragen der Erhaltung und Mehrung der Volkskraft« nahm er regelmäßig an deren Sitzungen teil. Weitere Teilnehmer waren u. a. Max von Gruber, der Gynäkologe Albrecht Döderlein und die Rassenhygieniker Fritz Lenz, Alfred Ploetz, Ernst Rüdin und Wilhelm Schallmayer. Die Kommission verabschiedete z. B. 1916 »Leitsätze betreffend den ärztlichen Ehekonsens und Eheverbote«. Dabei ging es um die »Vermehrung der tüchtigen Volkselemente«, die »Förderung der Vollwertigen« und die »Verminderung der rassenuntauglichen Elemente« (Burgmair et al., 2009, S. 41).

Kraepelins wissenschaftlicher Kontext

Die Entwicklung der psychiatrischen Krankheitslehre im letzten Jahrhundert entspricht einem Siegeszug der Auffassungen Kraepelins. Als Kraepelins große Leistung gilt es, eine Nosologie der psychischen Erkrankungen erarbeitet zu haben, die es erlaubte, die bisher nur schwer in ein System und eine Ordnung zu bringenden Geisteskrankheiten auf eine neue und allgemein akzeptierbare Weise zu beschreiben. Generationen von Psychiatern hatten sich darin erschöpft, Krankheitsbilder voneinander stabil abzugrenzen. In der Geschichte der Psychiatrie findet man teilweise abenteuerliche Krankheitslehren, die lange noch nach Carl von Linnés Vorbild der Klassifikation eine bunte Vielfalt unterschiedlicher Klassen, Ordnungen, Arten und Unterarten beschrieben.

Ende des 19. Jahrhunderts war der Einfluss der Psychiker, das war eine auch als romantische Psychiatrie bezeichnete Richtung in der Psychiatrie, bereits recht gering. Diese Richtung hatte Tendenzen, Krankheit als Sünde (wie bei Heinroth) zu sehen, was nicht selten dazu führte, die Erkrankten recht grausam zu behandeln. Die Meinung der Organiker hatte sozusagen gesiegt, man suchte die organischen Ursachen der Geisteskrankheiten, ohne die technischen Mittel dafür zur

Verfügung zu haben. Kraepelin (1887) wendet sich als 30-Jähriger in seiner Antrittsrede in Dorpat kritisch gegen diese »Hirnmythologie«, gegen allzu spekulative Theorien, die aus der Gehirnpathologie das Bild der psychischen Störungen erklären wollen. Er weist dabei auf Jacobi hin, der regelmäßig in irgendwelchen Organveränderungen die Ursachen des Irreseins fand, auf Franz Joseph Gall, der die einzelnen psychischen Funktionen und ihre Störungen auf die Ausbildung oder Erkrankung bestimmter Hirnteile zurückführte. Gall war der Meinung, die äußere Schädelfläche stimme mit der inneren überein. Deswegen konnte er durch Abtasten der Schädelknochen und durch Schädelmessungen Aussagen über bestimmte Eigenschaften wie Eifersucht, Witz oder Kunstsinn machen.

Kraepelin verweist auch auf den Psychiater und Anatom Bergmann, der in den Hirnventrikeln sogenannte Chorden nachzuweisen glaubte, die er für Materialisationen des Pneuma bzw. des Lebensgeistes hielt; und auf Meynert, der nicht davor zurückschreckte, jede Gehirnzelle als Sitz einer Vorstellung zu sehen, die mit anderen Zellen (bzw. Vorstellungen) durch Assoziationsfasern verbunden ist. Hier ist Kraepelin der Meinung, dass die psychiatrische Wissenschaft, die Anatomie und Physiologie einfach noch nicht dazu in der Lage seien, sinnvolle Resultate zu liefern, dass es vielmehr nötig sei, überhaupt klinische Beobachtungen zu sammeln und Krankheitseinheiten zu finden.

Ebenso sah Kraepelin in der Psychopathologie das Problem, dass sozusagen nur der Alltagsverstand regierte, dass jeder sich seiner eigenen Begriffe zur Beschreibung der pathologischen Phänomene bediente. Auch hier war er der Meinung, dass man unbedingt eine wissenschaftliche Methode benötige, um zu brauchbaren Ergebnissen zu gelangen.

Kraepelin wandte sich auch gegen die Auffassung der Einheitspsychose, wie sie von Wilhelm Griesinger vertreten wurde, der in Berlin von 1865 bis 1868 gelehrt hatte, wo er den neu geschaffenen Lehrstuhl für Psychiatrie und Neurologie innehatte. Griesinger postulierte ein Kontinuum der Geisteskrankheiten, wobei es weder scharfe Trennungen zwischen einzelnen Krankheitsformen gab noch scharfe Trennungen zwischen gesund und krank, sondern Übergänge. Griesinger stützte sich auf seinen Lehrer E. A. von Zeller sowie auf Joseph Guislain, der bereits eine alle Psychoseformen umfassende einheitliche psychische Erkrankung vertreten hatte.

Griesinger arbeitete mit einem Modell, das er an die Reflexlehre anlehnt: Die Sinneseindrücke werden zum Gehirn geleitet, dort zer-

streut und dann in einem zweiten Schritt in Bestrebungen umgewandelt. Diese Aktionen können erschwert, gehemmt, erhöht oder erleichtert sein. Daraus ergeben sich die zwei primären Grundformen des Wahnsinns. Der Ausgangspunkt aller psychischen Störungen ist laut Griesinger die psychische Depression. Sie ist der Ausgangspunkt für die ganze Reihe weiterer Veränderungen, welche den Wahnsinn konstituieren. Ursache dafür können sein: äußere Erlebnisse, Gehirnkrankheit oder sympathische Wirkungen aus dem Körper in das Gehirn. (Das bedeutet eine sekundäre Mitbeteiligung des Gehirns bei körperlichen Erkrankungen.) Aus der Depression kann sich die zweite Grundform des Wahnsinns ergeben, die Tollheit oder die Manie. Jetzt wird die Zerstreuung der Vorstellungen erhöht (der Denkablauf assoziativ aufgelockert, würde man heutzutage sagen) und der Übergang derselben in Strebung oft bis ins Maßlose erleichtert. Der Patient fühlt sich geistig reicher und freier, von Mut und rücksichtsloser Energie erfüllt. Aus diesen beiden primären Abnormitäten können sich laut Griesinger sekundäre Abnormitäten ergeben. Dabei geht es nicht mehr um eine pathologische Intensität der Vorstellungsaktionen, sondern eine insbesondere qualitative und normalerweise nicht umkehrbare Störung. Es entstehen irrige Gedanken, Residuen der primären Zustände, das heißt zurückgebliebene Abnormitäten im Kreis der Vorstellungen selbst. Die sekundären Zustände sind Störungen der Intelligenz. Die Geistesstörung kann schließlich bis zur Lähmung, zum Blödsinn verlaufen.

Mit dieser Sichtweise versteht Griesinger den Wahnsinn als Gemütsleiden. Es kommt zu einer emotionalen Störung, bei der zuerst die psychische Depression steht, die dann in eine Manie umkippt und die schließlich sozusagen nach dem emotionalen Feuersturm eine Ruine mit fixierten Wahnvorstellungen oder Abgestumpftheit zurücklassen kann. Griesingers Auffassung ist relativ offen. Er sieht verschiedene (man könnte modern sagen: biopsychosoziale) Ursachen, er sieht eine Störung der Verarbeitung von Erfahrungen und eine Störung der Umsetzung von Vorstellungen in Handlungen. Sein Paradigma ist aus der Physiologie entlehnt und bedeutet nicht, dass Griesinger reduktionistisch dachte. Sein Ausspruch »Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten«, den er in dieser simplifizierenden Weise nicht geschrieben hat, richtet sich wohl eher gegen zeitgenössische Meinungen, die den Sitz der Geistesstörungen noch im Intestinum (im Bauchraum) oder im Rückenmark sahen. Griesinger tritt vehement dafür ein, dass die psychische und die somatische Heilmethode in der Psychiatrie die

Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.): Psychosenkonzepte im historischen Kontext
absolut gleiche Berechtigung haben. Er schreibt: »Die psychischen Ursachen halten wir für die häufigsten und ergiebigsten Quellen des Irreseins« (Griesinger, 1861, S. 126). Griesinger hatte, bedingt durch seinen frühen Tod, wenig Zeit, diese Theorie und die von ihm angestrebte Psychiatriereform weiter zu verfolgen, seine Theorie der Einheitspsychose wurde bis in die Neuzeit etwa von Janzarik verfochten.

Kraepelins Krankheitslehre

Kraepelin entwickelte seine Krankheitslehre von 1883 an, als er sein Kompendium der Psychiatrie verfasste, das dann als Lehrbuch der Psychiatrie in neun Auflagen, zuletzt im Jahr 1927, erschienen ist. Kraepelins System kann man als Kombination von vier theoretischen Konzepten beschreiben (vgl. Hoff, 1994).

1. Von Wundt übernimmt Kraepelin die experimentelle Methode.
2. Er hat eine streng organische Orientierung und denkt nur in naturwissenschaftlichen Kausalitäten.
3. Er orientiert sich am Verlauf der Erkrankung, um eine Diagnose zu stellen. Hier bezieht er sich auf K. W. Kahlbaum; Morel hatte Ähnliches behauptet.
4. Die Degenerationslehre stellt ein zentrales Konzept der Theorie dar.

Die ersten drei Punkte lassen sich kurz abhandeln, auf die Degenerationslehre möchte ich im Anschluss genauer eingehen.

Kraepelin übernimmt von Wundt die streng experimentelle Orientierung. Alle psychiatrischen Befunde sollten durch das Experiment verifizierbar sein. Kraepelin war kein Freund des subjektiven Faktors, die gesamte Subjektivität der Erkrankten, ihr Innenleben waren ihm höchst suspekt; auch die Subjektivität der Psychiater. Er wollte objektive Untersuchungsmethoden in der Psychiatrie und objektivierbare wissenschaftliche Ergebnisse. Er war folgerichtig ein vehementer Gegner der Psychoanalyse. In seiner Klinik in München in der Nußbaumstraße, die längere Zeit als weltweites Zentrum der psychiatrischen Wissenschaft galt, waren übrigens einige Psychoanalytiker tätig, unter anderem Frieda Fromm-Reichmann als junge Ärztin.

Kraepelin hat eine streng organische Orientierung und er denkt nur in naturwissenschaftlichen Kausalitäten, er ist daher ein vehementer Gegner der Psychiker und ihres Schuldbegriffs und erkennt keinen

Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.): Psychosenkonzepte im historischen Kontext
freien Willen an. Er möchte sogar die Strafjustiz und ihren Schuld-
begriff abschaffen und Verbrechen als Krankheit betrachten und auch
so behandeln, indem Gefängnisse nach dem Vorbild der Irrenanstal-
ten eingerichtet und geführt würden.

Kraepelin übernimmt von Kahlbaum, der die Hebephrenie be-
schrieb, die Verlaufsbeobachtung als wesentliches Moment der psy-
chiatrischen Systematik.

Die Degenerationslehre

Kraepelin ist von der Degenerationslehre Morels, Magnans und Schü-
les beeinflusst. Benedict A. Morel (1809–1873) begann als Theologe
und wurde dann Arzt in der Salpêtrière und später Chefarzt zweier
Anstalten. 1857 schrieb er den berühmten »*Traité des dégénérescen-
ces physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et de ses
causes qui produisent ces variétés malades*«. Morel argumentiert
theologisch. Er will den Ursprung der krankhaften Varietäten der
menschlichen Art, die in der natürlichen Geschichte der Menschheit
auftreten, aufzeigen, was *prima vista* ethnologisch klingt. Morel be-
zieht sich jedoch auf die Schöpfungsgeschichte. An den Anfang der
menschlichen Geschichte setzt er Adam, er ist der *type primitif*, der
erste Mensch vor dem Fall, der die Züge göttlicher Ebenbildlichkeit
am reinsten in sich trug. Der Sündenfall führt dazu, dass der Mensch
sich den Einflüssen der äußeren Welt, des Klimas, der Nahrung, aller
Einwirkungen, die seine Gesundheit betreffen, und auch der Erblich-
keit dieser Einwirkungen nicht mehr entziehen kann.

Diese Abweichungen vom idealen *type primitif* konstituieren zwei
völlig verschiedene Arten menschlicher Spezies. Beide sind Abwei-
chungen von ihm, aber nur die gesunden Rassen erfüllen das göttliche
Gebot. Sie allein setzen das in der Genesis ausgesprochene Gebot der
Kontinuität der menschlichen Rasse fort. Dagegen werden die Ent-
artungen von zwei fundamentalen Gesetzen beherrscht: Das erste
betrifft die doppelte Vererbung sowohl des körperlichen und mora-
lischen Übels, das zweite ist die als Morel'sches Gesetz bekannte Pro-
gressivität der Entartung bis zum Aussterben des Geschlechts. Dieses
stellt folgenden Stufengang der erblichen Entartung auf:

1. Generation: nervöses Temperament, sittliche Unfähigkeit, Aus-
schweifungen.
2. Generation: Neigung zu Schlaganfällen und schweren Neurosen,
Alkoholismus.

3. Generation: psychische Störungen, Selbstmord, geistige Unfähigkeit.
4. Generation: angeborene Blödsinnsformen, Missbildungen, Entwicklungshemmungen.

Morel suchte und fand äußere Stigmata der Entartung, wobei er die morphologisch-anthropometrische Methode benutzte. Diese Entartungszeichen haben in der Psychiatrie lange eine wichtige Rolle gespielt, wobei sie als Hinweise auf die Konstitution oder Disposition für die Erkrankung galten. Kraepelin schreibt in der in der 6. Auflage seines Lehrbuchs (1899, S. 203) bezüglich der *Dementia praecox*: »Auch körperliche Entartungszeichen fanden sich öfters, Kleinheit oder Verbildungen des Schädels, kindlicher Habitus, mangelhafte Zähne, verbildete Ohren, Strabismus (Schielen), überzählige Brustwarzen, allgemeine Schwächlichkeit, ferner die Andeutungen eines leicht erreglichen Gehirns, Delirien bei geringem Fieber, Zahnkrämpfe in der Jugend, geringe Widerstandsfähigkeit gegen Alkohol, sehr früh sich regender, mangelnder oder widernatürlicher Geschlechtstrieb.« Vor einigen Jahrzehnten wurde bezüglich der körperlichen Untersuchung in der Psychiatrie noch gelehrt, dass man bei den Erkrankten auf Entartungszeichen zu achten habe.

Zwei Jahre nach Morels Abhandlung erschien Darwins epochales Werk über die Entstehung der Arten. In der Folge kam es, wie Leibbrand (Leibbrand und Wettley, 1961) schreibt, zu einer Säkularisierung der Degenerationslehre. Valentin Magnan, der zweite, nach Morel bedeutendste Entartungstheoretiker, setzt sich 1895 von Morels religiösem Hintergrund ab. Informiert durch Darwin stellt Magnan Morel, bei dem das Kranke und das Böse ineinanderfließen, sozusagen auf den Kopf. Die Menschheit befindet sich in einem Prozess der zunehmenden Vervollkommnung. Bei diesem evolutionären Prozess werden die Entarteten, zu denen die Geisteskranken gehören, ausgeschieden.

Der deutsche Entartungstheoretiker Schüle (1840–1916) spricht von »schlimmen Keimen, von hereditärem Gift« aus denen die Formen der Nerven-, Geistes- und Gehirnerkrankheiten hervorgehen, »bis geistig mit dem intellektuellen und sittlichen Idiotismus und körperlich mit der Sterilität die äußerste anthropologische Entartungsgrenze erreicht wird« (Schüle, 1880). Er unterscheidet vererbte Disposition von vererbter Krankheit. Es gibt einerseits psychisch kränkliche Naturen mit einem invaliden Gehirn, ein Schwächezustand, der dazu

führt, dass man bereits bei normalen Reizen und Anforderungen des Lebens erkrankt. Dies ist die vererbte Disposition. Bei den vererbten Krankheiten ist das »erbliche Gift« tiefer eingedrungen. Dabei ist die ganze neuropsychische Anlage verschoben: Es entsteht eine neue, eigenbegabte Menschennatur, in abnormer Mischung und Kombination erzeugt, zwar als ein Ganzes, aber doch eigengeartet. Schüle sieht dabei die drei Grundformen eines 1. krankhaft gesteigerten, 2. krankhaft gebundenen und 3. geschwächten Seelenlebens. Ihnen entsprechen die alltäglichen Bezeichnungen der Manie, der Melancholie und des Blödsinns.

Kraepelin hat durch sein ganzes Werk hindurch an der Degenerationstheorie festgehalten. Entartung komme zustande 1. durch einen ungünstigen Ausgang normaler Vererbungsvorgänge, 2. durch Keimschädigung, wobei hier für Kraepelin der Alkohol eine zentrale Rolle spielt. Die Bedeutung des Alkohols für die Degeneration der Rasse übernimmt er dabei von Forel, dessen rassenbiologische Ansätze er teilt, dessen pazifistische und linke sozialreformerische Ideen er jedoch ablehnt.

Die Degenerationstheorie hatte enorme Auswirkungen und fand weite Anerkennung auch außerhalb der Psychiatrie. Eigentlich könnte man denken, das seien relativ harmlose Theorien, da sie ja das Aussterben der Degenerierten, der Entarteten voraussagten. Nun gab es jedoch die weithin geteilte und große Ängste auslösende Überzeugung, dass die natürliche Auslese durch die moderne Zivilisation behindert werde, wodurch die moderne Gesellschaft zu viele Degenerierte aus einer falsch verstandenen Humanität mitschleppe und deshalb das erbliche Gift nicht mehr ausgeschieden werde. Bereits Anfang des 20. Jahrhunderts gab es Sterilisationen von Geisteskranken in unterschiedlichen Ländern.

Kraepelin kritisiert zwar Morels Gesetz, er hält dagegen (Leibbrand und Wettley, 1961, S. 541), dass es nur unter ungünstigen Bedingungen zu einer solchen absteigenden Stufenleiter kommt, wie sie im Morel'schen Gesetz behauptet wird, da es bei vielen belasteten Familien durch Blutauffrischung zu günstigeren Ergebnissen komme. Insgesamt teilt Kraepelin aber mit den Entartungstheoretikern die pessimistische Kulturbetrachtung. Er sieht vor allem drei Faktoren, die die geistige Gesundheit der Rasse zur Kulturentartung verschoben haben. Er sieht erstens eine immer stärkere Verschärfung des Lebenskampfes im industriellen Zeitalter, was zu einer Überbeanspruchung und Erschöpfung (»Überbürdungsfrage«) führe. Der zweite ungünstige

Einfluss ergibt sich aus der »einseitigen Züchtung seelischer Anlagen, die auf die Spitze getriebene Spezialisierung unter Vernachlässigung des Körpers und seiner Leistungen«, was zu einer »Überzüchtung« führe. Die wichtigste ungünstige Wirkung der Kulturentwicklung aber ist drittens die Domestikation, die Abkehr von der Natur. Sie ist die Ursache der Verweichlichung.

Kraepelin schreibt in der 8. Auflage seines Lehrbuchs: »Nur im Kampfe wächst der Mensch, ohne Willensstachel geht der Mensch oft zu Grunde.« Die Entarteten, die hier entstehen, sind die »willenschwachen Müßiggänger, die oberflächlichen Genussmenschen und gewissenlosen Wüstlinge«; ihr gehäuftes Auftreten ist Zeichen altern der Völker. Folge dieser Erscheinungen sind die »Abschwächung der natürlichen lebens- und arterhaltenden Triebe. Zunahme des Selbstmords ist Ausdruck der Schwächung des Willens zur Selbsterhaltung, Schwächung des Arterhaltungstriebes begünstigt Onanie und geschlechtliche Verirrungen und ertötet den Muttertrieb bei der Frau« (Kraepelin, 1915).

Kraepelins Hoffnung: die Entdeckung der natürlichen Krankheitseinheiten

Kraepelins Ziel war es, in der Psychiatrie die natürlichen Krankheitseinheiten zu entdecken. Dieses Ziel teilte er mit vielen anderen Forschern seiner Epoche. Der Medizinhistoriker Marc Sedler, der die Konzepte der Schizophrenie von 1600 bis 1860 untersuchte, schreibt dazu: »Bayle wies, indem er sich auf genaueste post-mortem-Untersuchungen bezog, die Gehirnläsionen der Allgemeinen Paralyse nach. Dadurch schuf er das Modell einer Beziehung zwischen einer klinischen Form einer Geistesstörung und einer nachweisbaren Pathologie. Fast ein Jahrhundert lang waren diese Entdeckung und die Forschung, die sie auslöste, etwas wie eine Obsession der psychiatrischen Theoretiker« (Sedler, 1991, S. 160). Erstmals hatte sich die Hypothese einer organischen, im Gehirn auffindbaren Ursache einer psychiatrischen Erkrankung, die damals einen großen Anteil bei den Anstaltsinsassen, ein Fünftel und mehr, ausmachte, bestätigt.

Die progressive Paralyse geht mit psychischen Symptomen, wie Gedächtnisstörungen und maniformen Symptomen, sowie Lähmungen und Anfällen einher. Man kannte die Syphilis anderer Organe bereits seit dem Mittelalter, die syphilitische Verursachung der progressiven Paralyse entdeckten Johann Esmarch und Peter Willers Jessen 1857.

Den Erreger der Syphilis, das *Treponema pallidum*, identifizierte der Zoologe Fritz Schaudinn 1905. 1913 wurde der Erreger dann schließlich im Gehirn von Paralysekranken entdeckt. Man kann sich gut vorstellen, dass die Psychiater davon fasziniert waren, wie die Vielfalt der Symptome der Syphilis schließlich durch eine einzige Ursache, eine eindeutige Kausalität erklärbar wurde. Das Phänomen der progressiven Paralyse, einer Infektionskrankheit, konnte als Paradigma dienen, um in der Psychiatrie Ordnung zu schaffen.

Ich denke, die auch anderweitig geäußerte Hypothese (vgl. Schott und Tölle, 2006) lässt plausibel erscheinen, dass auch Kraepelin stark unter der damaligen Unordnung in der Klassifikation und dem Chaos in den psychiatrischen Anstalten litt, dass er bemüht war, weit weg vom Patienten und vom Kontakt mit ihm endlich objektive wissenschaftliche Erkenntnisse zu gewinnen, wobei er sich mehr oder weniger bewusst an dem Paradigma der progressiven Paralyse orientierte.

Kraepelin beschreibt in seinen Lebenserinnerungen seine Gefühle, die er als 21-jähriger Student in der psychiatrischen Klinik in Würzburg hatte: »Mein Dienst auf der Abteilung regte mich zunächst sehr auf. Besonders war es eine schwachsinnige Kranke mit heftigen hysterischen Anfällen, die mich dadurch erschreckte, daß sie bei der Visite jedes mal durch das ganze Zimmer rollte; eine andere, die von Rinecker als Beispiel der neuen, merkwürdigen Krankheit Hebephrenie aufgefaßt wurde und starke triebhafte Aufregung zeigte, war mir ebenfalls recht unheimlich. Die Fülle der ungewohnten, beunruhigenden Eindrücke und das mir bis dahin ungewohnte Gefühl der persönlichen Verantwortlichkeit verfolgten mich bis in den Schlaf und erzeugten bei mir aufregende Träume« (Kraepelin, 1983, S. 8).

Kraepelin fragt sich auch, ob er diese Arbeit überhaupt aushalten können werde. Kraepelin schreibt zu seiner Zeit bei von Gudden in München: »Die ersten Eindrücke, die ich von meiner neuen Tätigkeit hatte, waren entmutigend. Das verwirrende Gewimmel ungezählter verblödeter, bald unzugänglicher, bald zudringlicher Kranker, mit ihren lächerlichen oder ekelerregenden, bedauernswerten oder gefährlichen Absonderlichkeiten, die Ohnmacht des ärztlichen Handelns, das sich meist auf Begrüßungen und gröbste körperliche Pflege beschränken mußte, die völlige Ratlosigkeit gegenüber all diesen Erscheinungsformen des Irreseins, für die es keinerlei wissenschaftliches Verständnis gab, ließen mich die ganze Schwere des von mir gewählten Berufs empfinden« (Kraepelin, 1983, S. 12).

Kraepelin spricht auch von den Aktivitäten, die einen gewissen

Ausgleich für den enttäuschenden und belastenden Stationsdienst boten: »Dazu kam unser Stolz auf die wissenschaftliche Bedeutung unserer Klinik, wie sie sich hauptsächlich in unseren anatomischen Laboratorien und Tierställen ausdrückte. Hier lag das Gebiet, das uns für die Unfruchtbarkeit und Unerquicklichkeit unserer Tagesarbeit entschädigte« (Kraepelin, 1983, S. 13). Beispiele dafür, dass Kraepelin sich von dem Modell der progressiven Paralyse leiten ließ, um die Geistesstörungen zu konzipieren und einzuteilen, lassen sich viele finden. Ich führe drei an. In der 5. Auflage seines Lehrbuchs von 1896 (Kraepelin hat immer wieder seine Einteilung der Krankheiten geändert) ersetzt Kraepelin die in der 4. Auflage als psychische Entartungsprozesse bezeichneten Krankheiten durch den Terminus »Verblödungsprozesse«. Dies sind erworbene Geistesstörungen, präziser: Stoffwechselerkrankungen. Mit den Psychosen, bei denen Kraepelin einen Verblödungsprozess sieht (das sind die später Dementia praecox und schließlich Schizophrenie genannten Störungen), stehen in einer Reihe das myxödematöse Irresein (das ist Schwachsinn aufgrund von Mangel an Schilddrüsenhormonen), der Kretinismus und die Dementia paralytica. Für Kraepelin gehören diese Krankheiten also zur gleichen Klasse. Kraepelin sagt auch selbst (das Zitat stammt aus seiner Heidelberger Zeit): Die Nachuntersuchungen von Langzeitpatienten ließen »erkennen, daß eine erschreckend große Zahl von Kranken, die mir zunächst das Bild der Manie, der Melancholie, des Wahnsinns, der Amentia, der Verrücktheit darzubieten schienen, mehr oder weniger rasch die Züge einer fortschreitenden Verblödung annahmen. Und dabei einander trotz mancher Unterschiede im einzelnen immer ähnlicher wurden. So wurde es mir allmählich klar, daß die Abweichungen im Beginn keine entscheidende Bedeutung hatten gegenüber dem zu einem bestimmten Ende führenden Krankheitsverlauf, ganz ähnlich wie wir das längst von den verschiedenen Formen der Paralyse wissen« (Kraepelin, 1983, S. 68).

In der 6. Auflage seines Lehrbuchs 1899 schreibt Kraepelin bezüglich des Verlaufs der Katatonie: »Ohne Zweifel führen im allgemeinen mehr die rasch entstandenen, als die schleichend sich entwickelnden Störungen zur Remission, ganz ähnlich wie bei der Paralyse« (1899, S. 180). Kraepelin findet übrigens im anatomischen Hirnbefund durch das Leiden direkt verursachte Störungen wie Gliawucherungen bei der Dementia praecox (ein Befund der sich später nicht bestätigen ließ), was Heinz (2002) zu der Frage führt, ob sich hier das organische Paradigma direkt auf die histologischen Daten auswirkte.

Kraepelin war jedenfalls Zeit seines Lebens mit großem Aufwand und schließlich auch mit sehr viel Geld auf der Suche nach diesen natürlichen Krankheitseinheiten, die er letztlich nie nachweisen konnte und die auch bis heute niemand anders nachweisen konnte. Das hinderte Kraepelins System, das somit auf mythologischen Voraussetzungen beruhte, nicht daran, schließlich weltweit erfolgreich zu werden. Einer der Gründe dafür ist wohl, dass Kraepelin auf eine fast geniale Weise ein System schuf, in dem alles seinen Platz fand. Sein Regalsystem war sozusagen großzügig und erlaubte eine Einordnung der meisten bisher gefundenen und beschriebenen geistigen Störungen. Darin konnte etwa auch Gaupps (1920) am Fall des Schullehrers Wagner dargestellter psychogener Wahn Aufnahme finden, was Gaupp vielleicht dazu verleitet haben mag, Hymnen auf Kraepelin anzustimmen. Er spricht von einer »Systembildung Kraepelins auf ewig richtiger Grundlage«.

Wie sah nun die Systembildung Kraepelins aus? Kraepelin hat während seiner ganzen Laufbahn seine Krankheitslehre geändert. 1899, in der berühmten 6. Auflage seines Lehrbuchs, machte er die Unterscheidung zwischen dem manisch-depressiven Irresein und der *Dementia praecox*. Die Klassifikation der 8. Auflage von 1910 liegt bis heute dem ICD-10 und DSM-IV zugrunde.

Sehr ausführlich hat Kraepelin seine Krankheitslehre und ihre theoretischen Annahmen 1920 in der Arbeit »die Erscheinungsformen des Irreseins« dargestellt. Diese späte Fassung reagiert bereits auf neue Konzepte und Kritik, die von Bonhoeffer, Birnbaum, Hoche und Kretschmer an seiner Nosologie geübt wurde.

Kraepelin unterscheidet dabei drei Ebenen: Ebene 1 sind die natürlichen Krankheitseinheiten. Sie sind die organischen Ursachen aller psychischen Störungen. Diese werden als existent behauptet und gesucht. Ebene 2 sind vorgeformte biologische und/oder psychologische Reaktionsmuster. Davon gibt es drei Register, 1. ein deliranter, paranoider, emotionaler, hysterischer und instinktiver Manifestationstyp, 2. ein schizophrener, halluzinatorischer, mit dialogischen Stimmen einhergehender Manifestationstyp und 3. ein encephalitischer, oligophrener oder spastischer Manifestationstyp. Diese Register erzeugen dann das klinische Bild, die 3. Ebene, die sichtbaren und beobachtbaren Symptome. Diese sind weitgehend unspezifisch, sie überlappen sich und sind für Pathogenese und Ätiologie, so Kraepelin, unspezifisch.

Deswegen, weil man nur diese Ebene des klinischen Bildes, des Querschnitts, herangezogen habe, um eine Systematik zu errichten,

Günter Lempa / Elisabeth Troje (Hg.): Psychosenkonzepte im historischen Kontext sind nach Kraepelins Auffassung alle Krankheitslehren des 19. Jahrhunderts gescheitert. Das 1. Register entspricht dem geringsten Ausmaß des destruktiven Prozesses, das 2. Register ist destruktiver und das 3. Register zeigt das größte Ausmaß an Destruktion. Kraepelins drei Register oder Schubladen enthalten aus moderner Sicht im 1. Register Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und die bipolaren Störungen, im 2. Register die Schizophrenie und im 3. die organischen Psychosen und Gehirnerkrankungen.

Eine Erkrankung bricht nach Kraepelin auf der Ebene der natürlichen Krankheitseinheiten aus. Eine organische Ursache (1. Ebene) aktiviert ein Register, einen Manifestationstyp, wodurch die 2. Ebene ins Spiel kommt (das wäre heutzutage in etwa die Ebene des Syndroms), weitere Faktoren wie Lebensumstände, soziale oder biographische Momente schaffen dann die 3. Ebene, das klinische Bild, das für sich betrachtet, ohne Beziehung zum Verlauf, nur wenig Aussagekraft hat. Soweit Kraepelins Konzept zur Entstehung psychischer Krankheiten.

Die sich daraus ergebende Nosologie ist sehr erfolgreich bei der Reduktion von Komplexität. Jeder Psychiater kennt den Fall, dass ein Patient zur Aufnahme kommt, der Stimmen hört, sich verfolgt fühlt und über Ich-Störungen berichtet, das heißt, er zeigt Symptome einer Schizophrenie. Der gleiche Patient kommt einige Jahre später wieder zur Aufnahme, ist aber jetzt depressiv und man kann beim besten Willen keinerlei Symptome einer Schizophrenie entdecken. Was hat er? Mit Kraepelin ist die Antwort einfach, die tiefste erreichte Ebene, in diesem Fall das 2. Register, entscheidet dauerhaft über die Diagnose. Diese Schichtenregel, wie sie dann von Jaspers explizit ausgeführt wurde, gehört zur Facharztausbildung jedes Psychiaters.

Kraepelin subsumierte drei bisher als eigenständige Krankheiten beschriebene Störungen – die Katatonie oder das Spannungsirrese (Kahlbaum), die Hebephrenie (Hecker) und die paranoide Form – unter die *Dementia praecox*, für die sich später Eugen Bleulers Begriff der Schizophrenie durchsetzte. Nach Kraepelin handelte es sich bei der *Dementia praecox* (auf Deutsch: vorzeitige Verblödung, geistiger Abbau oder Verfall) um eine Krankheit mit infauster Prognose. Bezüglich der Hebephrenie schreibt er in der 6. Auflage seines Lehrbuchs von 1899, dass 75 % der Erkrankten die höheren Grade der Verblödung erreichten. Er fährt fort und räumt ein, dass sich immerhin diese Kranken vielfach überraschend gut zu mechanischer, allerdings nicht selbstständiger Arbeit erziehen und dadurch vor dem völligen Versinken bewahren lassen. Bei 17 % bleibe der Schwachsinn ein mäßiger.