
Psychiatrische Konzepte und Ordnungssysteme

KAPITEL 1

Geschichte psychiatrischer Begriffe

G. E. BERRIOS

1	Einführung	5
2	Über „Begriffsgeschichte“	6
3	Entwicklung der deskriptiven Psychopathologie	8
3.1	Definitionen	8
3.2	Problemlage	8
3.3	Entstehung des Bedarfs an deskriptiver Psychopathologie	9
3.4	Psychologische Theorien	11
3.4.1	Vermögenspsychologie	11
3.4.2	Kants Fassung der Vermögenspsychologie und das 19. Jh.	12
3.5	Assoziationslehre	13
3.5.1	Assoziationslehre vor dem 19. Jh.	13
3.5.2	Assoziationslehre im 19. Jh.	14
3.6	Äußerliche Krankheitsmerkmale	15
3.6.1	Vorannahmen und Begriffe	15
3.6.2	Form und Inhalt	16
3.7	Numerische Repräsentation und Messung	17
3.8	Psychopathologische Erfassung nonverbalen Verhaltens	19
3.9	Krankheit und Zeitdimension	20
3.10	Subjektivität als Quelle wissenschaftlicher Erkenntnis	21
4	Die Entwicklung des Begriffs „Geisteskrankheit“	22
4.1	Klinisch-anatomische Perspektive	22
4.2	Psychologische Verhaltensbegriffe	23
4.3	Taxonomischer Wandel	23
4.4	Kontroverse um „kombinierte Psychosen“	24
4.5	Erblichkeit seelischer Erkrankungen	25
5	Der Wandel vom „Wahnsinn“ zu den „Psychosen“ im 19. Jh.	25
5.1	Einführung des Begriffs „Psychose“	25
5.2	Dichotome Begriffspaare als entscheidende definitorische Elemente	26
5.2.1	Psychose versus Neurose	26
5.2.2	Funktionell versus organisch begründbar	27
5.2.3	Exogen versus endogen	28
5.2.4	Vollständige versus partielle Geistesstörung	30

Übersetzung: P. Hoff

5.2.5	Einheitspsychose versus zahlreiche Psychosen	31
5.3	Die 3 Module des Geistes und die ihnen zuzuordnenden Krankheiten	32
5.4	Abtrennung der organisch begründbaren Krankheitsbilder . . .	33
5.5	Einengung des Maniebegriffes	34
6	Das 20. Jahrhundert	36
6.1	Frankreich	38
6.2	Großbritannien	41
6.2.1	Psychodynamische Periode	42
6.2.2	Deskriptive und „phänomenologische“ Periode	43
6.2.3	Gegenwart	46
7	Zusammenfassung und Schlußfolgerungen	47
8	Literatur	51

1 Einführung

Wie jede Disziplin mit sowohl theoretischen als auch praktischen Anteilen, ja wie jede Institution oder wissenschaftliche Kultur schlechthin, bedarf die Psychiatrie einer stabilen begrifflichen Binnenstruktur. Eine solche Struktur ist nur mühevoll zu identifizieren, dem normalen „Anwender“ bleibt sie zunächst weitgehend verborgen. Dieser sieht nämlich nur vermeintliche „empirische Fakten“ und das, was in jüngster Zeit mit großer Geste „evidenzbasierte“ Richtlinien für sein diagnostisches und therapeutisches Handeln genannt wird. Jenseits dieses Bereiches wurden die Entscheidungen, welche begriffliche Struktur denn nun zu akzeptieren sei und nach welchen „Fakten“ und „Regeln“ man sich zu richten habe, seit dem 19. Jh. von kleinen, sich in ihrer Zusammensetzung oft verändernden Gruppen getroffen. Sie lagen damit weit außerhalb der Einflußmöglichkeiten des praktisch Tätigen. Diese „Vatikanisierung“ der Psychiatrie begann in Kontinentaleuropa und hat sich seither auf die andere Seite des Kanals bewegt.

*Notwendigkeit
der Begriffsbildung*

Auch die Psychiatriegeschichte selbst entstand unter vergleichbaren gesellschaftlichen Voraussetzungen, etwa wenn psychiatrische „Herrscher“ am Kaminfeuer ihres Wochenenddomizils von Zeit zu Zeit das Bedürfnis verspürten, die Vergangenheit ihres Faches zu besingen. In dem sicheren Bewußtsein, das Richtige zu tun, pflegte ein gefühlvoller Dichter bei solcher Gelegenheit ein glorreiches erzählerisches Netz zu spinnen. Freilich ließ er dabei vieles unerwähnt, v.a. das von selbsternannten „Herrschern“ beanspruchte Recht, darüber zu entscheiden, welches psychiatrische Begriffssystem denn anzuwenden sei.¹ Glücklicherweise haben sich die Dinge seither geändert, und der heutige Psychiatriehistoriker wartet nicht mehr auf einen „Herrscher“. Er möchte Bescheid wissen über die konzeptionelle und moralische Berechtigung der die Macht ausübenden Personen, und er verlangt die Offenlegung der vorhandenen Geldquellen und der wahren Absichten, die hinter den lammfrommen Lobesliedern auf deren Tugenden stehen.

*Begriffssysteme
als Herrschaft*

Diese Neubesinnung begann in den 60er Jahren des 20. Jh., als Foucault (1972a) und seine Epigonen erstmals die Idee vertraten, der Historiker solle die kritische Geißel der Psychiatrie sein. Ihre Übertreibungen und pseudohistorischen Argumente hatten allerdings zeitweise eine Entfremdung zwischen den verschiedenen psychiatrischen Bereichen zur Folge. Jüngst haben sich die Verhältnisse aber wieder gebessert: Der klinisch orientierte Psychiatriehistoriker nimmt wieder an der „Hohen Tafel der Wissenschaft“ Platz und darf dort seine Botschaft verkünden. Durch all dies hat unser Berufsstand erkannt, daß an den tragenden Begriffen der Psychiatrie bei so mancher Gelegenheit aus ganz anderen Gründen als dem Wohl der Patienten manipulative Eingriffe vorgenommen werden. Weit davon entfernt, vollkommen zu sein, ist der genannte neuartige historische Zugangsweg doch von der Grundüberzeugung getragen, daß die geschichtliche Dimension notwendigerweise ihren Beitrag zur Entwicklung der klinischen Psychiatrie zu leisten hat.

Historische Begriffskritik

¹ Beispiele für derartige Versuche finden sich in Berrios (1994a).

Themen der Begriffsgeschichte

2 Über „Begriffsgeschichte“²

Von allen historiographischen Ansätzen ist der „begriffsgeschichtliche“ der geeignetste, um den theoretischen Hintergründen und anderen in diesem Kapitel erörterten komplexen Fragen gerecht zu werden. Eine solche Methode muß sich auf 4 untereinander vernetzte Themenkreise konzentrieren: deskriptive Psychopathologie, ätiologische Theorie, Pathogenese und Taxonomie. Deskriptive Psychopathologie meint die sprachliche Dimension des Beschreibens psychopathologischer Sachverhalte, Ätiologie die Ursachen von Erkrankungen (Berrios 1984a), Pathogenese den Weg, auf dem gestörte Hirnfunktionen seelische Symptome hervorrufen, und Taxonomie die Regeln zur Klassifikation von Krankheiten. Ideologische Kräfte innerhalb und außerhalb der Psychiatrie beeinflussten die Entwicklung und Aufrechterhaltung dieser konzeptionellen Rahmenbedingungen.

Beispiele

Einige Beispiele: Die deskriptive Psychopathologie, also die psychiatrische „Semiologie“, verdankt einige ihrer Strukturen der Linguistik und Zeichentheorie des 18. Jh. (Landre-Beauvais 1813; Lanteri Laura 1966; Juliaud 1970; Barthes 1972). Ätiologische und pathogenetische Theorien fußen auf Entwicklungen der allgemeinen Medizin, der Mikroskopie und der psychologischen Theorien des 19. Jh. (Canguilhem 1966; Lain Entralgo 1978; Albarracin Teulón 1983; Berrios u. Porter 1995). Die Taxonomie schließlich basiert teilweise auf den metaphorischen Ordnungsbegriffen des 17. und 18. Jh. (Whewell 1857; Boyer 1873; Delasiauve 1861; Larson 1971; Georgin 1980; Slaughter 1982). Auf die zuletzt genannte Thematik wird in diesem Beitrag allerdings kaum noch eingegangen werden, da sie in diesem Band in Kap. 2 behandelt wird.

Psychiatrische Phänomene zwischen Biologie und Sozialpolitik

Selbstredend gibt sich die volle Bedeutung dieser vernetzten Problemfelder nur dann zu erkennen, wenn man sie auf dem Hintergrund der psychiatrischen Praxis des 19. Jh. betrachtet. Forschungsaktivitäten, die sich ein solches Ziel gesetzt hatten, brachten eine ganze Reihe von Erklärungsversuchen hervor, von den evolutionstheoretisch fundierten und biologischen bis zu den sozialpolitischen – wie es die Sozialhistoriker ja zu Recht gefordert haben (etwa Foucault 1972a,b; Dörner 1969; Blasius 1980; Scull 1979; Donnelly 1983). Die Vertreter des begriffsgeschichtlichen Ansatzes gehen nun von der Annahme aus, daß der Inhalt des Begriffes „seelische Störung“ vom Wissen um seine biologischen Wurzeln, d. h. um die Entstehung des gestörten biologischen Signals, ebenso abhängig ist wie vom Wissen um seine psychosoziale Einbettung. Mit anderen Worten: Die meisten „psychiatrischen“ Phänomene sind am Ende eines komplexen Entstehungsprozesses auftretende Manifestationen biologischer Signale, die im Laufe eben dieses Prozesses von personalen und kulturellen Faktoren moduliert wurden (Marx 1970; Berrios 1984a).

Stabilität und Veränderung von Kategorien

Daraus folgt, daß die Stabilität der deskriptiven Psychopathologie und der die psychiatrische Theorielandschaft bevölkernden Kategorien seeli-

² Anmerkung des Übersetzers: Der englische Terminus „conceptual history“ wird hier mit „Begriffsgeschichte“ übersetzt, was den gemeinten Sachverhalt eher trifft als die beiden Alternativen „Konzeptgeschichte“ und „Ideengeschichte“.

scher Gestörtheit als Funktion des Ausmaßes an Veränderung aufgefaßt werden kann, die zum einen die biologischen Grundlagen und zum anderen die Sprache der Psychiatrie betrifft (Daumezón 1957; Berrios 1994a). Psychopathologische Beschreibungen und Diagnosen werden demnach ebenso sehr von Symbolen, Mythen und anderen Konstrukten in einem stabilen Zustand gehalten (Devereux 1980) wie von tatsächlichen biologischen Invarianzen (Berrios 1994a). Allerdings haben die Psychiater bislang noch keine exakte Methode entwickelt, den jeweiligen Umfang dieser Einflußgrößen festzustellen: Während etwa „manipulatives Verhalten“ (Mackenzie et al. 1978) vollständig das Resultat menschlicher Interaktion und insoweit „sozialen“ Ursprungs sein kann, können „Grand-Mal-Anfälle“ (Berrios 1984b), das „Delir“ (Berrios 1981a) und die „Halluzination“ (Berrios 1982b) als im Grundsatz „biologische“ Phänomene betrachtet werden.

Die vor dem 19. Jh. erschienene Literatur ist reich an Schilderungen des Wahnsinns (Postel 1984; Porter 1987; MacDonald 1981). Man weiß jedoch nur wenig über die konzeptionellen Rahmenbedingungen, auf die sie sich hätten berufen können. Über das 19. Jh. ist zwar mehr bekannt, aber die 3 großen, die Psychiatrie grundlegend verändernden Umwälzungen sind nach wie vor nur z. T. verstanden (Berrios u. Porter 1995). Diese Umwälzungen sind:

1. die Transformation der verschiedenen Unterformen des „Wahnsinns“ in die „Psychosen“³,
2. die Einengung, möglicherweise gar das Verschwinden der „Neurosen“ als allgemeine Kategorie (López Piñero 1983) und
3. die Fragmentierung der althergebrachten, gleichsam monolithischen Beschreibungen „der Geisteskrankheit“ in, wie es heute genannt wird, psychopathologische „Symptome“ (Berrios 1996).

Der vorliegende Beitrag greift einige dieser Themen auf und erörtert das Zusammenwirken von theoretischen Vorannahmen, empirischen Beobachtungen und biologischen Phänomenen im Kontext seelischer Krankheit. Um Unklarheiten zu vermeiden, werden die historischen Hintergründe einzelner Begriffe, des Konstrukts „Verhalten“ und der theoretischen Konzepte getrennt voneinander dargestellt. Als schlechthin unbestreitbares Faktum wird ferner vorausgesetzt, daß die Protagonisten der ganzen „Handlung“ Menschen mit Familien waren, mit politischen Interessen, mit Ängsten und Ambitionen, und daß viele ihrer Entscheidungen von „nichtkognitiven“ Faktoren herbeigeführt wurden. Es wird aber ebenso angenommen, daß sie auch ethisch handelnde Personen waren, die in ihrem Umgang mit realen Patienten Objektivität und ein gewisses Maß an Freiheit in der Art der Beschreibung zur Geltung kommen ließen. Freilich wollen auch die heutigen Psychiater diese Einstellung gerne als die von ihnen vertretene und praktizierte verstanden wissen. Aus all diesen Gründen können die Werke der angesprochenen Protagonisten als wissenschaftliche Dokumente betrachtet werden.

Grundlegende Konzeptveränderungen im 19. Jh.

Darstellungsprinzipien des Beitrags

³ Siehe dazu das Sonderheft „Psychosen“ von *History of Psychiatry* (März 1996).

3 Entwicklung der deskriptiven Psychopathologie

3.1 Definitionen

Deskriptive Psychopathologie als syntaktisches und kognitives System

Deskriptive Psychopathologie wird hier als „Sprache“ verstanden, die eine Syntax, ein Lexikon und Anwendungsregeln umfaßt (Berrios 1996). Weil die deskriptive Psychopathologie Ordnung in einen Kosmos komplexer Verhaltensformen bringt, stellt sie auch ein „kognitives System“ dar. Man erwartet von ihr, daß sie für jeden Terminus, der sich angeblich auf genau einen abgegrenzten Ausschnitt menschlichen Verhaltens, auf genau ein „Symptom“, bezieht, Regeln vorgibt. Diese müssen die Entscheidung ermöglichen, ob ein bestimmter Sachverhalt nun vorliegt, ein bestimmtes „Symptom“ vorhanden ist, oder nicht (Berrios u. Chen 1993). Symptome, verstanden als Hinweise oder charakteristische Merkmale, werden durch vorgegebene Entscheidungsfindungsprozesse definiert, die wiederum durch die Signalerkennungstheorie (Macmillan u. Creelman 1991) in fruchtbarer Weise zu analysieren sind. Grundlegend ist hier die Annahme, Symptome entstünden gewissermaßen durch das „Aufbrechen“ der Gesamtheit verrückten Verhaltens in einzelne Fragmente. Freilich mögen die Dinge sehr wohl wesentlich komplexer sein.⁴

Konsensorientierte Symptombestimmung

In der Konsequenz unterscheiden sich die Beobachter in der Art und Weise, in der sie die genannte Aufgabe in Angriff nehmen: Tatsächlich benutzten, bevor die Bestimmung der Interraterreliabilität, also des κ -Wertes (Shrout et al. 1987), möglich war, die Psychiater des 19. Jh. bloßem Konsens entsprungene, also qualitative Regeln, um über das Vorhandensein eines Symptoms zu entscheiden. Beispiele sind das Berufen auf die höhere Instanz des „gesunden Menschenverstandes“, auf die „offensichtliche“ Natur bestimmter auffälliger Verhaltensweisen und gelegentlich auch auf die Intuition und den „klinischen Blick“. Wenn Hilfsmittel dieser Art versagten, was etwa vor Gericht, v.a. im Zusammenhang mit der Vorhersagbarkeit zielgerichteten Verhaltens, nicht allzu selten geschah (Smith 1979), konnte bei den wissenschaftlichen Bemühungen zur Symptomerkennung durchaus ein toter Punkt erreicht werden (Helmchen 1985).

3.2 Problemlage

Entstehungszeitraum psychopathologischer Klassifikationssysteme

Das Fehlen einer klar deskriptiv orientierten Psychopathologie ist ein charakteristisches Merkmal des psychiatrischen Diskurses vor dem 19. Jh. Bei aller literarischer Ausgestaltung im Detail wurden die früheren Anschauungen über den Wahnsinn oder über vergleichbare Begriffe wie etwa Demenz mittels „holistischer“ Kategorien ausgedrückt (Berrios 1987a,b). Eine Erklärung dafür mag sein, daß genaue psychopathologische Beschreibungen als unnötig oder gar störend empfunden wurden, da der Begriff „Wahnsinn“ damals eine andere soziale und rechtliche Funktion hatte (Beaugrand 1865). So wäre die Annahme einer Kontinuität zwischen verrücktem und normalem Verhalten, die von der deskriptiven

⁴ Über die Formation von Symptomen orientieren Berrios et al. (1995).

Psychopathologie häufig gemacht wird, ein Angriff auf das „Alles-oder-Nichts-Konzept“ der „vollständigen Verrücktheit“ gewesen, das vor dem 19. Jh. eine so große Bedeutung erlangt hatte. Außerdem gründeten psychiatrische Kategorien seit der griechischen Antike auf einer in Gegensatzpaaren organisierten Beschreibung des „offenen“, also unmittelbar beobachtbaren Verhaltens (Berrios 1987b) und der sozialen Kompetenz (Platt u. Diamond 1965). Dies wiederum ließ wenig Raum für Nuancierungen und Übergangsbereiche.

Die Entstehungsgeschichte der deskriptiven Psychopathologie umfaßt einen Zeitraum von etwa 100 Jahren. Dieser Prozeß begann in der 2. Dekade des 19. Jh. und endete kurz vor dem Ersten Weltkrieg. Seither hat sich die deskriptive Psychopathologie nur wenig verändert. Damit aber hängt der Erfolg aktueller klinischer und wissenschaftlicher Vorhaben – und zwar in nicht geringem Umfang – von der Qualität eines Begriffsapparates ab, der im 19. Jh. konstruiert wurde (Berrios 1983, 1985; Berrios et al. 1995). Nun wurde der psychiatrische Diskurs im 20. Jh. ohne Frage durch die Einführung von statistischen Techniken zur Absicherung der Entscheidungsfindung verfeinert. Es stellt sich jedoch nach wie vor die auf die historische Dimension angewiesene Frage, wie es die Nervenärzte des 19. Jh. bewerkstelligten, aus den Langzeitbeobachtungen zu meist institutionalisierter Patientenkohorten stabile Beschreibungen und Klassifikationen zu extrahieren? In diesem Kontext sollen nun 5 Themenkreise erörtert werden:

*Rahmenbedingungen der
Klassifikationsgenese*

1. auf die deskriptive Dokumentation bezogene und medizinrechtliche Verpflichtungen, denen ärztliche Amtspersonen in den psychiatrischen Anstalten des 19. Jh. zunehmend unterworfen wurden;
2. die Verfügbarkeit psychologischer Theorien;
3. die sich ändernde Bedeutung der Begriffe Zeichen und Symptom⁵ in der Medizin;
4. die Einführung einer auf das subjektive Moment gerichteten Symptomenlehre;
5. die Einführung der Zeitdimension in die Beschreibung abnormen Verhaltens.

3.3 Entstehung des Bedarfs an deskriptiver Psychopathologie

Im frühen 19. Jh. wurde es gleichzeitig in verschiedenen europäischen Ländern als notwendig empfunden, Anstalten für psychisch Kranke zu errichten (Walk 1964). Nachdem sie einmal gebaut waren, zeitigten diese Institutionen ganz eigene soziale und wissenschaftliche Folgen. Zunächst einmal führten sie zur Ansammlung psychisch Kranker in beengten räumlichen Verhältnissen. Überbelegung und mangelhafte medizinische Versorgung verursachten die Dezimierung der Population durch interkurrente Infekte und unterstrichen die Unverzichtbarkeit dauerhafter ärztlicher Präsenz. In Großbritannien wurde dies durch das Asylgesetz von 1828 sichergestellt (Jones 1972). Die Integration der praktischen Ärz-

*Auswirkungen der
Anstaltspsychiatrie*

⁵ Anmerkung des Übersetzers: englisch „sign and symptom“.

te in die psychiatrischen Anstalten löste weitere Veränderungen aus, war es doch für sie bereits übliche Praxis – und im übrigen auch rechtliche Verpflichtung –, den klinischen Verlauf sorgfältig zu beobachten und zu dokumentieren. Solange sich dies ausschließlich auf den körperlichen Zustand der Patienten bezog, gab es keine besonderen Schwierigkeiten. Im frühen 19. Jh. existierten nämlich schon anerkannte Methoden medizinischer Anamnese- und Befunderhebung (vgl. Lain Entralgo 1961).

Ganz anders sah es im Hinblick auf den psychopathologischen Befund aus. Die sorgfältige Durchsicht von Krankengeschichten über stationäre Behandlungen aus der Zeit vor 1840 zeigt eine Armut an Beschreibungen sowie ein völliges Fehlen von „Symptomlisten“. Die frühen Anstaltsärzte waren daher gezwungen zu improvisieren und Anleihen bei anderen Fächern zu tätigen. Ihre Tätigkeit gewann so wesentlichen Einfluß bei der Schaffung einer „Semiologie“ psychischer Störungen. Nach 1850 kam es aber zu einer Veränderung in der Qualität der deskriptiven Psychopathologie.

Terminologievereinheitlichung und Symptomdifferenzierung

Hier ist folgendes zu betonen: Obwohl man auch schon vor dem 19. Jh. gelegentlich Darstellungen von Geisteskrankheit findet, die durchaus gewandte Schilderungen des psychopathologischen Befundes beinhalten (etwa Battie 1758; Burton 1883; Diethelm u. Heffernan 1965; Hunter u. Macalpine 1963; MacDonald 1981), ist aus ihnen nie eine gemeinsame deskriptive Terminologie hervorgegangen, die von allen Ärzten angewandt worden wäre – und sie waren darauf auch gar nicht angelegt. Das Ergebnis der deskriptiven Bemühungen im 19. Jh. war ein vollständig anderes, nämlich eine allgemeine Sprachkonvention, deren wissenschaftstheoretische Grundlagen sowohl streng empirisch-analytische⁶ Elemente als auch metaphorische Ausgestaltungen enthielt. Symptome wurden nun zu voneinander unabhängigen Einheiten, wobei dasselbe Symptom bei verschiedenen Formen der Geisteskrankheit beobachtet werden konnte.

Theorieangewiesenheit

Die Schaffung einer solchen deskriptiven psychopathologischen Sprachkonvention hatte eine Veränderung in der Wahrnehmung von Geisteskrankheit zur Folge. Hier könnte man freilich einwenden, es sei genau umgekehrt gewesen (vgl. Foucault 1972b): Veränderungen in der Wahrnehmung von Geisteskrankheiten, etwa deren Medikalisierung, hätten zur Folge gehabt, sie als bloße Gehirnkrankheiten zu sehen, die sich in Gestalt bestimmter Zeichen und Symptome äußerten. Ganz allgemein mag dies tatsächlich so gewesen sein. Aber der hier entscheidende Gesichtspunkt ist, daß sich, sobald die alten monolithischen Konzepte von Verrücktheit einmal aufgebrochen worden waren, die semantische Interpretation auf einzelne Symptome und deren gruppenweises Auftreten konzentrierte. Damit verlor die allgemeine Semantik des „Wahnsinns“ ihre wissenschaftliche Bedeutung. Nun waren Veränderungen der medizinischen „Semiologie“ für diesen Prozeß zweifellos von Wichtigkeit, die

⁶ Anmerkung des Übersetzers: Der englische Begriff „analytical“ wird in diesem Beitrag in seiner wissenschaftstheoretischen Bedeutung benutzt. Er zielt auf ein empirisch orientiertes, messendes, zergliederndes Vorgehen ab und darf, was im Deutschen eher möglich ist als im Englischen, nicht mit „psychoanalytisch“ verwechselt werden. Ist hingegen „psychoanalytisch“ gemeint, so wird im Original und in der Übersetzung auch nur dieser Begriff benutzt.

Conditio sine qua non war aber die Verfügbarkeit psychologischer Theorien, deren Begriffe zur Erfassung charakteristischer Verhaltensmerkmale tauglich waren.

3.4 Psychologische Theorien

Die deskriptive Psychopathologie begann sich in der 2. Dekade des 19. Jh. in Frankreich zu entwickeln. Die entsprechend spezialisierten Lehrbücher gingen dazu über, anschauliche Fallgeschichten darzustellen und nahmen Kapitel über „Elementarsymptome“ auf. Das ist der Hauptunterschied zwischen den früheren Werken von Pargeter, Arnold, Crichton, Haslam, Rush, Heinroth oder Pinel, die vorwiegend einer ganzheitlichen oder taxonomischen Sichtweise verpflichtet waren, und solchen, die nach 1830 etwa von Prichard (1835), von Feuchtersleben (1847), Bucknill u. Tuke (1858), Falret (1864), Griesinger (1867), Krafft-Ebing (1893), Séglas (1895) oder Chaslin (1912) veröffentlicht wurden.

Fallbeschreibungen

Melancholie, Manie, Phrenesie, Delir, Paranoia, Lethargie, Carus und Demenz waren wesentliche, auf das 19. Jh. übergegangene diagnostische Kategorien. Bis zur Mitte des 19. Jh. wurden diese klinisch relevanten Begriffe aber aufgebrochen (Ey 1952; Berrios 1977). Die Rekombination ihrer Fragmente, also der neu entstandenen psychopathologischen Symptome, schuf ebenfalls neue klinische Einheiten, von denen viele bis zum heutigen Tag erhalten geblieben sind. Das Delir war eine der wenigen alten Kategorien, die diesen Prozeß unbeschadet überstanden. Carus, Phrenesie und Katalepsie hatten kein so glückliches Schicksal und verschwanden völlig. Viele alte Begriffe überlebten zwar, wurden aber ihrer früheren Inhalte beraubt und mit ganz neuen versehen, etwa Melancholie und Manie (Berrios 1988a,b). Die Fraktionierung überkommener klinischer Kategorien von Geisteskrankheit spielte sich entlang der Spaltlinien ab, die sich im Gefolge der Vermögenspsychologie und, weniger offenkundig, der Assoziationslehre mit ihrer Schablonierung des Seelischen gebildet hatten.

Rekombination fragmentierter traditioneller Kategorien

3.4.1 Vermögenspsychologie

Die Vermögenspsychologie, eine sehr traditionsreiche und in Abständen immer wieder neu interpretierte Art, die Struktur seelischer Vorgänge zu betrachten (Blakey 1850), erlebte gegen Ende des 18. Jh. eine weitere Blütezeit. Tatsächlich wird die frühe Entwicklungsphase der deskriptiven Psychopathologie in Frankreich zumindest teilweise dadurch nachvollziehbar, daß sich die dortigen Psychiater, die eine Antwort auf die Assoziationslehre finden mußten, für eine Variante der Vermögenspsychologie entschieden (z. B. Damiron 1828; Dwelshauvers 1920; Ravaissou 1885). Beeinflusst von der schottischen Philosophie des „Common Sense“ (Boutroux 1908; Grave 1960), akzeptierten führende philosophische Kreise in Frankreich, v. a. Maine de Biran (Drevet 1968; Moore 1970), Royer-Collard (Swain 1978), Cousin, Jouffrey und Garnier, eine „funktionalistische“ Betrachtung des Seelischen. Dies förderte eine Umorientierung weg von dem bis dahin vorherrschenden Sensualismus Condillacs hin zu

Funktionalistische Betrachtung des Seelischen

einer neuen essentialistischen Position, die stark an die von Biran beschriebene „innere Erfahrung“ erinnerte (Royer-Collard 1843; Losserand 1967).

Vermögenspsychologische Ursprünge der Phrenologie

Einer der theoretischen Entwürfe des 19. Jh., die von der Vermögenspsychologie angeregt worden waren, war die Phrenologie (Lanteri Laura 1970). Oft wird verkannt, daß die konzeptionelle Grundlage der von Spurzheim später als „Phrenologie“ bezeichneten „Kroneologie“ geradezu eine ins Anatomische gewendete Form der Vermögenspsychologie war. Durch die Einführung überdauernder psychologischer Merkmalsprofile ermöglichte der phrenologische Ansatz eine typologische Charaktertheorie – später sprach man von „Persönlichkeit“ (Spoerl 1936). Diese Profile waren aber de facto nichts anderes als die Ansammlung verschiedener „Seelenvermögen“. So blieb die Vermögenspsychologie, lange nachdem die Phrenologie verlassen worden war, eine konzeptionelle Matrix für die im 19. und 20. Jh. vertretenen Auffassungen zur psychiatrischen Taxonomie und Lokalisation (Young 1970; Clarke u. Jacyna 1987; Radden 1997).

3.4.2 Kants Fassung der Vermögenspsychologie und das 19. Jh.

Kants dreiarmige Theorie des Geistes entstand nahezu gleichzeitig mit derjenigen der schottischen Philosophen (Hilgard 1980; Radden 1996). Beeinflusst war er von Wolff, dessen Lehre ihm von Knutzen, seinem Königsberger Lehrer, nahegebracht worden war, und von Tetens, dessen Variante des trichotomen Ansatzes er folgen sollte (Windelband 1948). Kant wandte sich scharf gegen den „dogmatischen Rationalismus“ seiner Lehrer (Brett 1953). In Übereinstimmung mit der Position Baumgartens (Buchner 1987) stellte für Kant der Affekt – und dessen ganzes semantische Umfeld – ein unabhängiges Seelenvermögen dar. In der *Kritik der Urteilskraft* (1790) vertrat Kant nämlich den Standpunkt, daß die „drei Seelenvermögen irreduzibel sind und nicht aus einer gemeinsamen Wurzel abgeleitet werden können“. Und er ging davon aus, daß die Affekte bei der Entstehung von Seelenkrankheiten eine wesentliche Rolle spielten (Krankheiten des Gemüts) (Kant 1798). Wie Mora (1975) bemerkte, „gelangte Kant gegen Ende des 18. Jh. zu der Überzeugung, seelische Krankheit sei Ausdruck einer Form von Schwäche der Seelenvermögen, was seiner zustimmenden Haltung zur Vermögenspsychologie voll entsprach.“

Affekt- und Gemütskrankheiten

Unterschiedliche Arten von Wahnvorstellungen

Außer in seiner „Anthropologie“ kommen in einem weiteren, auf das Jahr 1764 zurückgehenden Frühwerk Kants einige seiner Vorstellungen von seelischer Krankheit zum Ausdruck (vgl. Jalley et al. 1977). Unter dem Einfluß von Locke unterschied Kant in dieser Arbeit zwischen solchen Wahnvorstellungen, die aus einer gestörten Wahrnehmung, und solchen, die aus gestörtem Denken resultierten, und postulierte eine Trennung von Wahrnehmungs- und Denkfunktionen. Beeinträchtigungen der ersteren nannte er „Halluzination“, der letzteren „Wahnvorstellung“: „Insoweit [bei den Halluzinationen] ist das Denkvermögen nicht beteiligt, zumindest nicht notwendigerweise, und der Fehler liegt auf der empirischen Ebene ... Im Gegensatz dazu sind bei gestörtem Denken die

aus der Sinneswahrnehmung gezogenen Schlüsse falsch; die erste Stufe dieser Art von Störung wird ‚Wahnvorstellung‘ genannt“ (Jalley et al. 1977, S. 225). Sauri (1969) bemerkte, daß es das „idealtypische Schema“ der verschiedenen Seelenvermögen war, welches es Kant erlaubte, wahnhaftes Denken nicht länger nach seinen jeweiligen Inhalten zu klassifizieren, sondern es als Ausdruck gestörter intellektueller Funktionen aufzufassen.

Über den Einfluß Kants auf das psychiatrische Denken ist wenig geschrieben worden (Leary 1982). Leibbrand u. Wettley (1961) hoben den Umstand hervor, daß Kants Beitrag ein theoretischer war und sich überdies auf keinerlei unmittelbare Kenntnis klinischer Erscheinungsbilder stützen konnte. Nichtsdestotrotz gibt es aber Belege für einen anhaltenden Einfluß Kantischer Positionen auf die Psychiatrie des 19. Jh.: Magnan u. Serieux (1911) beriefen sich auf ihn als „Vorläufer“ ihres Begriffes „*délire chronique a evolution systematique*“ (ebd., S. 607). Auch Jaspers war von Kant beeinflusst (Kauffmann 1957; Stierlin 1974; Walker 1988; Berrios 1992a): „Kant wurde für mich und blieb für mich der Philosoph schlechthin“ (Kauffmann 1957, S. 407). Andererseits räumte Jaspers (1957) in seiner Autobiographie ein, daß er während der Universitätsausbildung den deutschen Philosophen „schwer verständlich“ fand. In diese Richtung weist auch der Umstand, daß Kant in der *Allgemeinen Psychopathologie* nur einmal Erwähnung findet, nämlich bei der Erörterung der Funktion, die dem Psychiater bei der Beurteilung der Schuldfähigkeit von Straftätern zukommt. Die Kantische Sicht ist nicht ohne Kritiker geblieben. So etwa äußerte sich Merani (1976) aus marxistischer Perspektive zu dessen Überbetonung des Deskriptiven und Ablehnung experimenteller Methoden.

Kants Wirkungsgeschichte

3.5 Assoziationslehre

3.5.1 Assoziationslehre vor dem 19. Jh.

Das atomistische Modell der Assoziationslehre war die erkenntnistheoretische Grundlage der wissenschaftlichen Entwicklung im 17. und 18. Jh. (Schofield 1970; Hoeldtke 1967). Der Begriff der „einfachen Vorstellung“, psychologisches Gegenstück des Newtonschen „Atoms“, wurde von Locke (1959) als „analytische Einheit“⁷ verwendet. Sie bildete die Basis der „Assoziationsgesetze“, ein algebraähnliches Regelwerk, mit dessen Mitteln, so der Kerngedanke, der Geist aus einfachen Sinneswahrnehmungen die Welt rekonstruiert. Dieser Ansatz fand natürlich in der seelischen Funktion der Wahrnehmung sein ideales Modell. Später kam es zu einer Bevorzugung ganz bestimmter Funktionen, etwa des Denkens, zuungunsten anderer, etwa der Gefühle (Berrios 1985c; Gardiner et al. 1937).

Assoziationsgesetze

Diese Einengung auf das kognitive Moment wurde im frühen 19. Jh. zunehmend kritisiert. Ein Beispiel: Bei der Beschreibung von Krankheits-

Kritik der kognitiven Einengung

⁷ Anmerkung des Übersetzers: Zum Gebrauch des Begriffs „analytisch“ vgl. Fußnote 6, S. 10.

fällen, deren „Symptome einer gestörten Willensfunktion unter Zugrundelegung der Maniedefinitionen von Locke und Condillac rätselhaft erschienen“ (ebd., S. 102), sah sich Pinel (1809) zu der Bemerkung veranlaßt, man könne „durchaus die Schriften Lockes bewundern und sich zugleich darauf verständigen, daß seine Auffassungen über die Manie insoweit unvollständig sind, als für ihn dieses Krankheitsbild stets mit einer Wahnvorstellung einhergehen mußte. ... Ich hatte genauso gedacht, bis ich meine Untersuchungen in Bicêtre begann. Und ich war nicht wenig überrascht, viele Maniker vorzufinden, die zu keinem Zeitpunkt ihrer Erkrankung irgendeine Beeinträchtigung ihres Denkvermögens aufwiesen, wohl aber unter der Kontrolle einer gleichsam instinktartigen Erregung standen, als wären alleine die affektiven Seelenvermögen gestört“ (Pinel 1809, S. 156).

3.5.2 Assoziationslehre im 19. Jh.

Bei all ihrem Einfluß war die Assoziationslehre vor dem 19. Jh. doch mehr erkenntnistheoretisch denn psychologisch ausgerichtet. Demgegenüber markierten die Bücher von Brown (1828) und Mill (1829) Wendepunkte in der inhaltlichen Schwerpunktsetzung: Trotz einer weiterhin unverkennbaren Neigung zu philosophischen Argumentationen stellten diese Werke auch Versuche dar, konkretes Verhalten zu erklären. John Stuart Mill (Warren 1921) und Alexander Bain (1859) (Greenway 1973) setzten diese Entwicklung fort.

Psychologisierung der Assoziationslehre in Frankreich

Eine ähnliche Situation herrschte in Frankreich vor, wo sich die Assoziationslehre im frühen 19. Jh. der Vermögenspsychologie und den aus Schottland übernommenen antianalytischen Ansätzen gegenüberstand. Die Assoziationslehre Condillacs und Bonnets war schwerpunktmäßig erkenntnistheoretisch ausgerichtet. Die Weiterentwicklung ihrer psychologischen Anteile mußte bis zu den Schriften Destutt de Tracy und der „Ideologen“ warten (Destutt de Tracy 1818; Mora 1981). Nachdem sie aber auf diese Weise „psychologisiert“ worden war, geriet die Assoziationslehre in Konflikt mit der Vermögenspsychologie, deren unmittelbarer psychologischer Nutzen, etwa im Bereich der Phrenologie und der Klassifikation von Geisteskrankheiten, von Anfang an auf der Hand gelegen hatte. Ein Beispiel stellt Esquirols Werk von 1838 dar, das von seinem Lehrer Laromiguière (1820) angeregt worden war.

Zergliedernd-analytische Tradition in Deutschland

Gleiches geschah in Deutschland (Ribot 1885). An Herbarts Werk (1884) wird dies besonders deutlich, hob es doch erzieherische und psychologische Momente hervor (Boring 1950; Watson 1963; Fritzsche 1932). Seine Ansichten wiederum beeinflussten Griesinger (Ackerknecht 1985; Wahrig-Schmidt 1985; Verwey 1985), und durch dessen Vermittlung wurde die zergliedernd-analytische Tradition an Krafft-Ebing, Meynert und Wernicke weitergegeben. So etwa kam sie in Wernickes „konnektionistischer“ Aphasielehre zum Ausdruck. Die deutschen Psychiater hatten sich sowohl mit Fechners Theorie der Korrelation zwischen Stimulus und Wahrnehmungsintensität auseinanderzusetzen als auch mit den zugrundeliegenden metaphysischen Aspekten der Leib-Seele-Frage (Marshall 1982). Sie versuchten in der 2. Hälfte des 19. Jh., objektive und experi-

mentell abgesicherte Beschreibungen zumindest einiger Symptome von Geisteskrankheit zu etablieren. Kraepelin (1896, 1983), ein Schüler Wundts und Anhänger von dessen besonderer Lesart der Assoziationslehre, leitete diese Tradition in das 20. Jh. über.

Die meisten Psychiater akzeptierten den auf analytische Zergliederung ausgerichteten wissenschaftstheoretischen Tenor der Assoziationslehre. Sie waren bereit, die tragende Idee getrennt zu untersuchender Grundeinheiten auf die Erforschung von Verhalten und Erfahrung anzuwenden. Symptome wie etwa Zwänge, Wahnvorstellungen und Halluzinationen wurden so zu den nicht weiter teilbaren Grundelementen der Geisteskrankheit (Berrios 1996). Diese Tendenz festigte sich im Werk Chaslins (1912, 1914) und Jaspers' (1913). Die Taxonomie hingegen ruhte immer noch auf vermögenspsychologischer Grundlage, was zu Spannungen in der weiteren Entwicklung der deskriptiven Psychopathologie führen sollte.

*Assoziationslehre
vs. Taxonomie*

3.6 Äußerliche Krankheitsmerkmale

Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß die psychiatrische Semiologie aus Beobachtungen an psychiatrischen Anstaltspatienten erwuchs, die allesamt unter schweren funktionellen oder organisch begründbaren Psychosen litten. Im 19. Jh. lagen ja die „Neurosen“ noch nicht im Zuständigkeitsbereich der Psychiater (López Piñero 1983; Drinka 1984). Daher trugen ihre „Symptome“ und sonstigen klinischen Charakteristika wenig zur psychiatrischen Semiologie bei. Auch gibt es Belege dafür, daß die Erfassung psychotischer Symptomatik am Vorbild des Delirs ausgerichtet wurde (Calmette 1874; Roubinovitch 1896; Berrios 1981a).

*Anschaubereiche
psychiatrischer Semiologie*

Der Begriff „Zeichen“⁸ ist nicht frei von Doppeldeutigkeit (Martinet 1973; Land 1974; Malberg 1977; Manetti 1993), v.a. in der Medizin (King 1968; Barthes 1972) und der Psychopathologie. Er verweist manchmal sehr direkt auf eine zugrundeliegende Funktionsstörung, genauso wie Rauch auf Feuer verweist (Beispiel: Orientierungsstörung) (Berrios 1982a) – dies ist analog dem Pierceschen Begriff „Index“. In anderen Fällen wiederum „bezeichnet“ er eine Verhaltensweise (Beispiel: manipulatives Verhalten) – Pierce sprach hier von „Symbolen“. Es ist plausibel, daß „Indizes“ mit höherer Wahrscheinlichkeit Ausdruck einer spezifischen neurobiologischen Funktionsstörung sind als „Symbole“.

Begriff „Zeichen“

3.6.1 Vorannahmen und Begriffe

Da sich die deskriptive Psychopathologie seit dem 19. Jh. wenig verändert hat, sollte eine historische Analyse ihrer begrifflichen Grundlagen verstehen helfen, warum einige der von ihr hervorgebrachten Symptombeschreibungen (etwa Wahnvorstellungen, Halluzinationen etc.) so aus-

Begriffsanalyse

⁸ Anmerkung des Übersetzers: englisch „sign“.

geprägt und dauerhaft wirksam geblieben sind. In diesem Abschnitt werden folgende Themenkreise angesprochen:

- „Form und Inhalt“ von Symptomen,
- quantifizierende Beschreibung und ihre Bedeutung,
- ikonographische Repräsentationen seelischer Störungen,
- die Beziehung zwischen seelischer Erkrankung und „Zeit“ und
- die Einbettung subjektiver Informationsquellen in den Prozeß der wissenschaftlichen Erfassung einer seelischen Störung.

3.6.2 Form und Inhalt

Trennung von Form und Inhalt

Die Unterscheidung zwischen „Form“ und „Inhalt“ eines Symptoms ist einer der Beiträge der deskriptiven Psychopathologie des 19. Jh., die bis heute Bestand haben. Der aristotelische „Eidos“ meint das Wesen oder den allgemeinen Charakter von Gegenständen und stellt einen Ursprung des heutigen Formbegriffes dar (Emerton 1984; Ferrater Mora 1958). Mit einigen Änderungen hielt sich der aristotelische Begriff der Form bis weit in das 17. Jh. hinein, als Bacon die Auffassung vertrat, „Form“ könne einfach als Synonym für „Figur“ betrachtet werden (vgl. Bacon 1858, Buch II, § 17, S. 474). Im Gegenzug dazu vertrat Kant die Position, daß die Sinnesmodalität, in der die jeweilige Wahrnehmung stattfindet, als ihre „Form“ bezeichnet werden sollte, und zwar unter Einbeziehung des umgebenden kognitiven Netzwerkes (Abbagnano 1961).

Die deskriptiven Psychopathologen des 19. Jh. und auch noch Jaspers zu Beginn des 20. Jh. folgten der Kantischen Definition: „[Die] Form ist zu unterscheiden von dem jeweils wechselnden Inhalt, z.B. der Tatbestand der Trugwahrnehmung von dem, ob ihr Inhalt ein Mensch, ein Baum, bedrohende Gestalten oder ruhige Landschaften sind. Wahrnehmungen, Vorstellungen, Urteilsakte, Gefühle, Triebe, Ichbewußtsein sind Formen seelischer Phänomene; sie bezeichnen die Daseinsweise, in der uns Inhalte gegenwärtig sind. Bei der Beschreibung des konkreten seelischen Lebens zwar ist uns die Erfassung der bestimmten Inhalte, die einzelne Menschen haben, unerlässlich, phänomenologisch aber interessieren uns Formen“ (Jaspers 1946, S. 50). Eine ausgezeichnete Diskussion des Themas „Form und Inhalt“ bei Jaspers hat Walker (1993) veröffentlicht.

Form als konstante Struktur

Bis heute meint der Begriff „Form“ Strukturen, die als Garanten der Symptomstabilität fungieren. Er zielt also auf „Konstanzelemente“ ab, die es ermöglichen, seelische Symptome zeitlich und räumlich erkennbar zu machen. Der Begriff der „Form“ ist in der somatischen Medizin leichter zu verstehen. Farbe, Klang, Oberfläche, Festigkeit, Geruch und Temperatur sind die natürlichen Medien, über die sich die „Form“ ausdrücken und als stabil erweisen kann (Lain Entralgo 1982). Angeregt durch die konzeptionellen Gegebenheiten in der somatischen Medizin haben auch die Psychiater erwartet, Zeichen von geistiger Krankheit identifizieren zu können, die stabil, öffentlich zugänglich und beobachtbar sind. Auf dem Wege dorthin verschrieben sie sich der wissenschaftstheoretischen Konzeption „natürlicher Arten“ (Mill 1898; Markman 1994): Nach dieser Auffassung liegt die Trennungslinie zwischen dem ei-

nen und dem anderen Symptom, seien sie nun seelischer Natur oder nicht, in der Sache selbst. Die Folge war ein rückläufiges Interesse an den „Inhalten“: Symptome wurden zu bloßen Signalen einer Hirnkrankheit. Die Vernachlässigung der semantischen Aspekte von Symptomen behinderte die Entwicklung umfassender Modellvorstellungen. Am Ende dieses Prozesses sollte gegen Ende des Jahrhunderts eine Theorie entstehen, die sich ausschließlich und mit aller Macht um die „Inhalte“ kümmerte (Ellenberger 1970).

*Vernachlässigung
des Inhalts*

In der klinischen Praxis hingegen hat man die „Inhalte“ der Symptome nie derartig stark unterbewertet. Die Psychiater bedienten sich ihrer sehr wohl, etwa um zwischen der seelischen Erkrankung einer Person und deren Vorgeschichte ätiologische Verknüpfungen herzustellen. Denn schon in der 2. Hälfte des Jahrhunderts, noch bevor sich Janet oder Freud mit ihren wissenschaftlichen Überzeugungen zu Wort gemeldet hatten, war die Verbindung zwischen dem Inhalt von Symptomen und der Vorgeschichte des Patienten im Sinne einer Ursache-Wirkung-Beziehung verstanden worden. So etwa ging man davon aus, daß der Inhalt eines Wahns oder einer Halluzination oder auch die Form einer hysterischen Konversion etwas aussagen können über die Umstände, in denen das Symptom erstmalig auftrat (z.B. seelisches Trauma, finanzieller Verlust, Infektion) (Bucknill u. Tuke 1858).

*Symptominhalt
und Ätiologie*

Diese vermeintlichen Ursache-Wirkung-Beziehungen fungierten als anerkannte „psychologische“ Erklärungen 2. Ordnung (Billod 1986; Dagonet 1881; Despine 1876). Ihre Allgegenwärtigkeit in der psychiatrischen Praxis des 19. Jh. relativiert auch die Auffassung, zu dieser Zeit hätten die Psychiater ausschließlich „somatische“ Ätiologien in Betracht gezogen (vgl. Jacyna 1982). Es überrascht nicht, daß die genannten psychologischen Annahmen recht gut zu populärwissenschaftlichen Meinungen paßten. Als die Neurosen, insbesondere die Hysterie, in den Zuständigkeitsbereich des Psychiaters gelangten, was erst gegen Ende des Jahrhunderts geschah, stellte man fest, daß der Inhalt eines Krankheitsmerkmals eine ganze Menge über die Umstände seiner Entstehung mitzuteilen imstande war, etwa im Sinne von Charcots „Idee“, die sich selbst im Symptom ausdrückt (Charcot 1971; Owen 1971; Bannour 1992).

*Psychologische
Erklärungen 2. Ordnung*

Die Betonung der „Form“ änderte auch die Art wissenschaftlicher Erklärungen: z.B. steigerte die „Form“ einer Halluzination den Informationswert der Sinnesmodalität, in der sie auftrat, und dies wiederum erlaubte den Rückschluß auf eine bestimmte Hirnlokalisation (Tamburini 1981).

3.7 Numerische Repräsentation und Messung

Die systematische mathematische Erfassung der Natur begann im Europa des 17. Jh. (Dijksterhuis 1961). Das „Newtonsche Paradigma“ beeinflusste das psychologische Denken dieser Zeit allerdings nur wenig, was etwa daran abzulesen ist, daß sowohl die Cartesianische als auch die Lockesche Psychologie übereinstimmend die Auffassung vertraten, numerische Beschreibungen seien auf menschliches Verhalten nicht anzuwenden (Moravia 1983).

Psychometrie als Postulat

Christian von Wolff verhalf dem wissenschaftlichen Standpunkt zur Anerkennung, „Psychometrie“, also die Messung seelischer Vorgänge, sei durchführbar und wünschenswert. Bei der Erläuterung der Möglichkeiten, die Stärke von Lust- und Unlustgefühlen festzustellen, hielt er in einer Fußnote fest: „Diese Theoreme gehören zur ‚Psychometrie‘, die mathematisches Wissen über das menschliche Seelenleben vermittelt und weiterhin ein Forschungsdesiderat darstellt“ (Ramul 1960). Zu den Autoren des 18. Jh., die das konzeptionelle Terrain für den Gedanken der psychologischen Messung vorbereitet haben, werden Ramsay, Baumgarten, Crusius, de Maupertius, Buck, Mendelssohn, Ploucquet und andere gerechnet. Niemand von ihnen scheint jedoch tatsächlich experimentelle Studien durchgeführt zu haben.

Numerische Deskription

Der Weg in Richtung numerische Deskription, ursprünglich von Wolff initiiert – und von Kant und Comte bekämpft –, wurde von Herbart weiter beschritten. Er regte die Entwicklung einer „Statistik der Seele“ an (Ribot 1985). Dieser konzeptionelle Wandel wirkte bahrend für das wissenschaftliche Werk Müllers und DuBois Reymonds (Rothschuh 1973). Die Instrumente wiederum, die sie entwickelten (Sokal et al. 1976), waren wegbereitend für die Ideen Webers und Fechners.

Statistik in der allgemeinen Medizin

Die Einführung des Quantifizierungsparadigmas in die allgemeine Medizin geschah auf anderen Wegen (Underwood 1951; Shryock 1961; Murphy 1981; Matthews 1995). Das Umgehen mit numerischen Datensätzen war Epidemiologen und Verwaltungsbeamten bereits vor dem 19. Jh. geläufig, etwa im Sinne der Todesursachenstatistik. Hingegen waren inferenzstatistische Interpretationen selten (Perrot u. Woolff 1984). Im Verlaufe des 19. Jh. wurde die statistische Datenanalyse, basierend auf der Wahrscheinlichkeitstheorie (Hilts 1981; Porter 1986; Pearson 1978), ernsthaft in Angriff genommen (Esquirol 1838). Ganz deutlich ist dies in den Arbeiten von Gavaret (Wulff et al. 1986), Louis (Ackerknecht 1967), Radicke (1861), Renaudin (1856)⁹ und Esquirol (1838), der auch inferenzstatistische Angaben benutzte.

Verzögerte Quantifizierung in der Psychopathologie

Um die Mitte des Jahrhunderts breitete sich das Modell quantifizierender Beschreibung langsam auf andere Gebiete der Psychopathologie aus (Parchappe 1856). Es gibt kaum historische Belege für die Annahme, daß vor 1850 ernstzunehmende Anstrengungen zur Messung von Persönlichkeitstzügen unternommen wurden (Boring 1961; Zupan 1976; Bondy 1974).¹⁰ Dieser Sachverhalt ist insoweit überraschend, als die Ideen Galls und Spurzheims der Psychologie ja eine Konzeption zur Verfügung gestellt hatten, die individuelle Unterschiede als der Quantifizierung zugänglich betrachtete, und darüber hinaus die Phrenologie sich bemüht hatte, Korrelationen herzustellen zwischen anatomischen und psychologischen Befunden (Lanteri Laura 1970). Nach 1840 erstarkte in Europa die Opposition gegen die Phrenologie (Cantor 1975; Couter 1976). Dies

⁹ In dieser Veröffentlichung berichtete Renaudin über die positive Einschätzung der Rolle der Statistik, wie sie auf dem Statistik-Symposium in Paris 1856 zum Ausdruck gekommen war.

¹⁰ Ein klassisches Beispiel der Anwendung mathematischer und statistischer Argumente in der Gedächtnisforschung stellt die Veröffentlichung von Ebbinghaus (1885) dar.

könnte Psychiater, zumindest in der Öffentlichkeit, davon abgehalten haben, Galls durchaus interessante „modulare“ Theorie des Geistes zu unterstützen (Fodor 1983; Shallice 1988).

3.8 Psychopathologische Erfassung nonverbalen Verhaltens

Die großen diagnostischen Kategorien der Vergangenheit – Manie, Melancholie, Phrenesie, Lethargie, Katalepsie – fußten auf der Beobachtung dessen, was das Individuum tat, wie es aussah und was es dachte, aber nicht so sehr darauf, was es „fühlte“. Dies verhält sich insbesondere so im Hinblick auf die Manie und die Melancholie (Berrios 1988a,b). Die Vorstellung, bei diesen beiden Begriffen handele es sich um Vorläufer der jetzt in Gebrauch befindlichen klinischen Kategorien gleichen Namens, ist falsch. Für die Zeit vor dem 19. Jh. gibt es kaum historische Hinweise dafür, daß „gehobene Stimmung“ oder „Traurigkeit“, also eine krankhafte Auslenkung des Affektes, die zentralen „Kriterien“ für die medizinische Definition von Manie und Melancholie darstellten (Couchoud 1913; Heiberg 1927; Drabkin 1955; Flashar 1966; Siegel 1973; Simon 1978).¹¹ Aus dem Umstand, daß der Begriff „Melancholie“ in der schönggeistigen Literatur zumeist mit der Konnotation „schlechte Stimmungslage“ (Babb 1951) verbunden ist, folgt keineswegs, daß auch seine medizinische Bedeutung gleich geblieben ist.

*Verhalten als
Primärobjekt
psychopathologischer
Deskription*

Es waren vermutlich die Griechen, die erstmals unmittelbar beobachtbares Verhalten zum Gegenstand psychopathologischer Deskription machten (Simon 1978; Roccatagliata 1973). Die Gliederung der Symptome war dabei von ihrer Vorstellung davon beeinflusst, wie denn harmonisches Verhalten aussähe. Die so geschaffenen Kategorien wurden zu den archetypischen Formen von Geisteskrankheit, die ohne große Veränderung bis weit in das 18. Jh. hinein ihre Bedeutung behielten. In diesem Zeitraum erneuerte sich das Interesse an der Beschreibung beobachtbaren Verhaltens (Bühler 1968), insbesondere in bezug auf die Untersuchung der Mimik beim Gesunden. Die Rede ist von derjenigen wissenschaftlichen Disziplin, die als Physiognomie bekannt wurde (Lavater 1891; Mantegazza 1878; Caro Baroja 1988). Im späten 18. Jh. versuchte Parsons (1747), Korrelationen zwischen Emotionen und Ausdrucksbewegungen festzuschreiben. Die Anwendung dieser Techniken auf krankhafte Zustände führte später gleichsam zu einer Ikonographie der Geisteskrankheit. Dies wiederum beeinflusste die Art, wie der seelisch Kranke wahrgenommen wurde (Gilman 1982). So etwa hielt man eine übertriebene oder verzerrte Mimik für einen Indikator der Intensität der darunter liegenden Störung.

Historische Entwicklung

Physiognomie

Im Verlauf des 19. Jh. trat ein Wandel in der Beschreibung psychotisch erkrankter Personen ein. Die althergebrachten Stereotypen von Hogart und Tardieu wichen einem „realistischeren“ Ansatz, was v.a. nach 1839 durch die Erfindung der Daguerreotypie ermöglicht wurde. Verzerrungen ergaben sich dabei allerdings hinsichtlich der fotografischen Mate-

*Daguerreotypie und
Beschreibungswandel*

¹¹ Zur Erläuterung des Standpunktes, der Begriff „Melancholie“ habe seit der Antike seine Bedeutung mehr oder weniger beibehalten, vgl. Jackson (1986).

rialien, die für die Nachwelt aufbewahrt wurden, insoweit, als die erforderlichen langen Belichtungszeiten zum Einsatz dieser Technik vorwiegend bei „statischen“ Zuständen führten, im psychiatrischen Zusammenhang also etwa beim Stupor.

Trennung von innerem Zustand und Ausdrucksbewegung

Auch stieß die Auffassung, es gäbe eine 1:1-Korrelation zwischen inneren Zuständen und Ausdrucksbewegungen, auf immer weniger Akzeptanz. Vielmehr hielt man beide Faktoren für trennbar und gelangte folgerichtig zu der Überzeugung, Geisteskrankheit könne verborgen oder simuliert werden. Morison, Laurent und der große Pierret entwickelten in der 2. Hälfte des Jahrhunderts eine komplexe Theorie der „Mimie“ und der „Paramimie“ (Regis 1906). Darwins (1904) diesbezügliches Interesse ist ebenfalls gut bekannt (Browne 1985).

3.9 Krankheit und Zeitdimension

Bis zum frühen 19. Jh. waren Beschreibungen des Wahnsinns im wörtlichen Sinne zeitlos gewesen. Die Identifizierung von Symptomen in der Querschnittsbetrachtung reichte für die Diagnosestellung aus (Arnold 1806).

Statische Betrachtung

Dies war Folge der auf ontologischen Vorannahmen fußenden Überzeugung, Geisteskrankheit sei ein irreversibler Prozeß. Ein solcher Standpunkt war der Reflex einer vergleichbaren Begrifflichkeit auf dem Gebiet körperlicher Krankheit. In bezug auf diese Periode schrieb Charcot (1881): „Krankheit betrachtete man früher als vom Organismus unabhängig, als eine Art Parasit, der sich dem Körper anschließt“ (ebd., S. 4). „Krankheit“ unterlag daher aus dieser Sicht nicht der zeitlichen und räumlichen Begrenztheit des Körpers.¹² Die Tatsache, daß seelisch kranke Personen gelegentlich „normales Verhalten“ zeigten, welches dann als „luzides Intervall“ bezeichnet wurde, verstand man nicht als der Theorie zuwiderlaufende Erfahrung, da ja die Patienten „ihre Störung unterdrücken“ konnten (Haslam 1809).

Langzeitbeobachtung und Verzeitlichung

Die Anstaltspsychiatrie ermöglichte erstmals die Langzeitbeobachtung von Patientengruppen, brachte aber auch veränderte konzeptionelle Rahmenbedingungen mit sich. Ein wesentliches Resultat war dabei die schrittweise Einführung der Zeitdimension, ein Vorgang, der sich in den 50er Jahren des 19. Jh. abspielte (Laneri Laura 1972, 1986; Del Pistoia 1971). Aber auch die Längsschnittbetrachtung selbst regte bedeutende Modifikationen der Vorstellungen von Geisteskrankheit an. Die mit dieser Methode gewonnenen Informationen konnten zur Richtigstellung oder zumindest zur Anpassung einer früher gestellten Diagnose beitragen. Kahlbaum (1863) baute dieses Konzept mit Erfolg in sein Verständnis von Geisteskrankheit ein.

Unterscheidung von akuten und chronischen Erkrankungen

Erstmalig wurde jetzt zwischen akuter und chronischer seelischer Erkrankung unterschieden (Berrios 1987b; Beer 1996a,b). Das Kriterium

¹² Eine Diskussion dieses Problems findet sich bei King (1982, S. 131–183) und bei Haas (1864).

„Erkrankungsdauer“ war gegen Ende des Jahrhunderts zur zentralen Kategorie der wissenschaftlichen Analyse von „Krankheiten“ geworden. So waren für Kraepelin die Entstehungsbedingungen und der Verlauf eines Zustandsbildes für die Diagnosestellung entscheidend (Hoff 1985; Berrios u. Hauser 1988). Man hat sogar behauptet, Kraepelin sei ganz gezielt deswegen nach Dorpat gegangen, um Erfahrung mit dauerhospitalisierten Patienten sammeln zu können (Marx 1980). Die Unkenntnis der deutschen Sprache bei den Dorpater Patienten – Kraepelin seinerseits sprach kein Russisch – habe ihn, so eine Vermutung, gezwungen, sich an möglichst „objektive“ Zeichen zu halten, um die „Dementia praecox“ begrifflich fassen zu können (Berrios u. Hauser 1988).

3.10 Subjektivität als Quelle wissenschaftlicher Erkenntnis

Hier liegt der wohl bedeutendste Einzelbeitrag des 19. Jh. zur deskriptiven Psychopathologie. Wie bereits erwähnt, stützten sich die vor dem 19. Jh. entstandenen Beschreibungen von Geisteskrankheit sehr stark auf die Beobachtung des unmittelbar beobachtbaren Verhaltens, der psychosozialen Kompetenz und der kognitiven Fähigkeiten. Im frühen 19. Jh. wurden, nachdem sich v.a. in Frankreich die psychologischen Denkmodelle geändert hatten, die Bewußtseinsinhalte als legitimes wissenschaftliches Betätigungsfeld anerkannt (Dwelshauvers 1920; Royer-Collard 1843). Die Möglichkeiten, die sich nunmehr boten, griffen die zeitgenössischen Psychiater sehr gerne auf, waren sie doch auf der Suche nach zusätzlichen Erkenntnisquellen für die klinische Forschung. Man bemühte sich um die Entwicklung von Methoden zur Datenerhebung und -dokumentation (Lain-Entralgo 1961; Helmchen 1985). Die Erhebung des psychopathologischen Befundes in dialogischer Form kam in dieser Zeitperiode auf.

Subjektive Bewußtseinsinhalte als wissenschaftliches Betätigungsfeld

Als einer der Protagonisten dieser Entwicklung kann Moreau de Tours angesehen werden (Bollote 1973; Ey u. Mignot 1947). In seiner *Psychologie Morbide* machte Moreau (1859) den Versuch, subjektive Informationen wissenschaftlich zu legitimieren (Pigeaud 1986). Zur selben Zeit, als die französische Psychiatrie den seelischen Inhalten große Aufmerksamkeit zukommen ließ, machten sich britische Psychiater Gedanken über „krankhafte Introspektion“ als mögliche Ursache seelischer Störung (Clark 1988). Neben der Analyse bildhafter halluzinatorischer Erlebnisse und wahnhafter Denkinhalte stellte die neue Quelle von Symptomen eine reichhaltige Palette von Erfahrungen zur Verfügung, die die Bereiche des Gefühls, der Affektivität ganz allgemein und der Willensbildung betrafen (Lanteri Laura 1984).

In den frühen Phasen dieses Prozesses hob man die Bedeutung der „Form“ der neu entdeckten Symptome stark hervor. So etwa wurden Anstrengungen unternommen, halluzinierte Stimmen als von beiden oder nur von einer Seite kommend, als erkennbar, als Einzelstimme oder Stimmen mehrerer Personen usw. zu klassifizieren (Parish 1897; Gurney 1885). In der 2. Hälfte des Jahrhunderts richtete sich die Aufmerksamkeit unter dem Einfluß Brentanos (Fancher 1977) wieder mehr auf den „Inhalt“ des Symptoms. Man kann die psychodynamischen Lehrmeinun-

„Form“ und „Inhalt“ von Symptomen

Folgen für die Begriffsbildung

gen als Extrembeispiele dieses Trends ansehen (Bercherie 1983, 1988). Nun ist hier nicht der Raum für eine detaillierte Analyse der Frage, welche psychologiehistorischen Veränderungen es denn gerechtfertigt erscheinen ließen, die neuen Erfahrungsquellen zu nutzen (Berrios 1987c). Der Hinweis soll genügen, daß sie zum Umfeld des ebenfalls neu in Erscheinung getretenen psychologischen Bewußtseinsbegriffes gehörten (Burt 1962; Bastian 1970; Viziolo u. Bietti 1966; Ey 1966) und ihre Wertschätzung etwas mit der jetzt anerkannten wissenschaftlichen Dignität der Introspektion zu tun hatte (Boring 1953; Danziger 1980).

Die Akzeptanz der These, „rein subjektiven Erfahrungen“ könne der Status psychopathologischer Symptome zuerkannt werden, regte die begriffliche Neufassung einiger seelischer Erkrankungen an. So etwa ermöglichten aus unmittelbarer Erfahrung stammende Informationen über Stimmungslagen und Gefühle den erneuerten Melancholie- und Maniebegriff (Berrios 1988a,b). In gleicher Weise sollte der Paranoiabegriff in den 60er Jahren des 19. Jh. wieder auftauchen, diesmal aber unter dem Vorbehalt, daß wahnhaftes Erlebnisweisen vorliegen müssen (Lewis 1970a). Die bis zu diesem Zeitpunkt zusammengewürfelten verschiedenen Stuporformen wurden in Klassen unterteilt, je nachdem, ob für die jeweilige Episode eine Amnesie berichtet wurde oder nicht (Berrios 1981b). Auch zur Abgrenzung bestimmter „Subtypen“ des Wahnsinns griff man auf subjektive Angaben zurück. „Symptomatische Klassifikationen“ nahmen auf diese Weise stark zu, was durch die Begriffe der religiösen und metaphysischen Manie sowie der Erotomanie anschaulich illustriert wird (Berrios 1994b).

4 Die Entwicklung des Begriffs „Geisteskrankheit“

Vom „Wahnsinn“ zur „Psychose“

Zwei bedeutende Veränderungen des klinischen Denkens im 19. Jh. sind es, die den Psychiatriehistoriker besonders beeindrucken: Die eine bezieht sich auf die Verwandlung der verschiedenen Formen des Wahnsinns in die Psychosen, die andere auf den gleichsam über Kreuz vollzogenen Austausch von Wortbedeutungen und ätiologischen Vorannahmen, der zwischen den Begriffen Psychose und Neurose stattfand (Beer 1996b). Aus Platzgründen kann hier nur der erstgenannte Aspekt dargestellt werden. Den Umschwung vom Begriff „Wahnsinn“ zum Begriff „Psychose“ ermöglichten die Entstehung eines neuen Krankheitskonzeptes in der allgemeinen Medizin (Ackerknecht 1967), die Verfügbarkeit neuartiger Methoden der Verhaltensbeschreibung (Berrios 1987b) und schließlich das Aufkommen neuer taxonomischer Prinzipien bei der Klassifikation biologischer Einheiten (Georgin 1980; Berrios 1987b).

4.1 Klinisch-anatomische Perspektive

Von der anatomischen zur psychologischen Läsion

Während diese wissenschaftliche Sichtweise in gleichsam embryonaler Form schon im Werk Sydenhams vorhanden gewesen war (Lain-Entralgo 1978), erreichte sie ihren vollen Entwicklungsstand erst im frühen 19. Jh. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte sich die Auffassung, Symptome seien An-

zeichen einer zugrundeliegenden anatomischen Läsion, vollständig durchgesetzt (López Piñero 1983; Ackerknecht 1967). Im weiteren Verlauf des Jahrhunderts wurde das Läsionskonzept erfolgreich dahingehend modifiziert, daß es sowohl Organe, bestimmte Gewebe und schließlich auch Einzelzellen als Ort der Läsion meinen konnte (Abacin 1983; Canguilhem 1966; Foucault 1972b). Nun führten aber die bei vielen Erkrankungen fehlgeschlagenen Versuche, anatomische Läsionen zu identifizieren, in der 2. Hälfte des 19. Jh. dazu, „Läsion“ als physiologischen Begriff zu betrachten. Dies trug wesentlich zur Formulierung von Konzepten wie derjenigen der „Irritation“ und „Inhibition“ bei (López Piñero 1983; Smith 1992). So entstand auch der Begriff der „funktionellen“ Läsion. Eine logische Fortentwicklung war das Aufkommen des Begriffs „psychologische“ Läsion in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts. Janet und Freud verdankt dieser Gesichtspunkt seine Integration in das psychiatrische Denken (López Piñero u. Morales Meseguer 1970).

4.2 Psychologische Verhaltensbegriffe

Assoziationslehre und Vermögenspsychologie halfen dem Psychiater, Verhalten systematisch zu ordnen, neue Entstehungsmöglichkeiten von Symptomen zu suchen – etwa die subjektive Erfahrung – und neue Klassifikationen zu entwickeln. Sie bereiteten auch das Feld für solche Methoden vor, mit denen Verhalten in seine Bestandteile aufgetrennt werden konnte. Das Bewußtsein beschrieb man in metaphorischer Weise als „Theater“, dessen „Inhalte“ durch die Methode der Introspektion erfaßt würden. Das sich schließlich durchsetzende Verständnis der Psyche als ein Bündel funktionell autonomer Module brachte einen gleichsam natürlichen klassifikatorischen Rahmen mit sich.

*Entwicklung neuer
Klassifikationen*

So etwa verließen Pinel (1809) und Prichard (1835), worauf bereits hingewiesen wurde, Lockes „intellektualistische Sicht“ der Geisteskrankheit, eine Sicht, die noch in Arnolds (1806) Unterscheidung zwischen primärem und abgeleitetem Wahnsinn vorhanden ist, und wandten sich der Vermögenspsychologie zu. Gegen Ende des Jahrhunderts betrachtete man Symptome entweder als übersteigertes normales Verhalten (Kontinuitätsthese) oder als neue Verhaltensformen (Diskontinuitätsthese) (Dumas 1908; Deshais 1967; Griesinger 1865; Delasiauve 1861).

*Symptome als über-
steigerte normale oder
neue Verhaltensform*

4.3 Taxonomischer Wandel

Auch die erkenntnistheoretischen Grundlagen medizinischer Taxonomie veränderten sich im frühen 19. Jh. Die ursprünglich botanischen Grundelemente, die von Linné, Sauvage, Cullen und anderen (Bowman 1975; Temkin 1965; Faber 1923) eingebracht worden waren, wurden durch einen empirischen Ansatz ersetzt, der auf folgenden Grundlagen beruhte:

1. Häufigkeitsanalyse der Symptome (Griesinger 1865),
2. ätiologische Spekulation (Morel 1860) und
3. Wissen um den natürlichen Verlauf der Erkrankung – dies aber erst im späteren Verlauf des Jahrhunderts (Remond u. Lagriffe 1902; Bail-

*Grundlagen
der Empirisierung
der Taxonomie*

Kognitive, affektive und volitionale Störungen als Taxonomieprinzip

large 1853; Foville 1872; Vi 1940; Desruelles et al. 1934; Menninger 1964; Boor 1954; Goldstein 1988).

Der im frühen 19. Jh. vertretene Standpunkt, kognitive, affektive und volitionale Funktionen könnten unabhängig voneinander durch seelische Krankheit beeinträchtigt werden, bot sich zugleich als festes taxonomisches Prinzip an. Auf diese Weise wurden die vorwiegend den kognitiven Bereich betreffenden Formen von Geisteskrankheit der Kern, um den herum sich die späteren Begriffe der Schizophrenie und der Paranoia herauskristallisierten. Die schwerpunktmäßig affektiven Formen hatten dieselbe Funktion hinsichtlich der Manie und der Depression (Berrios 1988a) und die vorwiegend auf die Volition abzielenden in bezug auf die Persönlichkeitsstörungen (Verlinder 1978; Ey 1978; Berrios 1993).

Kraepelins Begriffssystematik

War die Betrachtungsweise geistiger Störungen im 18. Jh. noch auf den Querschnittsbefund und dabei auf spezifische Lebensereignisse bezogen (Postel 1984), so verschob sich die Perspektive im 19. Jh. in Richtung auf die Langzeitbeobachtung, insbesondere im Gefolge der Arbeiten Kahlbaums, Wernickes und Kraepelins. Die beiden letztgenannten Autoren sollten schließlich sogar konkurrierende Klassifikationssysteme entwickeln (Donalies 1971). Hätte Wernicke länger gelebt, wäre die Klassifikation der funktionalen Psychosen heutzutage wohl ganz anders, u. a. weil sein Modell auf anerkannten pathophysiologischen und psychopathologischen Grundlagen beruhte. Schließlich blieb aber Kraepelin Sieger. In seiner begrifflichen Systematik reduzierte sich die Anzahl der Formen von Geisteskrankheit drastisch auf 2 Psychosen, die durch stabile und überlappende Symptomcluster charakterisiert waren (Hoff 1994). Die organische Ätiologie sowie die wissenschaftlich erkennbare natürliche Verlaufseigenart und Prognose erlangten dabei den Status entscheidender diagnostischer Kriterien (Berrios u. Hauser 1988). Von Beginn an stellte die Tatsache, daß es untypische klinische Bilder, also „Zwischen-Fälle“, gab, eine Herausforderung für die Kraepelinsche Dichotomie dar, und Kraepelin sollte diese in späteren Jahren auch verlassen (Kraepelin 1920).

4.4 Kontroverse um „kombinierte Psychosen“

Komorbidität

Die heute anzutreffende intensive wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Begriff der Komorbidität, die sich den Besonderheiten des diagnostischen Prozesses nach DSM-IV verdankt (vgl. Wittchen 1996), ist keine neue Erscheinung. Eine ganz ähnliche Debatte fand nämlich im frühen 20. Jh. statt, als die Frage aufgeworfen wurde, ob denn 2 voneinander unabhängige Psychosen gleichzeitig dasselbe Individuum befallen könnten. Jaspers (1946) hat sich hierzu klar geäußert: „Die Idee der Krankheitseinheit führt zur Erwartung, daß man beim einzelnen Menschen nicht mehr als eine Krankheit diagnostizieren kann. ... Zur Zeit stellen wir uns vor, daß, im Falle ein schizophrener Prozeß vorliegt, dieser für alle Symptome verantwortlich zu machen sei, doch ist das eine Voraussetzung“ (ebd., S. 513).

Wenn aber die 2 Psychosen tatsächlich voneinander unabhängig sind, warum sollten sie dann nicht gleichzeitig auftreten? Man ist versucht, obwohl es historisch ungenau wäre, hier das psychodynamische „Tabu der Inkompatibilität“ anzuschuldigen, und zwar trotz des Umstandes, daß es nach dieser Auffassung ja gerade keinen Sinn macht, 2 derartigen „Erkrankungen“ denselben „psychologischen Raum“ zuzuweisen. Genau dieser Punkt war Gegenstand einer kontroversen Debatte unter dem Schlagwort „kombinierte Psychosen“ (Meeus 1908). Eine Einigung wurde aber nicht erzielt, und tatsächlich scheint auch in der heutigen Psychiatrie noch keine Antwort auf diese Frage bereit zu liegen.

Kombinierte Psychosen

4.5 Erbllichkeit seelischer Erkrankungen

Die Auffassung, seelische Erkrankungen würden von Generation zu Generation weitergegeben, wurde im 19. Jh. auf breiter Basis akzeptiert. Morel, Magnost und andere formulierten diese Überzeugung mit den Begriffen der sog. „Degenerations- oder Entartungslehre“ um. Diese Doktrin wiederum führte zu einer ganzen Reihe klassifikatorischer Sackgassen sowie zu der Suche nach somatischen Stigmata und anderen genetischen Markern (Morel 1957; Sauri 1986; Walter 1956; Friedlander 1973; Danion et al. 1985; Dowbiggin 1985; Pick 1989).

Degenerationslehre

5 Der Wandel vom „Wahnsinn“ zu den „Psychosen“ im 19. Jh.

5.1 Einführung des Begriffs „Psychose“

Ursprünglich war der Psychosebegriff in der 1. Hälfte des 19. Jh. dazu benutzt worden, die subjektiven Zustände zu beschreiben, die als Begleiterscheinungen des Wahnsinns auftraten (Jastrow u. Baldwin 1901). Von Feuchtersleben (1847) verwandte „Psychose“ und „Neurose“ noch in dem Sinn, der im späten 18. Jh. üblich gewesen war. Er vertrat die Auffassung, daß der Begriff Psychose, „wenn er in Bezug auf normale seelische Vorgänge benutzt wird, gleichbedeutend ist mit dem mentalen oder seelischen Element in einem psychophysischen Vorgang, genauso wie Neurose sich auf denjenigen Aspekt des Prozesses bezieht, der zum Nervensystem gehört“ (ebd., S. 392). In den meisten Fällen gehörten derartige Erfahrungen jedoch zu „Zustandsbildern, die wir üblicherweise als Geistesgestörtheit im engeren Wortsinne bezeichnen“ (ebd., S. 241). „Eine jede Psychose [muß] gleichzeitig eine Neurose sein, denn ohne Vermittlung von Nervenaktionen kann auf der seelischen Seite keinerlei Veränderung auftreten. Doch ist nicht jede Neurose eine Psychose: Dafür stellen Krampfanfälle ein hinreichendes Beispiel dar“ (ebd., S. 246). Einen ganz ähnlichen Standpunkt nahm ein weiterer wissenschaftlicher Autor ein: Er hob den neuronalen Vorgang hervor, „der mit den seelischen Phänomenen korrespondiert“ (Warner 1892, S. 1025).

„Normale“ und „pathologische“ Psychose

Diese 2 Bedeutungen von „Psychose“, die „normale“ und die „pathologische“, wurden in die deutschsprachige Psychiatrie als akzeptierte wissenschaftliche Notionen gleichsam mit einem Kunstgriff eingeführt, in-

Begriffsklärung

dem nämlich die Singularform den normalpsychologischen und die Pluralform den pathologischen Sachverhalt benannte (Tuke 1892a). Adolf Meyer (1901) unternahm den Versuch einer weiteren Begriffsklärung: „Im Sinne der Bezeichnung von etwas Krankhaftem (und eben dieses Verständnis gewinnt sowohl in der ausländischen als auch in der englischen Literatur rasch an Bedeutung) meint der Begriff eine abnorme seelische Verfassung, insbesondere insoweit sie mit einem spezifischen Krankheitsprozeß korreliert ist, mit einer, wenn ich so sagen darf, Krankheitseinheit mit charakteristischen Entstehungsbedingungen, Verlaufsmerkmalen und Symptomen. Die typischen Erscheinungsformen des Wahnsinns, die wissenschaftlich voneinander unterschieden werden können, wären in diesem Sinne als Psychosen einzustufen.“ Maudsley (1885) verwandte den Begriff in seiner „pathologischen“ Bedeutung: „Es ist kein Wunder, daß die Kriminalpsychose, also die seelische Seite der Neurose, zumeist eine unheilbare Krankheit ist“ (ebd., S. 33).

Popularität des Begriffs

Nach dem Ersten Weltkrieg erlangte der Begriff „Psychose“ große Popularität und ersetzte bald denjenigen des „Wahnsinns“. So war Sir George Savage einer der letzten, die von „Wahnsinn“ sprachen, und zwar im Titel eines Lehrbuches (Savage 1898). Die Eigenschaft des Psychosebegriffs, ursprünglich stark auf die Wahrnehmungsaspekte des Verhaltens abgezielt zu haben, paßte sich sehr gut in den immer stärker werdenden Trend ein, subjektive Symptome in die Deskription seelischer Erkrankungen aufzunehmen. Die Bezeichnung „Wahnsinn“ ihrerseits war viel zu sehr mit Konnotationen aus der Zeit vor dem 19. Jh. behaftet, um weiter akzeptabel zu sein. Sie überlebte nur in der juristischen Diktion. Ein zusätzlicher Grund für die Akzeptanz des Begriffes Psychose könnte gewesen sein, daß er sich recht einfach für die Bildung adjektivischer Formen, z.B. „psychotisch“, anbot (Sauri 1972).

5.2 Dichotome Begriffspaare als entscheidende definitorische Elemente

Im späten 19. Jh. wurden die „Psychosen“ in bezug auf 5 begriffliche Dichotomien definiert: Psychose versus Neurose, funktionell versus organisch begründet, exogen versus endogen, vollständig versus partiell und Einheitspsychose versus multiple Psychosen.

5.2.1 Psychose versus Neurose

Begriffsdefinition

Wie bereits erwähnt, meinte man in der 1. Hälfte des 19. Jh. mit dem Begriff „Psychose“ subjektive seelische Zustände und mit demjenigen der „Neurose“ die zugrundeliegenden neurologischen Prozesse. Etwa um 1900 hatten sich die jeweiligen Bedeutungen gegenseitig ausgetauscht: „Psychose“ war nun die offizielle Bezeichnung für alle im weiteren Sinne „organischen Zustandsbilder“, seien sie exogener oder endogener Natur, und die Neurosen waren „psychologisiert“ worden (López Piñero u. Morales Meseguer 1970).

Integration der Neurose in die Psychiatrie

Vor dieser Integration der Neurosen in die Psychiatrie war die psychiatrische Praxis ganz anders gewesen. Die Anstaltspsychiater beschäftigten

sich damals ausschließlich mit schweren funktionellen oder organisch begründbaren Psychosen. Sie mußten sich (glücklicherweise) keine Gedanken machen über die verschiedenen Formen devianten Verhaltens und psychologischer Inkompetenz, die in der Folgezeit in ihren Zuständigkeitsbereich gerieten. Daher war es der Begriff des Wahnsinns, der die deskriptiven, taxonomischen und ätiologischen Raster hervorbrachte, auf denen alle weiteren Konzepte seelischer Erkrankung aufbauen sollten.

Eine solche Sichtweise forderte stets dazu auf, eine „Läsion“ aufzusuchen. Die vergeblichen Versuche, diese im Falle der Neurosen zu identifizieren, hatten nun eine allmähliche Verwässerung des Läsionskonzeptes zur Folge. Die Grundlagen neurotischer Symptome wurde im Laufe der Zeit zunächst anatomisch (Störung von Sensorik und Motorik), dann physiologisch (Irritabilität und Inhibition) und schließlich psychologisch (Kompromiß zwischen Instinkt und Anforderungen der Außenwelt) verstanden. Diesen begrifflichen Wandel unterstützte die allmähliche Ausgrenzung derjenigen Fälle von Neurosen, die als tatsächlich „organische“ Zustandsbilder anzusehen waren. Zuletzt wurden die vasomotorischen Störungen auf diese Weise aus dem Neurosenkonzept ausgegrenzt, v.a. also das Raynaud-Syndrom. Ganz ähnliche Mechanismen begleiteten die Entwicklung der Neurologie: Sie berücksichtigte nach den 60er Jahren des 19. Jh. nur solche motorischen und sensorischen Defizite, die lokalisierbaren Gehirn- und Rückenmarksläsionen zugeordnet werden konnten.

*Psychologisierung
des Läsionskonzeptes*

Allerdings stellte sich dieser Mechanismus als nicht sehr wirksam heraus: Eine ganze Reihe von klinischen Bildern wie das kataton Syndrom, motorische Stereotypien, Schlafstörungen, Halluzinationen und Einschränkungen höherer kortikaler Funktionen verblieben nämlich im Grenzgebiet zwischen Neurologie und Psychiatrie. Im späten 19. Jh. führte die vorübergehende Popularität der Hypnose und vermeintlicher „funktionaler Mechanismen“ (Barrucand 1967; Bercherie 1980) zusammen mit der Psychoanalyse zu der Einstufung vieler dieser Zustandsbilder als „psychogen“. Bald aber kam es durch die Epidemien der Encephalitis lethargica zu einer Schwerpunktverlagerung in die entgegengesetzte Richtung (vgl. Rogers 1988; Berrios u. Denning 1990).

*Grenzgebiet zwischen
Neurologie und
Psychiatrie*

5.2.2 Funktionell versus organisch begründbar

Zu Beginn des 20. Jh. wurde die Unterscheidung zwischen funktionellen und organisch begründbaren Psychosen zu einem fundamentalen klassifikatorischen Kriterium. Die Gruppe der funktionellen Störungen beinhaltete die Dementia praecox, das „manisch-depressive Irresein“, die Paraphrenie, paranoide Zustandsbilder und die Paranoia. Die organisch begründbaren Psychosen bestanden aus dem Delirium, der Demenz und einer Corona verschiedenster „symptomatischer Psychosen“. Da man aber von allen „Psychosen“ annahm, daß sie, auf welcher Ebene auch immer, eine „organische“ Grundlage hatten, ist auf den ersten Blick nicht klar, warum diese Dichotomie überhaupt erforderlich war.

*Funktionelle und
organische Psychosen*

Mendels Definition

Die Arbeiten Mendels (1907) enthalten eine der frühesten Verweisungen auf „funktionale“ Psychosen. Er schlug allerdings eine negative Definition vor: „Auf der anderen Seite gibt es große Meinungsverschiedenheiten in der wissenschaftlichen Literatur, wie denn diejenigen seelischen Erkrankungen einzuteilen seien, bei denen sich bislang keine anatomischen Veränderungen haben finden lassen und die nicht zu irgendeiner der bereits genannten Krankheitsformen gehören. Man nennt sie funktionale Psychosen, was nicht heißen soll, daß keine anatomischen Veränderungen existieren, sondern lediglich, daß wir bislang nicht in der Lage waren, sie festzustellen. ... In dieser Hinsicht [Abwesenheit einer erkennbaren Läsion] erinnern sie an funktionelle periphere Neurosen“ (ebd., S. 160).

Funktionelle Psychosen nach Mendel

Die folgenden Erkrankungen betrachtete Mendel als funktionelle Psychosen: Delirium hallucinatoricum, Manie, Melancholie, zirkuläre Psychose, Paranoia und akute Demenz (ebd., S. 175–213). Die erste und letzte Kategorie umfaßten klinische Zustandsbilder, die heute als Schizophrenie diagnostiziert würden. Mendel beschrieb auch eine getrennte Gruppe von „organischen Psychosen“. Sie beinhaltete die progressive Paralyse, die senile Demenz sowie arteriosklerotische und syphilitische Psychosen. Darüber hinaus unterschied er zwischen „Psychosen, die durch fokale Hirnerkrankungen hervorgerufen werden“, etwa bei apoplektischen Insulten, Hirntumoren, Traumata usw., und „Psychosen, die aus zentralen Neurosen hervorgehen“, etwa epileptische, hysterische und choreatische Psychosen.

Funktionale Psychosen nach Jaspers

Bis zum Ende des Ersten Weltkrieges hatte die Trennung in funktionelle versus organisch begründbare Störungen in ihrer Schärfe noch zugenommen. So etwa führte Jaspers (1946) 3 funktionale Psychosen auf: die genuine Epilepsie, die Schizophrenie und die manisch-depressive Erkrankung: „Das Gemeinsame dieser drei Kreise ist erstens: bei ihrer Auffassung ist die Idee der Krankheitseinheit entstanden, ... zweitens: die zu ihnen gehörenden Fälle lassen sich nicht unter die Krankheiten der ersten und nicht unter die Typen der dritten Gruppe¹³ subsumieren. Es ist allerdings anzunehmen, daß viele dieser Psychosen eine organische Grundlage haben, ... drittens: sie sind nicht exogene, sondern endogene Psychosen. Erblichkeit ist eine wesentliche Ursache ihrer Entstehung, ... viertens: ein anatomischer Hirnbefund, der das Wesen der Krankheit zeigen würde, fehlt“ (ebd., S. 508 f.; vgl. Beer 1996 a).

5.2.3 Exogen versus endogen

Die fast wie ein Heiligtum behandelte Unterscheidung zwischen exogen und endogen spiegelt die neurobiologischen Vorstellungen des 19. Jh. von der Verursachung seelischer Erkrankungen wider. Schon zum Zeitpunkt ihrer Erfindung kontrovers diskutiert und in ihrer Bedeutung un-

¹³ Anmerkung des Übersetzers: Mit „erster Gruppe“ meint Jaspers die organisch begründbaren seelischen Störungen und mit „dritter Gruppe“ die Neurosen und Persönlichkeitsstörungen. Die hier angesprochene „zweite Gruppe“ beinhaltet die, aus Jaspers' Sicht, drei Formenkreise endogener Psychosen.

klar, ist sie heute nichts als eine zwar ehrwürdige, aber veraltete Begrifflichkeit, die aber dessen unbeschadet diejenigen überlebt hat, die ihr ein baldiges Ende prophezeit hatten (Lewis 1971; Heron 1965; Gaston u. Tatarelli 1984).

Zunächst einmal ist festzuhalten, daß der von Candolle 1813 geprägte Begriff „endogen“ (Berrios 1987b) niemals eine „genetische“ Verursachung im heutigen Sinne hatte bezeichnen sollen und sein Gegenstück „exogen“ ebensowenig eine umweltbedingte. Nach Kraepelin (1924) war es der deutsche Neurologe Möbius, der 1893 diese Bezeichnungen in die Medizin einführte. In seinem kurzen Lehrbuch der Neurologie beschrieb Möbius endogene Krankheiten als solche, bei denen „die wesentliche Vorbedingung im Individuum liegen muß, in dessen Anlage, wohingegen andere Faktoren lediglich zufällig und hinsichtlich des Schweregrades eine Rolle spielen“. Beispiele waren Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie, Migräne, Huntington-Chorea und Friedreich-Krankheit. Im Unterschied dazu galten als „exogene“ Erkrankungen etwa toxische und infektiöse Zustände, von denen man annahm, daß sie „von außerhalb hervorgerufen“ wurden, wie die Trigeminusneuralgie, Schilddrüsenerkrankungen, multiple Sklerose und die Parkinson-Krankheit (Schiller 1982).

Definition nach Möbius

Wert und Bedeutung dieser Dichotomie hingen von der Möglichkeit ab, eine operational definierte Grenze zu ziehen zwischen „innen“ und „außen“. Zwar legte Möbius seine Kriterien nicht explizit dar, doch scheint es so zu sein, daß er nicht die Körperoberfläche als die natürliche Grenze ansah, weswegen „exogen“ für ihn auch nicht notwendigerweise „umweltbedingt“ hieß. Ebensowenig hatte er das Foramen magnum im Auge: Er identifizierte also „exogen“ auch nicht notwendigerweise mit „nicht gehirnbedingt“. Der Begriff endogen bezieht sich bei Möbius vielmehr auf die Anlage, auf einen intrinsisch vorgegebenen Kern. Es handelt sich somit nicht um einen „räumlichen“, sondern vielmehr um einen metaphysischen Begriff.

Definitionskriterien

Der Ursprung dieser metaphysischen Position liegt in der Degenerationslehre des 19. Jh., einer Doktrin, die, wie schon angedeutet, das psychiatrische und sozialpolitische Denken im Europa der 2. Hälfte des 19. Jh. beherrschte (Mechler 1963). Die Degenerationslehre beanspruchte die Erklärung von Phänomenen, die zunächst wenig miteinander zu tun hatten, wie etwa die Lamarcksche Hypothese der Vererbbarkeit erworbener Eigenschaften, die körperlichen Stigmata und die Tatsache, daß eine Krankheit sehr wohl nach einer Generation plötzlich verschwinden konnte (Huertas 1987; Ribot 1871; Talbot 1898; Mairiet u. Ardin-Delteil 1907; Genil-Perrin 1913; Apert 1919; Salas 1920; Wettley 1959; Peset 1983; Hermle 1986). Die von Morel vertretene, allzu religiös geprägte und fatalistische Vorstellung von Degeneration wurde in den 90er Jahren des 19. Jh. durch Magnan flexibel umgestaltet (Genil-Perrin 1913). Nach 1910 verschmolz sie allmählich mit den neuen Erkenntnissen zur Genetik seelischer Erkrankungen (Saury 1886; Huertas 1985).

Degenerationslehre

Freilich war das Endogenitätskonzept noch in der letzten Dekade des 19. Jh. eine Art Kürzel für die Degenerationslehre schlechthin, beinhaltete es doch das Postulat, daß die eigentliche Ursache seelischer Erkran-

Endogenitätskonzept

kung in metaphysischer Tiefe verborgen liege (Mechler 1963). „Endogenität“ meinte also nicht etwa nur „unter genetischer Kontrolle stehend“ oder die Verschränkung mit Persönlichkeit oder Konstitution. Aus genau diesem Grund schätzte Kraepelin das Konzept. Die Begriffe endogen und exogen, die in der Neurologie, wo sie ihren Ursprung haben, nicht mehr verwandt werden, wären vielleicht auch in der Psychiatrie in Vergessenheit geraten, hätte nicht Kraepelin sie in die 1896 erschienene 5. Auflage seines Lehrbuches übernommen.

Die Dichotomien funktionell/organisch und endogen/exogen sind somit von unterschiedlicher historischer Provenienz und überlappen sich nur teilweise. Für den Psychiater des ausgehenden 19. Jh. bedeutete exogen nicht notwendigerweise organisch begründet und funktionell nicht notwendigerweise endogen. Weitere Unklarheiten erwuchsen im 20. Jh. aus dem Umstand, daß es nahezu unmöglich ist, diese Begriffe in die Sprache der modernen biologischen Psychiatrie zu übersetzen.

5.2.4 Vollständige versus partielle Geistesstörung

Vor dem 19. Jh. beruhten die klinisch-psychiatrischen Krankheitsbegriffe auf der Annahme, alle Seelenvermögen seien an der betreffenden Geistesstörung beteiligt, insbesondere natürlich die intellektuellen Funktionen, etwa im Sinne von Wahnvorstellungen (Postel 1984). Darüber hinaus hielt man Geisteskrankheit für einen irreversiblen Zustand (Foucault 1972a; Quétel u. Morel 1979). So umgriff die Bezeichnung „Manie“ sowohl Aspekte des Verhaltens als auch des körperlichen Zustandes und der metaphysischen Vorannahmen (Middleton et al. 1780; Calmeil 1839). Geisteskrankheit wurde i. allg. als Gattungsbegriff verstanden, der verschiedene Arten umschloß, die ihrerseits durch charakteristische Verhaltensmerkmale ausgezeichnet waren (Arnold 1806). Die kategoriale Natur dieser „vollständigen Verrücktheit“ wird durch die Art ihrer Verwendung in der Rechtssprache noch deutlicher. So etwa definierte Bracton die Manie als „vollständiges Fehlen der Urteilskraft“; 400 Jahre später sprachen Coke und Hale immer noch von „absoluter Verrücktheit“ (Walker 1968).

Der Begriff „partielle Geistesstörung“, die Auffassung also, Geisteskrankheit müsse nicht den gesamten seelischen Bereich umfassen, entstand zumindest in Teilaspekten an der Schnittstelle von Medizin und Recht, und zwar anhand von Fällen, denen das „Alles-oder-Nichts-Konzept“ nicht gerecht zu werden schien (Eigen 1995). Hale legte 1736 die folgende Definition vor: „Es gibt eine partielle Geistesstörung ...; manche Personen, die ihren Verstand im Hinblick auf die einen Sachverhalte angemessen einsetzen, unterliegen bei anderen dennoch einer ganz bestimmten Demenz ...; außerdem kann die Geistesstörung bezüglich des Schweregrades partiell sein“ (Walker 1968). Im frühen 19. Jh. hatte der Begriff partielle Geistesstörung jedoch mehrere klinische Bedeutungen (Berrios 1991b):

1. Die Beteiligung genau eines Seelenvermögens (der Blickwinkel der Vermögenspsychologie),

*Geisteskrankheit als
„vollständige
Verrücktheit“*

*Partialisierung
von Geistesstörungen*

*Dimensionen partieller
Störungen*

2. intermittierende Geistesstörung mit „luziden Intervallen“ (Haslam 1809) (der Blickwinkel der Längsschnittbetrachtung),
3. eine leichte oder mäßiggradige Störung (der Blickwinkel des Schweregrades) und schließlich
4. das Vorliegen eines „partiellen“ Wahnsystems (der Blickwinkel der Ausgedehntheit von Wahnvorstellungen).

Die nach 1850 aus dem wissenschaftlichen Sprachgebrauch verschwundene Monomanienlehre (Report 1854) hatte sich in den 20er Jahren des 19. Jh. im Umfeld der soeben genannten Definitionen 1 und 4 herausgebildet (Kageyama 1984). Die einfachste Klassifikation schlug Chamberlyon (1827) in seiner Einführung in die von ihm übersetzte Abhandlung Hoffbauers vor: „Die Geisteskrankheit ist zu unterteilen in Manie und Demenz, je nachdem ob die Seelenvermögen überaktiv oder geschwächt sind; die Manie wiederum besteht aus der Polymanie, also der vollständigen, und der Monomanie, also der partiellen Geisteskrankheit“ (ebd., S. 10 f.). Die Dreiteilung in Denken, Fühlen und Wollen setzte sich schließlich durch. Dies führte in Verbindung mit dem allmählichen Vordringen eines naturwissenschaftlichen Krankheitsverständnisses nach 1860 zumindest im medizinischen Bereich in aller Stille zum Untergang des Begriffes „vollständige Geisteskrankheit“. In der Rechtssprache hingegen ist er nie völlig verschwunden, sondern erlebte vielmehr eine weitere Blütezeit nach der Verabschiedung des McNaughton-Gesetzes in Großbritannien im Jahre 1843 (West u. Walk 1977), da es nämlich die sehr engen Kriterien schwer machten, überhaupt noch einen Fall von „partieller Geistesstörung“ zu finden.

Klassifikationen

5.2.5 Einheitspsychose versus zahlreiche Psychosen

Ein interessantes Ergebnis der im 19. Jh. ausgetragenen taxonomischen Kontroverse war die Entwicklung der beiden Hypothesen, es gäbe nur eine einzige, nämlich die Einheitspsychose, oder eben viele unterschiedliche Psychosen. Als Reaktion auf die sehr zahlreichen Klassifikationsversuche stellten sich manche Psychiater, überzeugt vom Prinzip der Unteilbarkeit der Seele, auf den Standpunkt der Existenz nur einer Geisteskrankheit, die allerdings in unterschiedlichen Formen auftreten könne. Deren verschiedene klinische Manifestationen betrachteten sie als Epiphänomene, d. h. als Folgen des Einflusses pathoplastischer Faktoren (Llopis 1954; Menninger et al. 1958; Rennert 1968; Vliegen 1980; Janzarik 1969; Berrios u. Beer 1994). Dazu zählte man idiosynkratische Reaktionsmuster im Sinne des je individuellen Umgehens mit den verheerenden Auswirkungen der psychotischen Erkrankung, eine Reihe von näher und ferner liegenden ätiologischen Faktoren, etwa affektive Erschütterungen, den Schweregrad, verstanden als Über- oder Unterfunktion der Seelenvermögen, und schließlich die Dauer des Zustandsbildes. Manie, Melancholie, wahnbildende Psychose und vollständige Demenz seien – ein Kerngedanke dieses Ansatzes – aufeinander folgende Stadien derselben Erkrankung.

Prinzip der Unteilbarkeit der Seele

Dieser wichtige Punkt sollte im Bewußtsein bleiben, wenn man sich etwa mit der Geschichte des „zirkulären Irreseins“ (bipolare Störung) be-

Einheitspsychose und bipolare Störung

schäftigt (Sedler u. Dessain 1983; Pichot 1995). Es wäre nämlich irrig anzunehmen, daß Baillargers und Falrets Auffassung (Pichot 1995), Manie und Melancholie wiesen einen inneren Zusammenhang auf, ausschließlich auf eigener klinischer Anschauung beruhte. Denn schließlich war die Beobachtung, daß manche Patienten in bestimmten zeitlichen Abständen an beiden Zustandsbildern leiden können, zuvor schon oft gemacht worden. Auch diese beiden großen Nervenärzte waren vom Konzept der „Einheitspsychose“ beeinflusst (Berrios u. Beer 1984). Zu den bereits erwähnten Faktoren kam nach 1857 ein weiterer hinzu, die Degenerationslehre (Morel 1857). Aus deren Perspektive wird die degenerative Anlage von den Eltern auf die Kinder weitergegeben und führt dabei wiederholt zur Entstehung noch gravierenderer Formen geistiger Erkrankung bis hin zum Auftreten einer Demenz.

5.3 Die 3 Module des Geistes und die ihnen zuzuordnenden Krankheiten

Auftrennung der Seele in funktionale Module

Bis in den Anfang des 19. Jh. hinein herrschte unangefochten die intellektualistische Betrachtungsweise geistiger Erkrankungen vor (Berrios 1985c). Das Aufkommen der Vermögenspsychologie führte zur Auftrennung der Seele in funktionale Module (Fodor 1983) und stellte sowohl der Phrenologie als auch den späteren Untersuchungen über die Hirnlokalisation (Bentley 1916) ein neues theoretisches Modell zur Verfügung. Wie von Kant (Hilgard 1980) und den schottischen Philosophen (Seth 1890; Albrecht 1970; Brooks 1976) vorgeschlagen, unterschied man 3 Module: das intellektuelle, das affektive und das volitionale. Die althergebrachten Kategorien von Geisteskrankheit wurden auf diese Weise umdefiniert zu den vorwiegend die intellektuellen Funktionen betreffenden Formen, was sowohl die vollständigen wie die partiellen Varianten einschloß.

Kognitive, affektive und volitionale Krankheitsbilder

Diese Veränderung der ursprünglichen Bedeutung des Begriffs „Geisteskrankheit“, der bis dahin v.a. Formen umfaßt hatte, die den kognitiven Bereich beeinträchtigen, machte aus klinischer Sicht nunmehr den Weg frei für rein „affektive“ und „volitionale“ Krankheitsbilder. Auch befreite sie die Manie und die Melancholie aus ihrer jahrhundertelangen Rolle als Formen einer wahnbildenden Erkrankung (Lieners 1871). Die affektiven Geistesstörungen sollten sich in Richtung auf die modernen Begriffe der Melancholie, der Manie und der zirkulären Psychosen hin weiterentwickeln (Berrios 1988a; Pichot 1995). Die „volitionalen“ Störungen hingegen spielten eine wesentliche Rolle für das wissenschaftliche Verständnis von Psychopathie (Werlinder 1978) und Abulie (Ribot 1904; Lapie 1902; Berrios u. Gili 1995).

Das Problem des Willens

Die um die Jahrhundertwende zu beobachtende Popularitätsabnahme der Begriffe „Wille“ und „Willensbildung“ konterkarierte diesen übersichtlichen Lösungsansatz (Herzen 1880; Paulhan 1903; Daston 1982; Keller 1954; O'Shaughnessy 1980). Wenn man nämlich dem „Willen“ keine wissenschaftliche Erklärungskraft mehr zubilligte, dann machte es auch wenig Sinn, sich über die Zustände seiner Gestörtheit Gedanken zu machen. Jedoch ließ diese Argumentation nach wie vor die Frage offen, ob

und, wenn ja, welche psychologischen Funktionen denn bei der Psychopathie und der Abulie gestört seien. In gleicher Weise kam es in den 50er Jahren des 19. Jh. zu einer Bedeutungsverschiebung im Bereich der Geisteskrankheiten mit vorwiegend affektiven Merkmalen. Die klarste Äußerung hierzu ist diejenige von Bucknill u. Tuke (1858): Die Manie, „die vielleicht interessanteste und bestbeschriebene Form geistiger Erkrankung, wurde üblicherweise als eine Störung betrachtet, die im wesentlichen das Denkvermögen beeinträchtigte. Dr. Prichard ordnete sie als den Intellekt betreffende Geisteskrankheit ein. Wir hingegen sind geneigt, sie als in erster Linie zur affektiven Gruppe gehörig zu betrachten“ (ebd., S. 221).

5.4 Abtrennung der organisch begründbaren Krankheitsbilder

Die Symptomatik des Deliriums (Phrenesie) beinhaltete seit den Zeiten der antiken griechischen Medizin Fieber, flüchtige Halluzinationen, Wahnvorstellungen und Verhaltensstörungen (Berrios u. Freeman 1991a). Damals wurden hingegen andere „organisch begründbare“ psychiatrische Erkrankungen, wie etwa die Demenz, nicht von den restlichen Formen der Geistesstörung abgegrenzt. Die Analyse von Fallberichten, die vor dem 19. Jh. veröffentlicht worden waren, bestätigt die Auffassung, daß während dieser langen Zeitspanne die Manie und die Melancholie „organisch begründbare“ Zustandsbilder bei Enzephalitis, Intoxikationen und Gehirntumoren eingeschlossen hatten – aber sicherlich auch die Schizophrenie.

Historische Annahmen

Das moderne Konzept der „organisch begründbaren seelischen Störung“ kam erst nach 1822 auf, nachdem Bayle die chronische Arachnoiditis bei Patienten mit solchen psychiatrischen Störungsbildern beschrieben hatte, die später als „progressive Paralyse“ bezeichnet werden sollten (Bulbena u. Berrios 1986). Battie (1758) hatte zwar schon zwischen „originärer“ und „konsequentieller“ Geisteskrankheit unterschieden, doch kann die letztgenannte Kategorie nicht für sich in Anspruch nehmen, auf „organisch begründbare seelische Störungen“ im modernen Sinne abzielen. Es war Willis, der mit seiner Fassung des Demenzbegriffes einer Trennung von Demenz und Geisteskrankheit näher kam als jeder andere Autor vor dem 19. Jh. (Berrios 1987a).

Modernes Konzept organischer Störungen

Das Interessante an Bayles Werk (1826) besteht nun nicht so sehr darin, daß er identifizierbare anatomische Läsionen mit einer gegebenen Verhaltensauffälligkeit in Beziehung setzte, sondern darin, daß er der Auffassung zu wissenschaftlicher Akzeptanz verhalf, wonach eine geradezu kaleidoskopartige Psychopathologie – von der typischen Manie über die Melancholie und halluzinatorische Zustandsbilder bis hin zur Demenz – mit derselben Hirnläsion in Verbindung zu bringen war (Bercherie 1980). Dies galt auch umgekehrt in dem Sinne, daß dasselbe klinische Syndrom von vielen unterschiedlichen Läsionsarten hervorgerufen werden konnte. In seiner von großer Weitsicht geprägten Vorlesung anlässlich der Eröffnung der Psychiatrischen Klinik in Zürich stellte Griesinger (1865) fest: „Für das Entstehen der Melancholie können acht oder zehn verschiedene Gehirnkrankheiten verantwortlich sein, für das Entstehen der Demenz zwanzig“ (ebd., S. 11).

Bayles Auffächerung der Läsions-Syndrom-Beziehung

Es bedurfte des gesamten restlichen Jahrhunderts, bis die „organisch begründbaren seelischen Störungen“ in einer in sich geschlossenen Gruppe zusammengefaßt wurden. Wie nicht anders zu erwarten, waren manche dieser klinischen Zustandsbilder jahrhundertlang Bestandteile des alten Maniebegriffes gewesen, so daß ihre allmähliche Herauslösung eine Einengung des letzteren zur Folge hatte (Couchoud 1913).

5.5 Einengung des Maniebegriffes

Grundlegender Bedeutungswandel

Zwischen 1800 und 1900 kam es zu einer grundsätzlichen Veränderung des Maniebegriffes. War er gegen Ende des 18. Jh. noch gleichbedeutend gewesen mit „Geisteskrankheit“ (Linas 1871) oder „Verrücktheit“ (Middleton et al. 1780; Chiarugi 1793), so benutzte man ihn am Ende des 19. Jh. ausschließlich, um „gehobene Stimmung mit Antriebssteigerung“ zu kennzeichnen, sei diese nun von psychotischen Symptomen begleitet oder nicht (etwa bei Mendel 1907).

Manie als Synonym von Geistesgestörtheit

Nach Gauchet und Swain (1980) spielte sich die Neufassung des Begriffes „Geistesgestörtheit“ im frühen 19. Jh. auf dem Hintergrund immer wieder aufs neue angestellter Überlegungen zum Maniebegriff ab. Diese Autoren zeigten außerdem, daß Esquirol selbst „Manie“ synonym mit „Geistesgestörtheit“ benutzte (ebd., S. VIII). Desgleichen beschrieb Erasmus Darwin (1796), Charles Darwins Großvater, in seinem Werk *Zoonomia* 3 Manieformen, deren eine Zustände von Ekstase, Verzweiflung und Melancholie einschloß. Arnold (1806) formulierte es so: „Die ‚maniakalische Geistesstörung‘ wird zurecht als Gattungsbegriff angesehen, ist sie doch von allen Formen der Geistesstörung wahrscheinlich die umfassendste; ihr Gebiet erstreckt sich über die gesamte innere Vorstellungswelt und beinhaltet jede nur mögliche Verbindung bewußter Wahrnehmungsbilder, die ein krankes Gehirn beeinflussen und in den Wahnsinn treiben können. All seine Erscheinungsformen aufzuzählen, wäre nicht nur schwierig, es ist unmöglich.“

Veränderung des Begriffs bei Pinel

Die Veränderung des Begriffs begann im Werk Pinels (1809), der die Bezeichnung Manie – in ihrer sehr weiten Bedeutung – bezeichnenderweise aus dem Untertitel der 2. Auflage seines *Traité* strich. Er klassifizierte sie in seiner Nosographie als eine Unterform der Vesania (Geisteskrankheit), die gekennzeichnet sei durch „die Störung eines oder mehrerer Seelenvermögen, verbunden mit traurigem, fröhlichem, extravagantem oder gereiztem Affekt, und die zwar mitunter keine formalen Denkstörungen aufweist, stets jedoch eine ungerichtete Aggressivität“. Er beschrieb auch wahnhaft und nicht-wahnhaft Formen der Manie (Pinel 1818, S. 592). Zu Recht stellte Couchoud (1913) fest, daß es die große Gruppe der Manien gewesen ist, aus der schließlich die Melancholie, die Demenz und der Schwachsinn ausgegliedert wurden.

Manie bei Heinroth

Eine ähnliche Situation lag in der deutschen Psychiatrie vor. In dem historischen Einführungskapitel seines Buches schrieb Heinroth (1818), daß „die Manie eine Form von allgemeiner Geistesstörung ist, die von Raserei und dreister Ausführung von Willensimpulsen begleitet wird“ (ebd., S. 65). Er beschrieb 4 Formen der „Raserei“ (Manie): Mania sim-

plex (reine Raserei), Mania exstatica (Verrücktheit), Mania ecnoa (von Wahnvorstellungen begleitete Raserei) und Mania catholica (gewöhnliche Raserei). Außerdem untergliederte er die Manie in die folgenden Störungsbilder: Dämonomanie, Erotomanie, Melancholie mit Raserei, Lycanthropie, Mania cum tristitia (Manie mit Traurigkeit), Mania continua acuta, Mania chronica, Mania periodica, Mania satyriasis und Melancholia saltans (Neigung zu völlig ungebremsten Impulsen zu springen).

Mendel (1907), der wohl bedeutendste Manieforscher im späten 19. Jh. – sein Werk über die Manie erschien 1881 –, definierte diese Erkrankung als „eine funktionelle Psychose, die bestimmt wird von a) einer krankhaften Beschleunigung des Ideenflusses, b) motorischer Unruhe und c) dem Fehlen von Symptomen, die eine organische Hirnerkrankung belegen“. Zu ihren typischen Symptomen zählten nach Mendel Halluzinationen, formale Denkstörungen, Wahnvorstellungen, Verwirrtheit, Hypermnesie, gesteigerte Motorik und Gewichtsverlust. Er beschrieb 4 Stadien der Manie, das Initialstadium, das Stadium der Exaltation, der Raserei und das ausklingende Stadium, sowie 4 Untertypen, nämlich Hypomanie, rezidivierende Manie, schwere und periodische Manie. Das Manieverständnis Mendels beeinflusste dasjenige Kraepelins (1921).

Manie bei Mendel

Zwischen den Eckpfeilern Pinel und Mendel war der Maniebegriff nicht nur enger, sondern auch mehr syndromorientiert geworden. Dabei bezog er sich nunmehr nahezu ausschließlich auf die affektive Symptomatik. Wie war eine derartige Veränderung möglich geworden? Unwahrscheinlich ist, daß sie einfach das Resultat einer allmählichen Aufweichung des alten Maniebegriffes war. Die historische Betrachtung zeigt, daß das Wort „Manie“ um die 30er Jahre des 19. Jh. herum so gut wie völlig außer Gebrauch geriet, als nämlich manche seiner klinischen Funktionen von der Monomanienlehre übernommen wurden (Kageyama 1984; Calmeil 1939; Goldstein 1988). Aber auch die „Monomanien“ ihrerseits verloren bald an Popularität (Falret 1864), und ihr Niedergang wiederum führte zu einer Rückkehr des Terminus „Manie“, der bei dieser Gelegenheit allerdings mit einer neuen Bedeutung ausgestattet wurde.

*Verengung und affektive
Syndromorientierung
des Begriffs*

Ich möchte hier 6 Faktoren zur Diskussion stellen, die – neben anderen – zu der Verwandlung des alten in den neuen Begriff beigetragen haben:

*Gründe für den
Begriffswandel*

1. „Manie“ war eine viel zu allgemeine Kategorie, um für das analytisch-zergliedernde Herangehen an das Phänomen seelische Störung akzeptabel zu sein, das im 19. Jh. vorherrschte (Lanteri Laura 1982, 1983).
2. Der Begriff der „vollständigen Geistesstörung“, auf dem auch der Maniebegriff gefußt hatte, war durch den der „partiellen Geistesstörung“ ersetzt worden (Kageyama 1984).
3. Die Vermögenspsychologie führte zur Anerkennung von affektiven Geistesstörungen als eigene Krankheitsgruppe (Berrios 1987c).
4. Organisch begründbare Störungen wie die „progressive Paralyse“, zuvor regelmäßig Ausgangspunkt der Diagnose „manischer Zustand“, waren mittlerweile recht gut beschrieben und damit diagnostisch abgegrenzt worden (Berrios 1985a).

5. Die Begrifflichkeit der deskriptiven Psychopathologie wurde insoweit straffer, als die Nervenärzte tragfähige Definitionen der „Elementarsymptome“ schufen (Griesinger 1867).
6. Es wurde auch eine nur subjektiv zugängliche Symptomatik in die Definition von Geistesstörungen aufgenommen, wodurch „gehobene Stimmung“ zu einem zentralen Symptom avancierte.

6 Das 20. Jahrhundert

Entstehung von Vorstellungen über seelische Erkrankungen

Den formalen Abschnitten der Zeitrechnung kommt historisch nur geringe Bedeutung zu. So etwa geschah im Jahre 1900 – dasselbe wird für das Jahr 2000 gelten – nichts derart Wesentliches, daß sich die Bedeutung psychiatrischer Begriffe plötzlich grundlegend geändert oder deren seit dem 19. Jh. stattfindende kontinuierliche Entwicklung eine ganz andere Richtung genommen hätte. Unsere Vorstellungen über psychopathologische Symptome und seelische Erkrankungen sind Ergebnisse eines nur historisch zu verstehenden Vorganges, den man als „Konvergenzbewegung“ bezeichnen kann. Diese läuft etwa so ab: Ein einzelner Beobachter berichtet über ein einzelnes klinisches Phänomen, das unterscheidbar und stabil genug erscheint, um ein psychopathologisches Symptom, Syndrom oder eine seelische Erkrankung darzustellen. Das betreffende Verhalten wird beschrieben, und normalerweise werden weitere Beispielfälle (Kasuistiken) berichtet. Oft gibt bereits der Erstbeschreiber dem Phänomen einen Namen, sei es einen neu geschaffenen oder einen mit neuer Bedeutung ausgestatteten alten Begriff. Wenn möglich, schlägt er auch ein Erklärungsmodell vor, ein Krankheitskonzept, das sich der herrschenden medizinischen Lehrmeinung bedient.

Konvergenzbewegungen

Es konvergieren im Werk eines Autors somit ein Verhalten, ein Begriff und ein Konzept. Stellen sie sich als zeitlich überdauernd heraus, werden solche Konvergenzbewegungen als erfolgreich oder die Sache treffend bezeichnet. Die genauen Gründe dafür sind nicht klar. Unzureichend ist auf jeden Fall die Annahme, ein solcher Erfolg hänge v.a. davon ab, ob ein tatsächlicher biologischer Sachverhalt erfaßt werde, denn schließlich gibt es viele derartige Konvergenzbewegungen, die durch soziale und politische Faktoren unterhalten worden sind.

Dauerhaftigkeit von Konvergenzbildungen

Dauerhafte Konvergenzbildungen können zur Entstehung kollektiver Trugbilder beitragen, die ihrerseits wieder eine Versteinerung der Konvergenzbildungen zur Folge haben. Die Psychiater *müssen* dann die Dinge einfach in dieser speziellen Perspektive betrachten – oder sie wagen eben keine andere! Auch soziale und finanzielle Verflechtungen üben einen starken Einfluß auf das langfristige Überleben solcher Konvergenzbegriffe aus. Wenn sich nämlich einmal die pharmazeutische Industrie und die Reputation von Gelehrten eng mit der „Wahrheit“ eines bestimmten Konvergenzbegriffes verknüpft haben, dann wird es für Normalsterbliche sehr schwer, diesen in Frage zu stellen. Erfolg und Stabilität von ICD-10 und DSM-IV beruhen in bestimmter Hinsicht auf diesem sozialen Mechanismus.

Man kann dies nun für einen triumphalen Erfolg der Psychiatrie halten, ebenso aber auch für ihre Tragödie. Ersteres deswegen, weil Forscher jetzt auf die wissenschaftliche Kontinuität ihrer Tätigkeit verweisen können, darauf also, daß sie sozusagen nicht auf den Schultern von Riesen stehen. Aber eine solche Entwicklung kann für die Psychiatrie eben auch zur Tragödie werden, wenn nämlich die so emsig verteidigten Konvergenzbegriffe sich als vollständig falsch herausstellen sollten. Was etwa wäre, wenn das gegenwärtige kognitive Modell der Demenz sich als der Sache nicht angemessen erwiese – was wäre dann mit den enormen finanziellen Investitionen in vermeintliche Wundermittel? Oder wenn, was wahrscheinlich ist, die Ansicht, Wahn und Sinnestäuschungen seien entscheidende „positive“ Symptome der Schizophrenie, unzutreffend wäre? Was wird mit denen sein, deren Reputation darauf beruht, die gedanklichen Grundlagen von „positiven Symptomen“, Skalen, Neuroimagingtechniken und spezifisch neuroleptisch wirksamen Substanzen zu verbreiten?

*Glanz und Elend
der Psychiatrie*

Aus all diesen Gründen muß die Psychiatrie einen breiten konzeptionellen Rahmen behalten. Die sie verkörpernden meinungsbildenden Wissenschaftler, insbesondere diejenigen, die eng mit der angelsächsischen Tradition verbunden sind, müssen über die engen Grenzen ihrer eigenen Sprache hinausblicken, um die Stimmen der französischen, polnischen, russischen, deutschen oder chinesischen Psychiatrie zu hören. Auch würde es die Zukunft der Psychiatrie schwerwiegend beschädigen, grenzte man Psychopathologen und Phänomenologen als altmodisch-versponnene Gruppe aus, deren Mitglieder eben noch nichts von Neuroimaging gehört haben.

*Psychopathologie
als Fundament
der Psychiatrie*

Die zentrale Botschaft der Psychiatriegeschichte, auf die in diesem Kapitel wiederholt hingewiesen wurde, ist, daß die Psychopathologie, unterstützt von den Nachbarwissenschaften, das eigentliche Fundament der Psychiatrie bleiben wird. Ohne ihre Hilfe wäre es nämlich gar nicht möglich, die beschreibende psychopathologische Ebene auf säkulare genetische Veränderungen der klinischen Ausgestaltung seelischer Störungen, auf eine veränderte Lage hinsichtlich sozialrechtlicher Ansprüche und auf neu entwickelte Forschungstechniken hin auszurichten. Es ist von größter Bedeutung zu verstehen, daß es ein vollständig stabiles Raster psychopathologischer Beschreibungen und Begriffe niemals geben wird. Immer wieder werden Anpassungen erforderlich sein, um in angemessener Weise mit unseren Patienten umgehen zu können.

*Anpassungsnotwendigkeit
psychopathologischer
Begriffe*

Es ist hier nicht der Raum, das Schicksal der bislang erörterten Ideen und Begriffe im weiteren Verlauf des 20. Jh. im Detail nachzuzeichnen. Auf manche Aspekte muß aber eingegangen werden, v.a. um jüngeren Kollegen ein Gespür für die Kontinuität der Entwicklung zu vermitteln. Da der vorliegende Band vorwiegend deutschsprachigen Psychiatern zugänglich sein wird, liegt die Betonung in den nun folgenden Abschnitten auf der französischen und britischen Psychiatrie.¹⁴

¹⁴ Anmerkung der Herausgeber: Zur Entwicklung der deutschsprachigen Psychiatrie im 20. Jh. vgl. auch Ackerknecht (1985), Finzen (1996), Hoff (1994), Kolle (1956–1963), Kreuter (1996), Schliack u. Hippius (1998).

6.1 Frankreich

Inhaltlicher Reichtum der französischen Psychiatrie

Über die Geschichte der französischen Psychiatrie im 20. Jh. zu schreiben, ist eine schwierige Aufgabe. Dies liegt nicht etwa daran, daß die französische Psychiatrie von ihrer begrifflichen Entwicklung her allgemein so schwierig wäre – obwohl sie es in mancherlei Hinsicht durchaus sein kann –, sondern vielmehr in der Tatsache, daß es einfach zu viel über dieses Thema zu sagen gäbe. Der inhaltliche Reichtum bringt uns in die Verlegenheit, eine Auswahl treffen zu müssen. Das wiederum birgt das Risiko einer verzerrten Darstellung.

Interaktion von Theorie und Praxis

Seit dem 19. Jh. wird die französische Psychiatrie charakterisiert durch die fruchtbare Interaktion zwischen theoretischen Konzepten und klinischer Praxis, durch ein großes Interesse an der Entwicklung einer „Sprache 2. Ordnung“ und schließlich – dies gilt für die Zeit nach 1860 – durch eine starke methodische Strömung, die eine historisierend-longitudinale (diachronische) Perspektive vertrat. Sowohl die Psychoanalyse (Mordier 1981) als auch der Erste Weltkrieg hatten einen negativen Einfluß auf den epistemologischen Stand der Dinge, und dies trotz der Bemühungen von Autoren wie Semelaigne (1932), der in seinem Werk versuchte, die Zwischenkriegsgeneration mit ihrer bedeutenden psychiatrischen Vergangenheit in Einklang zu bringen.

L'Evolution Psychiatrique

In den 30er Jahren unseres Jahrhunderts entstand auch eine wissenschaftliche Gesellschaft, die als L'Evolution Psychiatrique bekannt wurde und die bald damit begann, eine Vierteljahresschrift gleichen Namens herauszugeben. Eines ihrer Mitglieder war Henri Ey, bereits damals, in seinen frühen Dreißigern, ein sehr produktiver Denker. Diese Vereinigung hatte einerseits ein waches Gespür für historische Zusammenhänge, andererseits aber eine Einstellung zur eigenen, nämlich der psychiatrischen Wissenschaft, die man nur als ambivalent beschreiben kann, enthielt sie doch sowohl Elemente des Stolzes als auch der Ablehnung. So kam es, daß diese Autoren zwar die großen, im 19. Jh. stattgehabten Debatten der Société Médico-Psychologique als wesentliche Wurzeln zahlreicher späterer Begriffe ansahen, doch kritisierten sie, beeinflusst von der Psychoanalyse und einer modifizierten Jacksonschen Modellvorstellung, die französische Psychiatrie als übertrieben deskriptiv orientiert. Die Publikationen aus diesem Kreis umfassen klassische Arbeiten etwa über Halluzinationen und Zwangsvorstellungen.

Auswirkungen des Zweiten Weltkrieges

Die erheblichen Auswirkungen des Zweiten Weltkrieges auf das intellektuelle Leben Frankreichs betrafen natürlich auch die akademische Psychiatrie. Bedeutende Autoren wie Dide (Mangin-Lazarus 1994) und Halbwachs (Coser 1992) wurden umgebracht, Veröffentlichungen zu wissenschaftlichen Spezialthemen kamen ins Stocken oder unterblieben völlig. Diese düstere Stimmung spricht beispielsweise aus der Jubiläumsausgabe der *Annales Médico-Psychologiques* (1943) anlässlich des 100jährigen Bestehens der Zeitschrift: Alle Übersichtsartikel sind offenkundig in Eile und ohne Zuhilfenahme von Bibliotheken, die entweder geschlossen oder versteckt waren, geschrieben worden. Bemerkenswert unter diesen Arbeiten ist allerdings eine Studie von Guiraud über die Geschichte der

Demenz. Ihr Autor war damals eine der zentralen Figuren der französischen Psychiatrie.

Ab 1950 begannen sich die Dinge zu verbessern, als nämlich der 1. Weltkongreß für Psychiatrie in Paris veranstaltet wurde, den Henri Ey präsi- dierte. Die Gegenwart führender Fachvertreter aus der ganzen Welt wurde als starke Unterstützung erlebt und gab der französischen Psychiatrie wesentlichen Auftrieb. Eys Erklärungsansätze sowohl der Entstehung seelischer Krankheiten als auch der Entwicklung psychiatrischen Denkens beruhten auf einer longitudinalen, diachronischen Perspektive. Unter dem Einfluß Hughlings Jacksons betrachtete Ey Krankheit und historische Entwicklung auf dieselbe Art und Weise, nämlich als Ergebnis eines sowohl Auflösungsvorgänge als auch Kreisbewegungen beinhaltenden Geschehens (Berrios 1977).

Henri Ey

Ein weiteres aussagekräftiges Beispiel für einen Psychiater, der einen Zeitraum von 3 Generationen überbrückte, ist Henri Baruk: Er begann seine Laufbahn 1926 mit einem herausragenden Buch über psychiatrische Aspekte bei Patienten mit Hirntumoren. 1965 veranstaltete Professor Coury, der damalige Leiter des Instituts für Geschichte der Medizin an der Universität von Paris, ein Seminar, in dessen Verlauf Baruk 5 Vorlesungen über die Geschichte der Psychiatrie im 19. und 20. Jh. hielt. Die daraus entstandene Veröffentlichung mit dem Titel „Die französische Psychiatrie von Pinel bis zur Gegenwart“ (Baruk 1967) stellte eine sehr sinnvolle zeitliche Einteilung der französischen Psychiatrie zur Diskussion: Baruk unterschied hier die philanthropische, die klinische, die anatomisch-klinische, die psychopathologische und schließlich die rechtsmedizinisch geprägte Periode.

Henri Baruk

Dieser kurze historische Überblick stützt die Annahme, daß die französische Psychiatrie im 20. Jh. versuchte, die von zuvor tätigen Nervenärzten gebahnten Wege weiter zu verfolgen. Insoweit stand sie neuen Konzepten mitunter abweisend gegenüber. Ein gutes Beispiel dafür ist die zu Beginn unseres Jahrhunderts geführte Debatte über die klinische Validität des Kraepelinschen Dementia-praecox-Konzeptes. Bei anderer Gelegenheit wurde die zurückhaltende Einstellung geradezu xenophobisch, etwa im Falle der antideutschen Studie Chaslins (1914). Ein größeres Maß an Durchlässigkeit legte man anderen Entwürfen gegenüber an den Tag, etwa im Hinblick auf die Psychoanalyse, der seit den frühen Schriften Angelo Hesnards (1971) in manch einem französischen Krankenhaus eine Sonderstellung zugesprochen worden war.

*Partielle
Innovationsabwehr*

Jedoch wurden auch einige zentrale Leitgedanken des 19. Jh. weiterentwickelt. De Clérambault modifizierte den früheren Begriff der „automatisme psychologique“ und machte ihn zum eigentlichen Kern seiner ideenreichen, wenn auch sehr eigenwilligen Psychopathologielehre (Marchais 1995). Inspiriert von Bergson und Dürkheim, verfaßte Charles Blondel eines der originellsten Bücher über psychopathologische Symptome und krankhafte Veränderungen des Bewußtseinszustandes, die je geschrieben wurden (Fuentenebro u. Berrios 1997). Henri Ey versuchte, die Psychoanalyse, Jacksonsche Vorstellungen und die althergebrachte deskriptive französische Tradition miteinander in Einklang zu bringen

*Weiterentwicklungen von
Leitgedanken des 19. Jh.*

(Berrios 1977). Guiraud entwickelte in den 30er Jahren ein feinsinniges neurobiologisches Modell seelischer Erkrankung, Mourgue trug wesentlich zur Ausarbeitung eines faszinierenden diachronischen Modells bei (Monakow u. Morgue 1928), Lacan (1977) ließ in seiner einflußreichen Dissertation über die Paranoia bereits Entwicklungen ahnen, die erst viel später zum Tragen kommen sollten, und Ajuriaguerra schließlich übernahm nach seiner in Paris absolvierten Ausbildung den Genfer Lehrstuhl, um dort seine später weithin bekannte neuropsychiatrische Forschungsarbeit zu verwirklichen (Berrios 1992b).

Seelische Erkrankung als komplexes und dynamisches Phänomen

All diese sehr französischen Ansätze hatten die Überzeugung gemeinsam, psychopathologische Symptome seien eben nicht einfach kleinste Analyseeinheiten, die bei klarem Bewußtsein auftreten und sich zu Gruppen zusammenfassen lassen. Vielmehr seien sie Ausdruck grundlegender struktureller Veränderungen der Psyche im Sinne von Dissolution und Regression, die ihrerseits umfassende Veränderungen der Rahmenbedingungen bewußten Erlebens verursachen. Dadurch wurde aber auch die seelische Erkrankung selbst zu einem komplexen und dynamischen Phänomen – ein Standpunkt im übrigen, der in mancherlei Hinsicht dem ideenreichen Konzept Janzariks (1959) ähnelt.

Versorgungsorientierte Grundeinstellung

Für den Psychiatriehistoriker immer noch spürbar ist die außerordentliche Anstrengung, die die französische Psychiatrie nach dem Zweiten Weltkrieg unternommen hat, um ihrer Nosologie und ihrer versorgungsorientierten Grundeinstellung treu zu bleiben. In den 50er und 60er Jahren führte der Einfluß linksgerichteter politischer Kräfte, aber auch die theoretische und praktische Arbeit begabter eingewanderter Autoren (Fanon, Tosquelles) zur Entwicklung einer neuartigen Sozialpsychiatrie sowie zu einem Bedeutungszuwachs der sektorisierten Psychiatrie und der Kontinuität psychiatrischer Versorgung (Raynier u. Beaudouin 1961; Fourquet u. Murard 1980). Man ließ Psychoanalyse, Neurobiologie, deskriptive Psychopathologie und Phänomenologie sich parallel nebeneinander entwickeln und machte sich kaum die Mühe, nach Gemeinsamkeiten zu suchen. Die entscheidenden wissenschaftlichen Fachzeitschriften veröffentlichten ihre Beiträge weiterhin in französischer Sprache, und man setzte, abgesehen von wenigen Ausnahmen wie Pierre Pichot, nicht viel daran, der Außenwelt die Vorstellungen der französischen Psychiatrie nahezubringen.

Gegenwärtige Tendenzen

Dieses Szenario hat sich in jüngster Zeit allerdings verändert. Die deskriptive Psychopathologie und die klinische Tradition im Sinne von Séglas, Chaslin, De Clérambault, Guiraud oder Ey sehen sich der Gefahr ausgesetzt, von dem zunehmend akzeptierten DSM-IV in den Schatten gestellt zu werden. Bedeutende Fachzeitschriften wie etwa *L'Encéphale* haben sich auf die englische Sprache umgestellt, und die Ergebnisse in Frankreich durchgeführter wissenschaftlicher Untersuchungen erscheinen mehr und mehr in angelsächsischen Veröffentlichungen. Zum Wohle der Menschheit bleibt zu hoffen, daß inmitten all dieser Veränderungen das persönliche wie wissenschaftliche Interesse an denjenigen Ideen, die die französischsprachige Psychiatrie seit dem 19. Jh. geprägt haben, nicht verlorengeht.

6.2 Großbritannien

Das starke Interesse für Fragen des praktischen Umgangs mit psychotischen Menschen hat die britische Psychiatrie des 20. Jh. aus früheren Zeiten übernommen¹⁵. Natürlich ist darüber hinaus auch über den begriffsgeschichtlichen Aspekt zu reden, der in ganz beständiger Weise Veränderungen der theoretischen Rahmenbedingungen in der deutschen und französischen Psychiatrie widerspiegelt hat.

Praxisorientierung

So etwa hat das englische Wort „psychopathology“ seit den 50er Jahren des 19. Jh. seine Bedeutung mindestens 3mal geändert. Seine Existenz begann 1847 als wörtliche Übersetzung des von von Feuchtersleben (1845) gebrauchten deutschen Wortes „Psychopathologie“. Zu dieser Zeit war allerdings der deutsche Sprachgebrauch bezüglich dieses Begriffes eher explikativ als deskriptiv: „Die Psychopathologie ist hinsichtlich dieser kritischen Prozesse noch nicht genügend klar erarbeitet worden“ (von Feuchtersleben 1847, S. 70). Eine solche Sicht der Dinge erlangte allerdings in England keinen Einfluß, Winslow (1848) etwa vernachlässigte sie vollständig. Gegen Ende des 19. Jh. kam der Begriff mit forensischer Bedeutung wieder auf, nämlich als „diejenige Wissenschaft, die sich mit den rechtlichen Aspekten der Geisteskrankheit befaßt, also mit den Rechten und Pflichten von Geisteskranken“ (Tuke 1892b, S. 1014).

Bedeutungswandel von „psychopathology“

Eine Erklärung für die mangelnde Durchsetzungsfähigkeit des Begriffes „psychopathology“ in Großbritannien dürfte in der Existenz bereits eingeführter Konkurrenzbegriffe zu sehen sein, etwa „psychological medicine“, „mental science“, „mental pathology“ und „mental physiology“. Zu Beginn des 20. Jh. verlor auch der genannte forensische Gebrauch des Terminus stetig an Bedeutung. Der Begriff füllte sich nunmehr zusehends mit den in der kontinentalen Psychiatrie erörterten Inhalten. 1903 gründeten Pierre Janet und Georges Dumas das *Journal de Psychologie Normale et Pathologique*, und 5 Jahre später veröffentlichte Dumas (1908) sein Werk *Quest-ce que la psychologie pathologique?*, in dem er dafür plädierte, die Pathologie des Seelenlebens der wissenschaftlichen Disziplin der Normalpsychologie zuzuweisen. 1889 hat Binet die Situation sehr exakt beschrieben: „Mit wenigen Ausnahmen haben die Psychologen meines Landes den Deutschen die psychophysiologische Forschung überlassen und den Engländern die vergleichende Psychologie, um sich selbst vollständig der pathologischen Psychologie widmen zu können“ (Beauchesne 1986, S. 67).

Eingeführte Konkurrenzbegriffe

Die französische Debatte, ob es einen kontinuierlichen Übergang von normalem zu abnormalem Verhalten gäbe, wurde im frühen 20. Jh. in Großbritannien wiederholt. Man suchte sehr angestrengt nach einem Begriff für denjenigen Zweig der Psychologie, der sich vorwiegend der psychologischen – und eben nicht der somatischen – Erklärung geistiger Störung widmete. Zum damaligen Zeitpunkt waren aus der Sicht der Psychologen Ausdrücke wie „mental science“, „psychiatry“ und „psychological medicine“ allesamt durch ihren regelhaften Gebrauch durch

¹⁵ Diese Entwicklung findet sich in ihrer vollständigen historischen Dimension dargestellt in Berrios u. Freeman (1991) sowie Freeman u. Berrios (1996).

Bedeutungserweiterung von „psychopathology“

Nervenärzte gleichsam kompromittiert und für sie daher ebensowenig akzeptabel wie für Ärzte psychodynamischer Provenienz. So wurde dem Begriff „psychopathology“ durch Jastrow (1902) seine weiteste Definition zuteil: „Die allgemeine wissenschaftliche Beschäftigung mit krankhaften seelischen Zuständen; ein Synonym für Psychiatrie und Psychologie des Abnormen, jedoch eigentlich noch umfassender als diese beiden, da es der Psychopathologie v.a. um die ganz allgemeine wissenschaftliche Erforschung aller Formen seelischer Störung geht“ (ebd., S. 391). Diese Definition sollte weite Verbreitung finden, insbesondere in den USA, wo der Begriff Psychopathologie eine Zeitlang sogar als Synonym für Psychiatrie benutzt wurde (Berrios 1991b). Bald darauf wurde allerdings auch die britische Psychiatrie durch das Aufkommen der Psychoanalyse beeinflusst.

6.2.1 Psychodynamische Periode

Anerkennung psychodynamischer Positionen

Die frühen Einflüsse psychodynamischer Vorstellungen Janets und Freuds auf das psychiatrische Denken in Großbritannien sind noch nicht umfassend untersucht worden (Hinshelwood 1991). Sie werden i. allg. aber für eher gering gehalten, da die britische Psychiatrie durch ihre empiristische Grundeinstellung gleichsam geschützt war und sie ihre zentrale klinische Aufgabe in der Organisation der Versorgung psychotischer Menschen sah. Während des Ersten Weltkrieges und danach sollte sich dies aber ändern: Die Versuche, das Phänomen der „Kriegsneurosen“ („shell-shock“; Merskey 1991) zu erklären, führten nämlich zu einer allmählichen Anerkennung psychodynamischer Positionen. Diese scheinen bei genauer Betrachtung damals veröffentlichter wissenschaftlicher Arbeiten um einiges einflussreicher gewesen zu sein, als man bisher angenommen hat (vgl. Hart 1927).

Britische Assimilation der Psychoanalyse

Mit Beginn des Ersten Weltkrieges hatte der Begriff „Psychopathologie“ auch in Großbritannien seine umfassendste Bedeutung gewonnen. In den Goulstonian Lectures von 1926 stellte Bernhard Hart, ein bedeutender zeitgenössischer Nervenarzt, fest: „Psychopathologie meint nicht nur die bloße Beschreibung von seelischen Symptomen, sondern eine wissenschaftliche Unternehmung mit dem Ziel, Krankheit allgemein oder ganz bestimmte Krankheiten unter Bezugnahme auf psychologische Vorgänge zu erklären“ (Hart 1927, S. 2). Diesen Typus der Erklärung unterschied er von „somatischen Erklärungen“, wie sie „in der Psychiatrie“ Anwendung fänden.

Harts Werk stellt ein illustratives Beispiel für die Art dar, in der die Psychoanalyse den wissenschaftstheoretischen Grundlagen der britischen Psychiatrie assimiliert wurde (Pines 1991). Während er einerseits eine ganze Reihe klassischer Freudscher Kategorien benutzte, empfand Hart auf der anderen Seite ständig das Bedürfnis, sich als Vertreter eines „wissenschaftlichen“ und „empiristischen“ Ansatzes – jeweils im spezifisch britischen Sinne dieser Begriffe – zu präsentieren. Diese spannungsreiche Haltung findet ihren geradezu schmerzvollen Ausdruck in der Hartnäckigkeit, mit der er an der Definition von Wissenschaft festhielt, die Pearson (1892) formuliert hatte und die mit derjenigen Freuds gänzlich unvereinbar war.

In dieser Hinsicht war Hart aber nicht alleine. C.S. Myers und W.H.R. Rivers, beide von der Universität Cambridge, waren ebenso von psychoanalytischen Konzepten beeinflusst und planten, eine „wissenschaftliche Psychopathologie“ zu entwickeln (Crampton 1978). Diesbezüglich hatten sie insoweit Erfolg, als an der Universität Cambridge eine Hochschuldozentur für Psychopathologie eingerichtet wurde. Der erste Inhaber dieser Position, J.T. McCurdy, ein kanadischer Psychiater und Psychologe, stimmte mit Rivers und Myers darin überein, daß sowohl die Beschreibung als auch die psychologische – also nicht-somatische – Erklärung seelischer Symptome Gegenstand der Psychopathologie seien (Banister u. Zangwill 1949). Diese wissenschaftliche Sichtweise spiegelte den Zeitgeist wider. Unter McCurdys Anleitung entwickelte R.D. Gillespie (1929) die Begriffe „reaktive“ und „neurotische“ Depression.

Pläne für eine wissenschaftliche Psychopathologie

Eine weitere bemerkenswerte Gestalt in diesem Zusammenhang ist William McDougall, der ebenfalls psychopathologische Forschung in Cambridge betrieb. Seine frühe Konzeption einer „klinischen Psychologie“ beinhaltete die Erforschung seelischer Störungen, wie er in überzeugender Weise bei seiner Ansprache als Präsident der medizinisch-psychologischen Vereinigung Großbritanniens und Irlands zum Ausdruck brachte (McDougall 1919). In seinem „Umriß der Psychologie des Abnormen“ gebrauchte McDougall (1926) den Ausdruck „Psychologie des Abnormen“ gleichbedeutend mit Psychopathologie und zitierte zustimmend die Feststellung Eugen Bleulers, wonach „einer der wichtigsten, wenn nicht überhaupt der wichtigste aller Wege zum Wissen über die menschliche Seele der psychopathologische Weg“ ist (McDougall 1929, S. VII).

McDougalls Modell einer „klinischen Psychologie“

Später stellte McDougall ein eigenwilliges wissenschaftliches Modell vor, in dessen Zentrum ein „energetisierendes Prinzip“ oder „Horm“ stand, das sich deutlich an Freuds Libidobegriff, Bergsons Konzept des „élan vital“ und Oskar Vogts Bezeichnung Neurokyme anlehnte. In seiner Autobiographie schrieb McDougall (1930): „In die Grundlagen meiner Psychologie des Abnormen nahm ich die mir am solidesten erscheinenden Teile der Lehren von Freud, Jung und Morton Prince auf, v.a. die Grundgedanken des Konfliktes, der Verdrängung und Abspaltung sowie den ganzen Komplex unterbewußt wirksamer Kräfte“ (ebd., S. 215f.). Der Einfluß, den McDougall auf die britische Psychiatrie ausgeübt hat, ist bis heute noch nicht vollständig untersucht worden.

6.2.2 Deskriptive und „phänomenologische“ Periode

In den 30er Jahren wurde Großbritannien das große Glück zuteil, zur Zufluchtstätte für eine ganze Reihe bedeutender Vertreter der kontinentaleuropäischen Psychiatrie zu werden, etwa für Willy Mayer-Gross, Eric Guttman, Alfred Meyer, Stephan Krauss und für den Österreicher Erwin Stengel.¹⁶ Mayer-Gross kam 1933 nach Großbritannien und hinterließ nach seinem Tod ein bedeutendes intellektuelles Erbe. Slater u. Roth (1969) sollten es einige Jahre später so formulieren: „Mayer-Gross war im Denken der deutschen psychiatrischen Schule ausgebildet worden.

„Verjüngung“ der Psychiatrie durch Emigranten

¹⁶ Eine historische Analyse der Ereignisse findet sich in Peters (1996).

Seine Beiträge waren, wie auch diejenigen anderer bedeutender Autoren wie Beringer, Gruhle und Jaspers, von entscheidendem Einfluß auf das bemerkenswerte Aufblühen der klinischen Psychiatrie im Kontext der „Phänomenologie“, also der exakten Untersuchung und präzisen Beschreibung seelischer Ereignisse, die eine wesentliche Voraussetzung für deren Verständnis darstellen“ (ebd., S. XIII). Dieselben Autoren vertraten auch die Auffassung, Mayer-Gross habe zur „Verjüngung“ der britischen Psychiatrie beigetragen, die „sich bis dahin in den unproduktiven Verallgemeinerungen der meyerianischen Psychobiologie festgefahren hatte“ (ebd., S. XIII). Diese Feststellung ist historisch zutreffend. Bis in die 30er Jahre hinein bewegte sich die britische Psychiatrie in einer meyerianischen und psychodynamischen Sackgasse, abgeschottet von allen anderen gedanklichen Entwicklungen.

Desinteresse an der Phänomenologie

So etwa zeitigten die 4 Vorlesungen über die „Phänomenologische Methode“, die Husserl 1922 an der Universität von London gehalten hatte, keinerlei Folgen (Spiegelberg 1982). Gilbert Ryle soll zu Beginn seiner wissenschaftlichen Laufbahn von seinem akademischen Lehrer aufgefordert worden sein, Deutsch zu lernen, um Husserls „Logische Untersuchungen“ im Original lesen zu können. Mit dieser Fähigkeit ausgestattet, verfaßte er später (1929) einen Kommentar zu Heideggers „Sein und Zeit“. In seiner Autobiographie erinnerte Ryle (1970) an das mangelnde Interesse an der Phänomenologie im Oxford der 20er Jahre und stellte fest: „Es wird manchmal behauptet, daß ich in meiner mehr oder weniger sinnvoll verbrachten Jugend eine Zeitlang Anhänger der Husserlschen Phänomenologie gewesen sei. Daran ist nicht viel Wahres“ (ebd., S. 9).

Verzögerung der Einflüsse Jaspers'

Mayer-Gross forderte die präzise Beschreibung seelischer Ereignisse und bemühte sich sehr um die Entwicklung strukturierter Erhebungsinstrumente für die systematische Erfassung klinischer Informationen (Lewis 1970b). Seinen Schülern impfte er eine Grundhaltung ein, die geprägt war von einer ausgewogenen Verbindung deskriptiv-psychopathologischen und neurobiologischen Denkens. Vielen soll er das Werk Jaspers' nahegebracht haben. Dabei ist aber von einigem historischen Interesse, daß der Psychiatriehistoriker trotz dieser Lehrtätigkeit keinerlei greifbaren Beleg eines Jaspersschen Einflusses zu finden vermag. Erst in den 50er Jahren begann eine Gruppe von Psychiatern in Manchester unter der Leitung von Professor E.W. Anderson mit der Übersetzung einiger klassischer deutscher Texte einschließlich der 1946 erschienenen Ausgabe von Jaspers' *Allgemeiner Psychopathologie*. Erstaunlicherweise erschien diese erste englische Übersetzung aber nicht vor dem Jahre 1963.

Rückständigkeit psychopathologischer Erklärungsansätze

Einen weiteren Beleg für das bemerkenswerte Fehlen Jaspersschen Einflusses stellt Ernest Nicoles Buch dar. Als Vorsitzender der Arbeitsgruppe Psychopathologie der Royal Medico-Psychological Association verfaßte Nicole 1930 ein in der Folgezeit sehr populär gewordenes Buch, das 6 Auflagen erlebte. Die 1946 erschienene 4. Auflage enthielt etwa 1400 Literaturangaben, das mit Abstand umfassendste Literaturverzeichnis, das jemals in einem Buch über Psychopathologie zu finden war! Um so überraschender ist natürlich das Fehlen jeglichen Verweises auf Jaspers oder Mayer-Gross. Daher war noch 1946 Nicoles mehr oder weni-

ger offizielle Psychopathologielehre einer geistigen Haltung aus der Zeit vor 1930 verpflichtet. Sie stellte im Ergebnis nicht mehr dar als eine Aufzählung von Erklärungsversuchen aller seelischen Erkrankungen, wobei manche somatischen Theorien einbezogen wurden.

Auch die folgende drastische Äußerung von Anderson (1963) verdeutlicht, daß der Jasperssche Einfluß auf die britische Psychiatrie viel verzögerter zum Tragen kam, als es rückblickend eingeräumt wird: „Die Auffassung, daß diese Schule [die Phänomenologie] in England nur unzureichend rezipiert wurde, ist eigentlich kaum überraschend. Es lassen sich nämlich viele Gründe dafür finden, an erster und wichtigster Stelle die Sprachbarriere. Zum zweiten sind Jaspers' Gedankenwelt und literarischer Stil auch für diejenigen schwer verständlich, die mit der deutschen Sprache vertraut sind, was zweifellos mit seiner philosophischen Ausbildung zusammenhängt. Schließlich ist es nicht leicht möglich, wenn denn überhaupt, eine angemessene Übersetzung für solche von ihm oft verwandten Begriffe zu finden, die er selbst speziell zur Bezeichnung bestimmter Bedeutungsnuancen geschaffen hatte. Auf die Engländer mit ihrem eingefleischten Empirismus kann ein solcher Ansatz leicht abstoßend wirken ... Freilich ist dies eine oberflächliche Bewertung.“ Mit Blick auf die Art von Psychopathologie, die damals im Vereinigten Königreich weit verbreitet war, fügte Anderson hinzu: „Im Sinne einer bemerkenswerten Paradoxie haben übrigens unsere vermeintlich empirisch orientierten Landsleute ziemlich bereitwillig und, im ganzen betrachtet, mit einem erstaunlichen Mangel an Selbstkritik die unbewiesenen und unbeweisbaren Behauptungen der sog. psychodynamischen Schulen akzeptiert“ (Anderson 1963, S. Vf.).

Rezeptionsbarrieren

Auch andere wichtige lehrbuchartige Darstellungen der Psychopathologie, die in diesem Zeitraum veröffentlicht wurden, lassen wenig Begeisterung für Jaspers erkennen. So etwa konstatierte Taylor (1966) in der Erstauflage seines Werks *Psychopathology*: „Psychopathologie ist ein Begriff mit vielen Bedeutungen. In der Geschichte des modernen psychiatrischen Denkens war seine Entwicklung eine sehr wechselvolle, nahm er doch mit dem Aufkommen jeder neuen Modellvorstellung über seelische Erkrankungen neue Bedeutungen und Konnotationen auf“ (ebd., S. IX). Und trotz seiner offenkundig positiven Einstellung zur Phänomenologie stellte sich Taylor die Psychopathologie immer noch als eine Form der „Physiologie des Geistes“ (ebd., S. 10) vor.

Kritische Distanz zu deutschen Auffassungen

Im selben Jahr wurde Frank Fish, ein Psychiater deutscher Herkunft, darum gebeten, an der Universität von Manitoba ein Seminar zum Thema Symptome auszurichten. Er hat dies in der Folge als „Klinische Psychopathologie“ veröffentlicht. Obwohl sein Schwerpunkt damals auf dem deskriptiven Ansatz lag, sah sich Fish (1967) zu einer einschränkenden Feststellung genötigt: „Dieses Buch wurde von einem deskriptiven Standpunkt aus geschrieben und überbetont daher ganz bestimmte Aspekte der Psychiatrie. Dies bedeutet nicht, daß nach der Überzeugung des Autors eine mehr interpretative Psychologie, wie etwa die Freudsche Psychopathologie und die experimentelle Psychologie, nichts zu unserem Verständnis psychiatrischer Zeichen und Symptome beizutragen hätten.“

Deskriptionsdefizite

Rezeptionsprobleme

Der ebenfalls aus Deutschland stammende Max Hamilton (1974) brachte das Buch nach Fishs frühem Tod auf den neuesten Stand. Er schrieb, daß „jeder, der mit der angloamerikanischen psychiatrischen Literatur vertraut ist, wissen wird, daß die sorgfältige Beschreibung psychiatrischer Symptome in der englischen Sprache durch Abwesenheit glänzt“ (ebd., S. 1). Und mit Blick auf Jaspers' *Allgemeine Psychopathologie* hält er fest: „Unglücklicherweise stellt dieses Werk die einzige auf englisch zugängliche Darstellung deutscher Auffassungen über die Symptomatologie dar. Das Buch ist nämlich mit Philosophie überladen, es ist schon ziemlich veraltet und gibt Ansichten, die von Jaspers selbst nicht akzeptiert werden, zu wenig Raum“ (ebd., S. 1). Ein offeneres und prägnanteres Urteil dürfte kaum vorstellbar sein.

Eysencks „Psychologie des Abnormen“

1960 gab Hans Eysenck, ein weiterer deutschsprachiger Autor, seine epochemachende *Psychologie des Abnormen* heraus und widmete sie Kraepelin. Dieses Werk sollte unter Psychologen sehr einflußreich werden, stammten doch die in ihm gesammelten Beiträge von den besten forschungsorientierten Psychologen der späten 50er Jahre. Eysenck (1960) zielte ab auf die „Integration durch Theorie, ein Versuch, die Psychologie des Abnormen als Bestandteil der allgemeinen experimentellen Psychologie zu betrachten“ (ebd., S. VIII). Seiner Auffassung nach handelte es sich bei den Symptomen um dimensional angeordnete Phänomene, die sich auf einem Kontinuum zwischen gestörter und ungestörter seelischer Funktion befinden. Daher wies er der Psychopathologie die Aufgabe zu, „die Einzelercheinungen abnormen Verhaltens aus allgemeinen Gesetzmäßigkeiten“ abzuleiten.

Zusammenfassend ist festzuhalten, daß die erste in Großbritannien etablierte psychopathologische Tradition eine verwässerte Variante des Freudschen Ansatzes war. Ihre Exponenten kämpften für die Entwicklung einer Wissenschaft vom gestörten Seelenleben, die einen Satz von Beschreibungen und psychologischen Erklärungen seelischer Symptome zur Verfügung stellen konnte. Diese Tradition herrschte bis in die 30er Jahre vor, als die deutschsprachigen Psychiater Auffassungen mit nach Großbritannien brachten, in denen sich die deskriptiv orientierte Psychopathologie Jasperscher Prägung mit der ausdrücklich gutgeheißenen Suche nach organischen ätiologischen Faktoren verband.

6.2.3 Gegenwart

Wie versteht nun der britische Psychiater von heute die Begriffe „Psychiatrie“ und „Psychopathologie“, und wie setzt er sie in der täglichen klinischen Arbeit um? Nach wie vor lehrt man, daß sich die „deskriptive Psychopathologie“ – ihrerseits unterteilt in eine „phänomenologische“ oder deskriptive und eine experimentelle Variante – mit der „Form“ beschäftige, wohingegen sich die „psychodynamische Psychopathologie“ den „Inhalten“ der Symptome zuwende. Nun gibt es aber keinerlei Regeln, die Querverweise von einer Variante auf die andere ermöglichen würden, so daß diese Unterteilung nur wenig mehr darstellt als einen Kompromiß zwischen zwei einander im Grunde nicht berührenden psychopathologischen Ansätzen.

Dualismus zwischen phänomenologischer und psychodynamischer Psychopathologie

Die aktuelle britische Psychiatrie präsentiert dem Psychatriehistoriker einen „kombinierten“ oder „eklektischen“ Ansatz, der geradezu zu ihrem Markenzeichen geworden ist. Die unter dieser Flagge segelnden Forscher legen zwar einerseits ständig Lippenbekenntnisse ab zur Objektivität der „atheoretisch“ beschreibenden Psychopathologie, machen aber auf der anderen Seite sehr wohl Annahmen über das Wesen des Geistes und die Verursachung seelischer Erkrankungen durch gestörte Hirnfunktionen. Sie haben einem absolut gesetzten Bedürfnis nach „Reliabilität“ nachgegeben und verlassen sich daher mehr und mehr auf nach außen hin abgeschottete psychopathologische Glossare, etwa das DSM-IV. Die meisten von ihnen halten eine wissenschaftliche Psychopathologie gar nicht mehr für nötig, da die Beschreibung von Symptomen nunmehr ja vollständig sei. Sehr vielsagend in diesem Zusammenhang ist die Tatsache, daß es im gegenwärtigen Royal College of Psychiatrists keine Entsprechung gibt für die Arbeitsgruppe Psychopathologie der alten Royal Medico-Psychological Association.

*Desinteresse an
wissenschaftlicher
Psychopathologie*

7 Zusammenfassung und Schlußfolgerungen

Dieser Beitrag hat versucht, an ausgewählten Beispielen darzustellen, wie die wesentlichen Begriffe, die die moderne Psychiatrie dominieren und ihr verborgenes gedankliches Gerüst darstellen, entstanden sind. Psychiatrie wird dabei als komplexer medizinisch-sozialer Prozeß verstanden. Sein Erfolg hängt aus historischer Perspektive von der fortschreitend zu verbessernden Präzision ab zwischen den von Wissenschaftlern konstruierten Deskriptionen einerseits und den seelischen Symptomen, also Verhaltensmerkmalen, die (vorwiegend) Folgen neurobiologischer Läsionen sind, andererseits. In jedem Fall jedoch kommt sozialen Faktoren eine entscheidende modulierende Rolle zu. In praxi werden nämlich die mehr oder weniger unstrukturierten „reinen Wahrnehmungen“ stets durch individuelle, soziale und kulturelle Bedeutungszuschreibungen prägend modifiziert.

*Psychiatrie als
medizinisch-sozialer
Prozeß*

Auf der Verhaltensebene angesiedelte Signale und die ihnen zugrundeliegenden biologischen Mechanismen setzen Verstehensversuchen in aller Regel großen Widerstand entgegen, sind sie doch gleichsam Urformen des Verhaltens, die, um überhaupt verständlich werden zu können, ausgeprägter soziokultureller „Formatierung“ bedürfen. Die Beschreibung und wissenschaftliche Systematisierung seelischer Störungen sind demnach sprachabhängige Prozesse. Diese Tatsache hat manche zu dem – falschen – Schluß verleitet, seelische Störungen könnten zur Gänze auf linguistische Vorgänge reduziert werden. Zwar handelt es sich bei seelischen Störungen offenkundig um semantische und soziale Konstrukte, doch ist ebenso unbestreitbar, daß sie Äußerungsformen gestörter neurobiologischer Abläufe darstellen. Beide Komponenten sind bei allen Versuchen, seelisches Kranksein zu erklären und zu verstehen, unabdingbar.

*Komponenten seelischer
Erkrankungen*

Die Sprache der deskriptiven Psychopathologie hat somit eine gedankliche, technische und soziale Seite. Wie jedes andere System beinhaltet sie Begriffe, Vorannahmen und Anwendungsregeln und läßt sich sowohl im

*Psychiatriegeschichte als
Aufdeckung verdeckter
Implikate der
Theoriebildung*

Querschnitt (synchron) als auch im Längsschnitt (diachron oder historisch) untersuchen. Während der erstgenannte Weg in den Bereich philosophischer Grundlagen der Psychiatrie gehört, erschließt letzterer das eigentliche Quellgebiet der Psychiatriegeschichte. Diese Disziplin muß, will sie wirklich von Nutzen sein, mehr tun, als bloß in oberflächlicher Weise stattgehabte Ereignisse aufzuzählen. Sie hat darüber hinaus nämlich die je besonderen Strukturen der aufeinanderfolgenden psychiatrischen Theoriedebatten aufzudecken, deren versteckte Aufbauelemente also, die so oft von den psychiatrischen Eliten in manipulativer Weise verändert worden sind.

*Entwicklung eines
deskriptiv orientierten
psychopathologischen
Systems*

So entstand die aktuelle deskriptive Psychopathologie als Kompromiß zwischen der Notwendigkeit, die invarianten Merkmale seelischer Störungen, nämlich die biologischen Signale, zu erfassen, und dem Bedürfnis, die öffentliche Ordnung aufrechtzuerhalten und zu einer gut funktionierenden Gesellschaft beizutragen. Ersteres war Ausdruck des Wissenschaftsverständnisses des 19. Jh., letzteres entsprang sozialpolitischen Forderungen. Diese Lage der Dinge bewog die Psychiater dazu, ein deskriptiv orientiertes psychopathologisches System zu entwickeln, das sowohl einem wissenschaftlichen Realitätsverständnis verpflichtet war als auch seiner sozialpolitischen Dimension.

*Stabilisierung des
Begriffssystems*

Nun mußte aber ein solches deskriptives System stabil genug sein, um der unvermeidlichen Variation der von ihm erfaßten Signale standzuhalten, und mit genügend Redundanz versehen sein, um mit unprofessionellem Gebrauch und nur oberflächlicher Vertrautheit seitens der Benutzer fertig werden zu können. Die stabilisierenden begrifflichen Elemente, die von den großen Nervenärzten des 19. Jh. in die Sprache der deskriptiven Psychopathologie implementiert worden waren, hatten sich für die genannten Aufgaben als durchaus ausreichend erwiesen.

*Abschottung psycho-
pathologischer Glossare*

Unglücklicherweise wurde jedoch die so erreichte Stabilität von einigen unvorsichtigen Psychiatern des 20. Jh. dahingehend interpretiert, daß die deskriptive Psychopathologie bis in jede Einzelheit zutreffend, erschöpfend und gedanklich völlig klar sei. Genau dies hat der voreiligen Abschottung der psychopathologischen Glossare Vorschub geleistet. Diese Abschottung hat zwar zweifellos die Reliabilität, Stabilität und Kommunizierbarkeit psychopathologischer Sachverhalte gefördert, die klinische Validität hingegen könnte sie sehr wohl ebenso beeinträchtigt haben wie das Recht der psychiatrischen Autoren, ganz neue seelische Symptome zu beschreiben.

*Aufgaben des
Psychiatriehistorikers*

Die Analyse dieses historischen Vorganges ist nur möglich, weil die Sprache der deskriptiven Psychopathologie gut dokumentiert ist und nachgewiesen werden kann, daß sie sich über die Zeit hinweg verändert hat. Der klinisch orientierte Psychiatriehistoriker kennt und untersucht die Verhaltensmerkmale der zahllosen Patienten im Beobachtungshorizont seiner Vorgänger, an denen die Sprache der deskriptiven Psychopathologie ja erstmalig geeicht worden war, nicht aus erster Hand. Er muß sich vielmehr auf Dokumente verlassen, die in jeweils bestimmten Teilaspekten verdeutlichen, wie sich diese Merkmale dargestellt hatten. Der mit einer solchen deskriptiven Vielfalt konfrontierte Psychiatriehistoriker muß

diese Begriffssysteme ihrerseits wissenschaftlich strukturieren – ein Vorgang, vergleichbar mit dem „Auslegen“ eines trigonometrischen Netzes –, und er muß den jeweiligen Beitrag von biologischem Signal und sozialer Prägung einschätzen, der in die Begriffe eingeflossen ist.

Die Modalitäten der Beschreibung seelischen Krankseins verändern sich im Laufe der Zeit, wie derartige Analysen belegen. Prinzipiell können diese Veränderungen entweder aus Bedeutungsverschiebungen in der Sprache der deskriptiven Psychopathologie selbst resultieren oder aus Mutationen desjenigen genetischen Systems, das das biologische Signal kontrolliert. In dieser Hinsicht hat der klinisch orientierte Psychiatriehistoriker den Vorteil, zu seinem verinnerlichten, am Krankenbett gewonnenen Erfahrungsschatz Zuflucht nehmen zu können, also zum „Wissen durch Vertrautheit“ im Sinne Gilbert Ryles, zur „Kennerschaft“.

*Veränderung der
Beschreibungsmodalitäten*

Die Entwicklung psychiatrischer Begriffe im Verlauf des 19. Jh. wurde in diesem Beitrag mit Blick auf folgende Faktoren erörtert:

*Determinanten der
Begriffsentwicklung
im 19. Jh.*

1. Die Verfügbarkeit neuer semiologischer und psychologischer Theorien, die eine Aufteilung des Verhaltens in Untereinheiten und schließlich auch dessen Quantifizierung ermöglichten.
2. Veränderungen in der Konzeptualisierung körperlicher Krankheit: In deren Gefolge forderte man zum einen die Übereinstimmung zwischen der Läsion und dem Symptom, das sie nach außen signalisierte; zum anderen erlaubten es diese Veränderungen, die „Krankheit“ mit Bestimmtheit der inneren Struktur des Leibes zuzuordnen.
3. Die Existenz umfangreicher Patientengruppen, die auf die neu entstandenen psychiatrischen Großkliniken zurückzuführen war, eine wirkliche Längsschnittbeobachtung ermöglichte und dadurch die Zeitdimension in das Verständnis der Symptomatik einbrachte.
4. Die Anerkennung subjektiver Erfahrung als legitime Quelle seelischer Symptome.

Die zukünftige Forschungsarbeit wird zweifellos weitere Faktoren freilegen.

Haben die sprachlichen Strukturen der deskriptiven Psychopathologie erst einmal einen ausbalancierten Zustand erreicht, dann bleiben sie erstaunlich stabil und erscheinen den Anwendern gedanklich völlig klar. Seelisch kranke Patienten werden von den meisten Psychiatern auf der ganzen Welt recht ähnlich wahrgenommen. Doch sollten Stabilität und Uniformität nicht etwa als intrinsische Charakteristika des deskriptiven Systems selbst verstanden werden – und auch nicht als notwendigerweise vorteilhaft. Ein wesentliches Teilmoment bei der Ermittlung ihres wissenschaftlichen Wertes besteht in der Klärung ihres Ursprunges. Obwohl eine adäquate Theorie sprachlicher Stabilität und Veränderung für die gegenwärtige klinische Praxis außerordentlich hilfreich wäre, haben die klinisch orientierten Psychiatriehistoriker noch nicht einmal damit begonnen, sich diesem Thema vertieft zuzuwenden. Erklärungsversuche für das Phänomen der Stabilität sprachlicher Strukturen können sich auf Annahmen über neurobiologische Invarianzen stützen oder auf das ef-

*Erkenntniswert der
Analyse von Konstanz
und Wandel deskriptiver
Systeme*

fektive, den Entwicklungsprozeß stabilisierende Wirken umfassender sozialer Konstrukte.

Forschungsdesiderate

Die historischen und den Begriffen gewidmeten Thesen, die dieser Beitrag umrissen hat, haben bereits einen umfangreichen Forschungsraum für jüngere Wissenschaftler eröffnet. Ein dringendes Desiderat ist nun die Untersuchung der Frage, ob die in Rede stehenden Modelle sich auf die Geschichte jedes einzelnen Symptoms und jeder einzelnen Erkrankung anwenden lassen. Die Geschichte der deskriptiven Psychopathologie wird ihren vollen Nutzen erst dann erweisen können, wenn diese wissenschaftliche Analyse sorgfältig und vollständig durchgeführt sein wird. Darüber hinaus wird die detaillierte historische Untersuchung von Begriffen, Dokumenten, Biographien, sozialpolitischen Zusammenhängen und Patientenkohorten zu gegebener Zeit Licht in die Mechanismen und Regeln bringen, aufgrund derer kleine Forschergruppen sich der ehrenvollen und mitunter geradezu furchteinflößenden Aufgabe unterziehen, die psychiatrische Nosologie immer wieder aufs neue zu überarbeiten – zum Nutzen aller Patienten der Welt und der praktisch tätigen Psychiater, denen diese anvertraut sind.

8 Literatur

- Abbagnano N (1961) Dizionario di filosofia. Unione Tipografica Torinese, Torino
- Ackerknecht E (1967) *Medicine at the Paris Hospital 1794–1848*. Johns Hopkins, Baltimore
- Ackerknecht E (1985, 1957) *Kurze Geschichte der Psychiatrie*, 3. verbesserte Aufl. Enke, Stuttgart
- Albarracín Teulón A (1983) *La teoría celular*. Historia de un paradigma. Alianza, Madrid
- Albrecht FM (1970) A reappraisal of faculty psychology. *J Hist Behav Sci* 6:36–40
- Anderson EW (1963) Foreword. In: Jaspers K (1963) *General Psychopathology*. Manchester Univ Press, Manchester
- Apert J (1919) *L'hérédité morbide*. Flammarion, Paris
- Arnold T (1806) *Observations on the nature, kinds, causes, and prevention of insanity*, 2 vols, 2nd edn. Phillips, London
- Babb L (1951) *The Elizabethan malady*. Michigan State College Press, East Lansing
- Bacon F (1858, 1620) *The novum organum*. In: *The physical and metaphysical works of Lord Bacon*. Bohn, London
- Baillarger JGF (1853) *Essai sur une classification des différents genres de folie*. *Ann Med Psychol (Paris)* 5:545–566
- Bain A (1859) *The emotions and the will*. Parker, London, pp 599–646
- Banister H, Zangwill OL (1949) *John Thomson McCurdy, 1886–1947*. *Br J Psychol* 40:1–4
- Bannour W (1992) *Jean Martin Charcot et l'hystérie*. Métailié, Paris
- Barrucand D (1967) *Histoire de l'hypnose en France*. Presses Universitaires de France, Paris
- Barthes R (1972) *Sémiologie et médecine*. Dans: Bastide R (ed) *Les sciences de la folie*. Mouton, Paris, pp 34–46
- Baruk H (1967) *La psychiatrie française de Pinel à nos jours*. Presses Universitaires de France, Paris
- Bastian HC (1870) *Consciousness*. *J Ment Sci* 15:501–523
- Battie W (1758) *A treatise on madness*. Whiston & White, London
- Bayle ALJ (1826) *Traité des maladies du cerveau*. Gabon, Paris
- Beauchesne H (1986) *Histoire de la psychopathologie*. Presses Universitaires de France, Paris
- Beaugrand E (1865) *Alienation*. In: Dechambre A (ed) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, vol 3. Asselin, Paris, pp 11–50
- Beer D (1996a) *The endogenous psychoses: a conceptual history*. *Hist Psychiatry* 7:1–29
- Beer D (1996b) *The dichotomies: psychoses/neuroses and functional/organic: a historical perspective*. *Hist Psychiatry* 7:231–255
- Bentley M (1916) *The psychological antecedents of phrenology*. *Psychol Rev Monogr* 21:102–115
- Bercherie P (1980) *Les fondements de la clinique*. La Bibliothèque d'Ornicar, Paris
- Bercherie P (1983) *Genèse des concepts freudiens*. Navarin, Paris
- Bercherie P (1988) *Géographie du champ psychanalytique*. Navarin, Paris
- Berrios GE (1977) *Henri Ey, Jackson et les idées obsédantes*. *Evol Psychiatr* 62:685–699
- Berrios GE (1981a) *Delirium and confusion in the 19thC: a conceptual history*. *Br J Psychiatry* 139:439–449
- Berrios GE (1981b) *Stupor: a conceptual history*. *Psychol Med* 11:677–688
- Berrios GE (1981c) *The two manias*. *Br J Psychiatry* 139:258–259
- Berrios GE (1982a) *Disorientation states and psychiatry*. *Compr Psychiatry* 23:479–490
- Berrios GE (1982b) *Tactile hallucinations: conceptual and historical aspects*. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 45:285–293
- Berrios GE (1983) *Investigación biológica y psicopatología descriptiva*. *Rev Psicol (Lima)* 1:39–52
- Berrios GE (1984a) *Descriptive psychopathology: conceptual and historical aspects*. *Psychol Med* 14:303–313
- Berrios GE (1984b) *Epilepsy and insanity during the early 19th century*. *Arch Neurol* 41:978–981
- Berrios GE (1985a) *'Depressive pseudodementia' or 'melancholic dementia'. A nineteenth century view*. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 48:393–400
- Berrios GE (1985b) *Obsessional disorders during the 19thC: terminological and classificatory issues*. In: Bynum WF, Porter R, Shepherd M (eds) *People and ideas*. Tavistock, London, pp 166–187 (The anatomy of madness, vol 1)
- Berrios GE (1985c) *The psychopathology of affectivity: conceptual and historical aspects*. *Psychol Med* 15:745–758
- Berrios GE (1987a) *Dementia during the 17th and 18th centuries*. *Psychol Med* 17:829–837
- Berrios GE (1987b) *Historical aspects of the psychoses: 19th century issues*. *Br Med Bull* 43:484–498
- Berrios GE (1987c) *The historical development of abnormal psychology*. In: Miller E, Cooper P (eds) *Historical background to abnormal psychology*. Churchill Livingstone, Edinburgh, pp 26–51
- Berrios GE (1988a) *Depressive and manic states during the 19th century*. In: Gorgotas A, Cancro R (eds) *Depression and mania*. Elsevier, New York, pp 13–25
- Berrios GE (1988b) *Melancholia and depression during the 19th century*. *Br J Psychiatry* 153:298–394
- Berrios GE (1991a) *British psychopathology since the early 20th century*. In: Berrios GE, Freeman H (eds) *150 years of British psychiatry 1841–1991*. Gaskell, London, pp 232–244
- Berrios GE (1991b) *Delusions as wrong beliefs: a conceptual history*. *Br J Psychiatry* 159 (Suppl 14): 6–13
- *Berrios GE (1992a) *Phenomenology, psychopathology and Jaspers: a conceptual history*. *Hist Psychiatry* 3:303–327
- Berrios GE (1992b) *Ajuriaguerra, Francia e Inghilterra*. En: Aguirre JM, Guimón J (eds) *Vida y obra de Julián de Ajuriaguerra*. Aran, Madrid, pp 83–89
- Berrios GE (1993) *European views on personality disorders: a conceptual history*. *Compr Psychiatry* 34:14–30
- Berrios GE (1994a) *Historiography of mental symptoms and diseases*. *Hist Psychiatry* 5:175–190
- Berrios GE (1994b) *Hallucinations: selected historical and clinical aspects*. In: Critchley EMR (ed) *The neurological boundaries of reality*. Farrand, London, pp 229–250
- Berrios GE (1994c) *Delusions: selected historical and clinical aspects*. In: Critchley EMR (ed) *The neurological boundaries of reality*. Farrand, London, pp 251–267
- Berrios GE (1995) *Conceptual problems in diagnosing schizophrenic disorders*. In: Den Boer JA, Westenberg HGM, Van Praag HM (eds) *Advances in the neurobiology of schizophrenia*. Wiley, Chichester, pp 7–25
- **Berrios GE (1996) *The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the 19th century*. Cambridge Univ Press, Cambridge

- Berrios GE, Beer D (1994) The notion of unitary psychosis: a conceptual history. *Hist Psychiatry* 5:13–36
- Berrios GE, Chen E (1993) Symptom-recognition and neural-networks. *Br J Psychiatry* 163:308–314
- Berrios GE, Denning T (1990) Biological and quantitative issues in neuropsychiatry. *Behav Neurol* 3:247–259
- Berrios GE, Freeman H (eds) (1991a) *Alzheimer and the dementias*. Royal Society of Medicine, London
- Berrios GE, Freeman H (eds) (1991b) *150 years of British psychiatry 1841–1991*. Gaskell, London
- Berrios GE, Gili M (1995) Will and its disorders. A conceptual history. *Hist Psychiatry* 6:87–104
- Berrios GE, Hauser R (1988) The early development of Kraepelin's ideas on classification. A conceptual history. *Psychol Med* 18:813–821
- **Berrios GE, Porter R (eds) (1995) *The history of clinical psychiatry*. Athlone, London
- Berrios GE, Marková IS, Olivares JM (1995) Hacia una teoría de la formación del síntoma. *Psiquiatr Biol* 2:13–24
- Billod T (1861) De la lésion de l'association des idées. *Ann Med Psychol (Paris)* 18:540–552
- Blakey R (1850) History of the philosophy of the human mind. Longman, Brown, Green & Longmans, London
- Blasius D (1980) *Der verwaltete Wahnsinn*. Fischer, Frankfurt/Main
- Bollote G (1973) Moreau de Tours 1804–1884. *Confront Psychiatr* 11:9–26
- Bondy M (1974) Psychiatric antecedents of psychological testing (before Binet). *J Hist Behav Sci* 10:180–194
- *Boor W de (1954) *Psychiatrische Systematik*. Springer, Berlin Göttingen Heidelberg
- Boring EG (1950) *A history of experimental psychology*. Appleton-Century-Crofts, New York, pp 250–261
- Boring EG (1953) A history of introspection. *Psychol Bull* 50:169–189
- Boring EG (1961) The beginning and growth of measurement in psychology. *Isis* 52:238–257
- Boutroux E (1908) *Études d'histoire de la philosophie*. Alcan, Paris, pp 413–443
- Bowman IA (1975) William Cullen (1710–1790) and the primacy of the nervous system. PhD thesis, Indiana University
- Boyer L (1873) Histoire de la médecine. Dans: Dechambre A (ed) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, vol 6. Asselin & Masson, Paris, pp 1–209
- Brett GS (1953) History of psychology. Allen & Unwin, London
- Brooks GP (1976) The faculty psychology of Thomas Reid. *J Hist Behav Sci* 12:65–77
- Brown T (1828, 1820) Lectures on the philosophy of the human mind. Tait, Edinburgh
- Browne J (1985) Darwin and the face of madness. In: Bynum WF, Porter R, Shepherd M (eds) *The anatomy of madness*, vol 1. Tavistock, London, pp 151–165
- Buchner EF (1897) A study of Kant psychology. *Psychol Rev (Monogr Suppl)*:1–87
- Bucknill JC, Tuke DH (1858) *A manual of psychological medicine*. Churchill, London
- Bühler K (1968) *Ausdruckstheorie*. Das System an der Geschichte aufgezeigt. Fischer, Stuttgart
- Bulbena A, Berrios GE (1986) Pseudodementia: facts and figures. *Br J Psychiatry* 148:87–94
- Burt C (1962) The concept of consciousness. *Br J Psychol* 53:229–242
- Burton R (1883, 1621) *The anatomy of melancholy*. Chatto & Windus, London
- Calmeil LF (1839) *Manie*. Dans: *Dictionnaire de médecine*, vol 19. Béchet, Paris
- Calmette E (1874) *Considérations sur la valeur des symptômes en pathologie mentale*. Parent, Paris
- Canguilhem G (1966) *Le normal et le pathologique*. Presses Universitaires de France, Paris
- Cantor GN (1975) The Edinburgh phrenology debate: 1803–1828. *Ann Sci* 32:195–218
- Caro Baroja J (1988) *Historia de la fisionomietwa*. ISTMO, Madrid
- Chambeyron AM (1827) Translators's introduction. In: Hoffbauer JC (ed) *Médecine légale*. Baillière, Paris
- Charcot JM (1881) *Clinical lectures on senile and chronic diseases*. New Sydenham Society, London, p 4
- Charcot JM (1971, 1887) *L'hystérie*. Textes choisis et présentés par E. Trillat. Privat, Paris
- Chaslin Ph (1912) *Éléments de sémiologie et clinique mentales*. Asselin & Houzeau, Paris
- Chaslin Ph (1914) La 'psychiatrie' est-elle une langue bien faite? *Rev Neurol (Paris)* 26:16–23
- Chiarugi V (1793) *Della pazzia in genere, e in specie*. Trattato medico-analitico con una centuria di osservazioni. Carlieri, Firenze [Engl.: Mora G (1987) *On insanity and its classification*. Science History Publications, Canton/MA]
- Clark MJ (1988) 'Morbid introspection' unsoundness of mind, and British psychological medicine, 1830–1900. In: Bynum WF, Porter R, Shepherd M (eds) *The anatomy of madness*, vol 3. Tavistock, London, pp 71–101
- **Clarke E, Jacyna LS (1987) Nineteenth century origins of neuroscientific concepts. Univ of California Press, Berkeley, pp 220–241
- Cooter RJ (1976) Phrenology and British alienists, 1825–1845. *Med Hist* 20:1–21; 135–151
- Coser LA (1992) Introduction. In: Halbwachs M (1992) *On collective memory*. Univ of Chicago Press, Chicago
- Couchoud PL (1913) Histoire de la manie jusqu'à Kraepelin. *Rev Sci Psychol* 1:149–173
- Crampton C (1978) The Cambridge School: The life, work and influence of J. Ward, W.H.R. Rivers, C.S. Myers and Sir F. Bartlett. PhD dissertation, University of Edinburgh
- Dagonet H (1881) Conscience et aliénation mentale. *Ann Med Psychol (Paris)* 5:368–397; 6:19–32
- Damiron Ph (1828) *Essai sur l'histoire de la philosophie en France*, 2 vols. Schubart & Heidehoff, Paris
- Danion JM, Keppi J, Singer L (1985) Une approche historique de la doctrine des dégénérescences et des constitutions psychopathiques. *Ann Med Psychol (Paris)* 146:271–280
- *Danziger K (1980) The history of introspection reconsidered. *J Hist Behav Sci* 16:241–262
- Darwin C (1904, 1872) *The expression of the emotions in man and animals*. Murray, London
- Darwin E (1996) *Zoonomia or The laws of organic life*, 2 vols. Johnson, London
- Daston LJ (1982) The theories of the will versus the science of mind. In: Woodward WR, Ash MG (eds) *The problematic science*. Psychology in 19thC thought. Praeger, New York, pp 88–115
- Daumezon G (1957) *Reflexions sur la sémiologie psychiatrique*. *Evol Psychiatr* 22:207–237
- Del Pistoia L (1971) Le problème de la temporalité dans la psychiatrie française classique. *Evol Psychiatr* 36:445–474
- Delasiauve M (1861) Des diverses formes mentales. *J Med Ment* 1:4–14

- Deshaies G (1967) Psychopathologie générale. Presses Universitaires de France, Paris
- Despine P (1876) Du rôle de la psychologie dans la question de la folie. *Ann Med Psychol* (Paris) 34:161–175
- Desruelles M, Léculier P, Gradien MP (1934) Contribution à l'histoire des classifications psychiatriques. *Ann Med Psychol* (Paris) 92:637–675
- Destutt de Tracy ALC Comte (1818, 1801) *Elements d'idéologie*. Courcier, Paris
- Devereux G (1980) Normal and abnormal. In: Basic problems of ethnopsychiatry. Univ of Chicago Press, Chicago, pp 3–71
- Diethelm O, Heffernan TF (1965) Felix Platter and psychiatry. *J Hist Behav Sci* 1:10–23
- Dijksterhuis EJ (1961) The mechanization of the world picture. Oxford Univ Press, Oxford
- Donalies Ch (1971) Zur Systematik in der Psychiatrie vor Wernicke, Kraepelin und Bonhoeffer. *Psychiatr Neurol Med Psychol* 23:411–419
- Donnelly M (1983) Managing the mind. A study of medical psychology in early 19thC Britain. Tavistock, London
- Dörner K (1969) Bürger und Irre. Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt/Main
- Dowbiggin I (1985) Degeneration and hereditarianism in French mental medicine 1840–90: psychiatric theory as ideological adaptation. In: Bynum WF, Porter R, Shepherd M (eds) *People and ideas*. Tavistock, London, pp 189–232 (The anatomy of madness, vol 1)
- Drabkin IE (1955) Remarks on ancient psychopathology. *Isis* 46:223–234
- Drevet A (1968) *Maine de Biran*. Presses Universitaires de France, Paris
- *Drinka GF (1984) The birth of neurosis. Myth, malady, and the Victorians. Simon & Schuster, New York
- Dumas G (1908) Qu'est-ce que la psychologie pathologique? *J Psychol Norm Pathol* 5:10–22
- Dwelshauvers G (1920) *La psychologie française contemporaine*. Alcan, Paris
- Ebbinghaus H (1885) *Über das Gedächtnis. Untersuchungen zur experimentellen Psychologie*. Duncker & Humblot, Leipzig [Engl.: Ebbinghaus H (1964) *Memory. A contribution to experimental psychology*. Dover, New York, pp 6–21]
- Eigen JP (1995) *Witnessing insanity*. Yale Univ Press, New Haven
- **Ellenberger HF (1970) The discovery of the unconscious. The history and evolution of dynamic psychiatry. Lane, London
- Emerton NE (1984) The scientific re-interpretation of form. Cornell Univ Press, Ithaca
- Esquirol E (1838) *Des maladies mentales*. Baillière, Paris
- Ey H (1952) Le développement 'mécaniciste' de la psychiatrie. Dans: Ey H (ed) *Etudes psychiatriques*. Desclée de Brouwer, Paris
- Ey H (1966) *La conscience*. Presses Universitaires de France, Paris
- Ey H (1978) La notion de 'maladie morale' et le 'traitement moral' dans la psychiatrie française et allemande du début du XIXe siècle. *Perspect Psychiatr* 65:12–35
- Ey H, Mignot H (1947) La psychologie de J. Moreau de Tours. *Ann Med Psychol* (Paris) 2:225–241
- Eysenck HJ (ed) (1960) *Handbook of abnormal psychology*. Pitman, London
- Faber K (1923) *Nosography in modern internal medicine*. Oxford Univ Press, London
- Falret JP (1864) *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*. Baillière, Paris
- Fancher RE (1977) Brentano's psychology from an empirical standpoint and Freud's early metapsychology. *J Hist Behav Sci* 13:207–227
- Ferrater-Mora J (1958) *Diccionario de filosofía*. Sudamericana, Buenos Aires
- Feuchtersleben E von (1845) *Lehrbuch der ärztlichen Seelenkunde*. Gerold, Wien
- Feuchtersleben E von (1847) *The principles of medical psychology*. Sydenham Society, London
- Finzen A (1996) *Massenmord ohne Schuldgefühl. Die Tötung psychisch Kranker und geistig Behinderter auf dem Dienstweg*. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Fish F (1967) *Clinical psychopathology*. Wright, Bristol
- Flashar H (1966) *Melancholie und Melancholiker in den medizinischen Theorien der Antike*. de Gruyter, Berlin
- Fodor J (1983) *The modularity of mind*. MIT Press, Cambridge/MA
- Foucault M (1972a, 1961) *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard, Paris
- Foucault M (1972b, 1963) *Naissance de la clinique*. Presses Universitaires de France, Paris
- Fourquet F, Murard L (1980) *Histoire de la psychiatrie de secteur*, 2^e éd. Recherches, Paris
- Foville A fils (1872) *Nomenclature et classification des maladies mentales*. *Ann Med Psychol* (Paris) 30:5–35
- Freeman H, Berrios GE (eds) (1996) *150 years of British psychiatry, vol 2: The aftermath*. Athlone, London
- Friedlander R (1973) *Benedict Augustin Morel and the development of the theory of degenerescence*. PhD dissertation, University of California at San Diego
- Fritzsch T (1932) *Juan Federico Herbart*. Labor, Barcelona
- Fuentenebro F, Berrios GE (1997) Charles Blondel and La Conscience Morbide. *Hist Psychiatry* 8:277–295
- Gardiner HM, Metcalf RC, Beebe-Center JG (1937) *Feeling and emotion. A history of theories*. American Book, New York
- Gaston A, Tatarelli M (1984) *Analyse critique de l'évolution du concept d'endogène*. *Evol Psychiatr* 2:569–575
- Gauchet M, Swain G (1980) *Du traitement de la manie aux passions: la folie et l'union de l'âme et du corps*. Dans: Esquirol E (ed) *Des passions*. Deux Mondes, Paris
- *Genil Perrin GPH (1913) *Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale*. Leclerc, Paris
- Georgin B (1980) *Remarques sur le discours nosologique en psychiatrie*. *Evol Psychiatr* 45:5–17
- Gillespie RD (1929) *The clinical differentiation of types of depression*. *Guys Hosp Rep* 79:306–344
- Gilman SL (1982) *Seeing the insane*. Wiley, New York
- Goldstein J (1988) *Console and classify*. Cambridge Univ Press, Cambridge
- Grave SA (1960) *The Scottish philosophy of common sense*. Clarendon, Oxford
- Greenway AP (1973) *The incorporation of action into associationism. The psychology of Alexander Bain*. *J Hist Behav Sci* 9:42–52
- Griesinger W (1865) *La pathologie mentale au point de vue de l'école somatique allemande*. *Ann Med Psychol* (Paris) 23:1–31
- Griesinger W (1867) *Mental pathology and therapeutics*. New Sydenham Society, London
- Gurney E (1885) *Hallucinations*. *Mind* 10:161–199
- Haas FJ (1864) *Essai sur les avantages cliniques de la doctrine de Montpellier*. Baillière, Paris, pp 115–154

- Hamilton M (1974) Fish's clinical psychopathology. Wright, Bristol
- Hart B (1927) Psychopathology. Its development and its place in medicine. Cambridge Univ Press, Cambridge
- Haslam J (1809) Observations on madness. Callow, London
- Heiberg JL (1927) Geisteskrankheiten im klassischen Altertum. Z Psychiatr 86:1-44
- Heinroth JC (1818) Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens. Vogel, Leipzig [Engl.: Heinroth JC (1975) Textbook of disturbances of mental life, 2 vols. Johns Hopkins, Baltimore]
- *Helmchen H (1985) Verbal and non-verbal psychopathology as a necessary element of classification. In: Mental disorders, alcohol- and drug-related problems. International perspectives on their diagnosis and classification. Excerpta Medica, Amsterdam, pp 177-181
- Herbart J (1884, '1806) Johann Friedrich Herbart's Kurze Encyklopädie der Philosophie. Voss, Hamburg
- Hermle L (1986) Die Degenerationstheorie in der Psychiatrie. Fortschr Neurol Psychiatr 54:69-79
- Heron MJ (1965) A note on the concept endogenous-exogenous. Br J Med Psychol 38:241-245
- Herzen A (1880) Fisiología de la voluntad. Iravedra, Madrid
- Hesnard A (1971) De Freud à Lacan. ESF, Paris
- Hilgard ER (1980) The trilogy of mind: cognition, affection and conation. J Hist Behav Sci 16:107-117
- Hilts VL (1981) Statist and statistician. Arno, New York
- Hinshelwood RD (1991) Psychodynamic psychiatry before World War I. In: Berrios GE, Freeman H (eds) 150 years of British psychiatry 1841-1991. Gaskell, London, pp 197-205
- **History of Psychiatry (1996) The psychoses. Hist Psychiatry 7:1-192
- Hoeldtke R (1967) The history of associationism and British medical psychology. Med Hist 11:46-64
- Hoff P (1985) Zum Krankheitsbegriff bei Emil Kraepelin. Nervenarzt 56:510-513
- Hoff P (1994) Emil Kraepelin und die Psychiatrie als klinische Wissenschaft. Ein Beitrag zum Selbstverständnis psychiatrischer Forschung. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
- Huertas R (1985) Valentín Magnan y la teoría de la degeneración. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr 5:361-367
- Huertas R (1987) Locura y degeneración. CSIC, Madrid
- Hunter R, Macalpine I (1963) Three hundred years of psychiatry 1535-1860. Oxford Univ Press, New York
- *Jackson SW (1986) Melancholia and depression. From Hippocratic to modern times. Yale Univ Press, New Haven
- Jacyna LS (1982) Somatic theories of mind and the interests of medicine in Britain. Med Hist 26:233-258
- Jalley M, Lefebvre JP, Feline A et al. (1977) Essai sur les maladies de la tête par I Kant. Evol Psychiatr 42:203-230
- Janzarik W (1959) Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen. Springer, Berlin Göttingen Heidelberg
- *Janzarik W (1969) Nosographie und Einheitpsychose. In: Huber G (Hrsg) Schizophrenie und Zykllothymie. Ergebnisse und Probleme. Thieme, Stuttgart
- Jaspers K (1946, '1913) Allgemeine Psychopathologie, 4. völlig neu bearb Aufl. Springer, Berlin Göttingen Heidelberg
- Jaspers K (1957) Philosophical autobiography. In: Schilpp A (ed) The philosophy of Karl Jaspers. Open Court, Illinois, pp 5-94
- Jaspers K (1963) General psychopathology. Manchester Univ Press, Manchester
- Jastrow J (1902) Psychopathology. In: Baldwin JM (ed) Dictionary of philosophy and psychology, 2 vols. Macmillan, London
- Jastrow J, Baldwin JM (1901) Psychosis. In: Baldwin JM (ed) Dictionary of philosophy and psychology, vol 2. Macmillan, London, p 392
- Jones K (1972) A history of the mental health services. Routledge & Kegan Paul, London
- Juliard P (1970) Philosophies of language in eighteenth-century France. Mouton, The Hague
- Kageyama J (1984) Sur l'histoire de la monomanie. Evol Psychiatr 49:155-162
- Kahlbaum K (1863) Die Gruppierung der psychischen Krankheiten. Kafemann, Danzig [Engl.: Berrios GE (1996) Hist Psychiatry 7:167-181]
- Kant I (1790) Kritik der Urteilskraft. Lagarde & Friederich, Berlin Libau [Engl.: Kant I (1914) Critique of judgement. Longmans, London]
- Kant I (1798) Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. Nicolovius, Königsberg [Engl.: Kant I (1974) Anthropology from a pragmatic point of view. Nijhoff, The Hague, pp 73-89]
- Kauffmann F (1957) Karl Jaspers and a philosophy of communication. In: Schilpp A (ed) The philosophy of Karl Jaspers. Open Court, Illinois, pp 210-295
- Keller W (1954) Psychologie und Philosophie des Wollens. Reinhardt, München
- King LS (1968) Signs and symptoms. JAMA 206:1063-1065
- King LS (1982) Medical thinking. Princeton Univ Press, Princeton, pp 131-183
- Kolle K (1956-1963) Große Nervenärzte. Thieme, Stuttgart (Bd 1: 1956, Bd 2: 1959, Bd 3: 1963)
- Kraepelin E (1896) Der psychologische Versuch in der Psychiatrie. Psychol Arb 1:1-91
- Kraepelin E (1920) Die Erscheinungsformen des Irreseins. Z Gesamte Neurol Psychiatr 22:1-29
- Kraepelin E (1921) Manic-depressive insanity and paranoia. Livingstone, Edinburgh
- Kraepelin E (1924) Paul Julius Möbius (1853-1907). In: Kirchhoff T (Hrsg) Deutsche Irrenärzte, Bd 2. Springer, Berlin, S 274-279
- Kraepelin E (1983) Lebenserinnerungen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
- Krafft-Ebing R (1893) Lehrbuch der Psychiatrie. Enke, Stuttgart
- Kreuter A (1996) Deutschsprachige Neurologen und Psychiater. Ein biographisch-bibliographisches Lexikon von den Vorläufern bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts, 3 Bde. Saur, München New Providence London Paris
- Lacan J (1977, '1932) De la psychose paranoïque dans ses rapports avec la personnalité suivie de premiers écrits sur la paranoïa. Editions du Seuil, Paris
- Lain Entralgo P (1961) La historia clínica. Salvat, Barcelona
- Lain Entralgo P (1978) Historia de la Medicina. Salvat, Barcelona
- Lain Entralgo P (1982) El diagnóstico médico. Salvat, Barcelona
- Land SK (1974) From signs to propositions. The concept of form in 18th century semantic theory. Longman, London
- Landre-Beauvais AJ (1813) Séméiotique ou Traité des signes des maladies, 2^e éd. Brosson, Paris
- Lanteri Laura G (1966) Les apports de la linguistique à la psychiatrie contemporaine. Masson, Paris
- Lanteri Laura G (1968) Psychologie pathologique. In: Encyclopédie médico-chirurgicale, vol 1. Paris, p 37032 c10

- **Lanteri Laura G (1970) Histoire de la phrénologie. Presses Universitaires de France, Paris
- Lanteri Laura G (1972) La chronicité dans la psychiatrie moderne française. *Annales* 3:548–568
- Lanteri Laura G (1982) La connaissance clinique: histoire et structure en médecine et en psychiatrie. *Evol Psychiatr* 47:423–469
- Lanteri Laura G (1983) La sémiologie psychiatrique: son évolution et son état en 1982. *Evol Psychiatr* 48:327–363
- *Lanteri Laura G (1984) La sémiologie de J.P. Falret. *Perspect Psychiatr* 22:104–110
- Lanteri Laura G (1986) Acuité et pathologie mentale. *Evol Psychiatr* 51:403–418
- Lapie P (1902) Logique de la volonté. Alcan, Paris
- Laromiguière P (1820) Leçons de philosophie ou essai sur les facultés de l'âme. Brunot-Labbe, Paris
- Larson JL (1971) Reason and experience. The representation of natural order in the work of Carl von Linné. Univ of California Press, Berkeley
- Lavater JC (1891, '1772) Essays on physiognomy. Ward, Lock & Co, London
- Leary DE (1982) Immanuel Kant and the development of modern psychology. In: Woodward WR, Ash M (eds) The problematic science: psychology in 19thC thought. Praeger, New York, pp 17–42
- **Leibbrand W, Wettley A (1961) Der Wahnsinn. Geschichte der abendländischen Psychopathologie. Alber, Freiburg
- Lesky E (1970) Structure and function in Gall. *Bull Hist Med* 44:297–314
- Lewis A (1970a) Paranoia and paranoid: a historical perspective. *Psychol Med* 1:2–12
- Lewis A (1970b) William Mayer-Gross: an appreciation. *Psychol Med* 7:11–18
- Lewis A (1971) 'Endogenous' and 'exogenous': a useful dichotomy. *Psychol Med* 1:191–196
- Linás A (1871) Manie. In: Dechambre T (ed) Dictionnaire encyclopédique de sciences médicales, vol 4, 2^e serie. Asselin, Paris, pp 507–560
- Llópís B (1954) La psicosis únieta. *Arch Neurobiol (Madr)* 17:3–39
- Locke J (1959, '1690) An essay concerning human understanding, 2 vols. Dover, New York
- *López Piñero JM (1983) Historical origins of the concept of neuroses. Cambridge Univ Press, Cambridge
- López Piñero JM, Morales Meseguer JM (1970) Neurosis y psicoterapia. Espasa Calpe, Madrid
- Losserand J (1967) Les rapports du physique et du moral de l'homme de Cabanis à Auguste Comte. *Evol Psychiatr* 32:573–601
- MacDonald M (1981) Mystical Bedlam. Cambridge Univ Press, Cambridge
- Mackenzie TB, Rosemberg SD, Bergen BJ, Tucker GJ (1978) The manipulative patient: an interactional approach. *Psychiatry* 41:264–271
- Macmillan NA, Creelman CD (1991) Detection theory. Cambridge Univ Press, Cambridge
- Magnan V, Sérieux P (1911) Délire chronique. In: Marie A (ed) Traité international de psychologie pathologique, vol 2. Alcan, Paris, pp 605–639
- Mairet A, Ardin-Delteil P (1907) Hérédité et prédisposition. Coulet, Montpellier
- Malberg B (1977) Teoría de los signos. Siglo Veintiuno, México City
- Manetti G (1993) Theories of the sign in classical antiquity. Indiana Univ Press, Bloomington
- Mangin-Lazarus C (1994) Maurice Dide: Paris 1873 Buchenwald 1944. Erès, Paris
- Mantegazza P (1878) Physiognomy and expression. Scott, London
- Marchais P (1995) 'L'automatisme mental' de Clérambault et ses liens avec la pensée psychiatrique française. In: Un Siglo de Psiquiatria en España. Colección Salud Mental: pensamiento y practietwa. Extra, Madrid, pp 285–301
- Markman E (1994) Natural kinds. In: Kornblith H (ed) Naturalizing epistemology, 2nd edn. MIT Press, Cambridge/MA, pp 77–104
- Marshall ME (1982) Physics, metaphysics and Fechner's psychophysics. In: Woodward WR, Ash M (eds) The problematic science: psychology in 19thC thought. Praeger, New York, pp 65–87
- Martinet J (1973) Clefs pour la sémiologie. Seghers, Paris
- *Marx OM (1970) What is the history of psychiatry? *J Orthopsychiatry* 40:593–605
- Marx OM (1980) The case of the chronic patient seen in a historical perspective. In: Wallace ER, Pressley LC (eds) Essays in the history of psychiatry. WMS Hall Psychiatric Institute, Columbia, pp 22–27
- Matthews JR (1995) Quantification and the quest for medical certainty. Princeton Univ Press, Princeton
- Maudsley H (1885) Responsibility in mental illness. Kegan Paul & Trench, London
- Mayer-Gross W, Guttmann E (1937) Schema for the examination of organic states. *J Ment Sci* 83:440–448
- McDougall W (1919) The present position in clinical psychology. *J Ment Sci* 45:141–152
- McDougall W (1926) An outline of abnormal psychology. Methuen, London
- McDougall W (1930) William McDougall. In: Murchison C (ed) A history of psychology in autobiography, vol 1. Clark Univ Press, New York, pp 191–223
- Mechler A (1963) Degeneration und Endogenität. *Nervenarzt* 5:219–226
- Meeus F (1908) Epilepsie et délire chronique. Contribution à l'étude des psychoses combinées. *Ann Med Psychol (Paris)* 7:353–382
- Mendel E (1907, '1901) Textbook of psychiatry. A psychological study of insanity. Davis, Philadelphia
- Menninger K (1964) Attest and exhibits. In: The vital balance. Viking, New York, pp 419–509
- Menninger K, Ellenberger H, Pruyser P, Mayman M (1958) The unitary concept of mental illness. *Bull Menninger Clin* 22:4–12
- Merani AL (1976) Historia crítica de la psicología. Grijalbo, Barcelona
- Merskey H (1991) Shell-shock. In: Berrios GE, Freeman H (eds) 150 years of British psychiatry 1841–1991. Gaskell, London, pp 245–267
- Meyer A (1901) Psychosis. In: Baldwin JM (ed) Dictionary of philosophy and psychology, vol 2. Macmillan, London, pp 392–394
- Middleton E, Turnbull W, Ellis T, Davison J (1780) The new complete dictionary of arts and sciences. Hogg, London
- Mill JS (1829) Analysis of the phenomena of the human mind. Longmans & Dyer, London
- Mill JS (1898, '1843) A system of logic. Longmans, Green & Co, London, pp 76–86
- Monakow C, Mourgue R (1928) Introduction biologique à l'étude de la neurologie et de la psychopathologie. Alcan, Paris
- Moore FCT (1970) The psychology of Maine de Biran. Clarendon, Oxford
- Mora G (1975) Heinroth's contribution to psychiatry. In: Heinroth JC, Textbook of disturbances of mental life, 2 vols. Johns Hopkins, Baltimore, pp ix–lxxv

- Mora G (1981) Cabanis, neurology and psychiatry. In: Mora G (ed) *On the relations between the physical and moral aspects of man* by P.J.G. Cabanis, vol 1. Johns Hopkins, Baltimore, pp 45–90
- Moravia S (1983) The capture of the invisible for a (pre)history of psychology in eighteenth century France. *J Hist Behav Sci* 19:370–378
- Mordier JP (1981) Les débuts de la psychanalyse en France 1895–1926. Maspero, Paris
- Moreau J (1859) La psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire ou de l'influence des neuropathies sur le dynamisme intellectuel. Masson, Paris, pp 193–243
- Morel BA (1857) *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*. Baillière, Paris
- Morel BA (1860) *Traité de maladies mentales*. Baillière, Paris
- Murphy TD (1981) Medical knowledge and statistical methods in early nineteenth-century France. *Med Hist* 25:301–319
- Nicole JE (1946) *Psychopathology*, 4th edn. Baillière, London
- O'Shaughnessy B (1980) *The will*, 2 vols. Cambridge Univ Press, Cambridge
- Owen ARG (1971) *Hysteria, hypnosis and healing. The work of J.M. Charcot*. Dobson, London
- Parchappe MJB (1856) *Rapport sur la statistique de l'aliénation mentale*. *Ann Med Psychol (Paris)* 2:1–6
- Parish E (1897) *Hallucinations and illusions*. Walter Scott, London
- Parsons J (1747) *Human physiognomy explain'd. Cronian Lectures on muscular motion for the year 1746*. Transactions Royal Society, London, pp 60–62
- Paulhan F (1903) *La volonté*. Doin, Paris
- Pearson ES (ed) (1978) *The history of statistics in the 17th and 18th centuries*. Griffin, London
- Pearson K (1892) *The grammar of science*. Scott, London
- Perrot JC, Woolf SJ (1984) *State and statistics in France 1789–1815*. Harwood, London
- Peset JL (1983) *Ciencia y marginalización. Sobre negros, locos y criminales*. Crítica, Barcelona
- *Peters UH (1996) *The emigration of German psychiatrists to Britain*. In: Freeman H, Berrios GE (eds) *150 years of British psychiatry, vol 2: The aftermath*. Athlone, London, pp 565–580
- *Pichot P (1995) *The birth of the bipolar disorder*. *Eur Psychiatry* 10:1–10
- Pick D (1989) *Faces of degeneration*. Cambridge Univ Press, Cambridge
- Pierce CS (1931–1935) *Collected papers*, vol 2. Harvard Univ Press, Cambridge/MA
- Pigeaud J (1986) *La génie et la folie: Etude sur la psychologie morbide de J. Moreau de Tours*. *Evol Psychiatr* 51:193–255, 587–608
- Pinel P (1809) *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 2^e éd. Brosson, Paris
- Pinel P (1818) *Nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine*, 6^e éd, 2 vols. Brosson, Paris
- Pines M (1991) *The development of the psychodynamic movement*. In: Berrios GE, Freeman H (eds) *150 years of British psychiatry 1841–1991*. Gaskell, London, pp 206–231
- Platt AM, Diamond BL (1965) *The origins and development of the 'wild beast' concept of mental illness and its relation to theories of criminal responsibility*. *J Hist Behav Sci* 1:355–367
- *Porter R (1987) *Mind-forg'd manacles. A history of madness in England from the Restoration to the Regency*. Athlone, London
- Porter TM (1986) *The rise of statistical thinking*. Princeton Univ Press, Princeton
- *Postel J (1984) *Images de la folie au XVIIIe siècle: quelques différences de sa représentation dans les littératures française et britannique au Siècle des Lumières*. *Evol Psychiatr* 49:707–718
- Prichard JC (1835) *A treatise on insanity and other disorders affecting the mind*. Sherwood, Gilbert & Piper, London
- Quétel C, Morel P (1979) *Les fous et leurs médecines. De la Renaissance au XXe siècle*. Hachette, Paris
- Radden J (1996) *Lumps and bumps: Kantian faculty psychology*. *Philos Psychiatry Psychol* 3:1–14
- Radicke (1861) *On the application of statistics to medical enquiries*. New Sydenham Society, London. [Dt.: ders. (1858) *Wunderlich Arch Physiol Heilkd* 2:185–275]
- Ramul K (1960) *The problem of measurement in the psychology of the eighteenth century*. *Am Psychol* 15:256–265
- Ravaisson F (1885) *La philosophie en France au XIXe siècle*, 2^e éd. Hachette, Paris
- Raynier J, Beaudouin H (1961) *L'assistance psychiatrique française*, 3^e éd. Librairie Le François, Paris
- Régis E (1906) *Précis de psychiatrie*. Doin, Paris, pp 116–118
- Remond MM, Lagriffe L (1902) *Essai sur la classification en psychiatrie*. *Gaz Hop Civils Milit* 75:973–976, 983–987
- Renaudin E (1856) *Observations sur les recherches statistiques relatives à l'aliénation mentale*. *Ann Med Psychol (Paris)* 2:339–360
- Rennert H (1968) *Wilhelm Griesinger und die Einheitpsychose*. *Wiss Z Humboldt Univ* 17:15–16
- Report (1854) *Discussion sur la monomanie. Minutes of meetings of Société Médico-Psychologique*. *Ann Med Psychol (Paris)* 6:99–644
- Ribot T (1871) *L'hérédité psychologique*. Alcan, Paris
- Ribot T (1885) *La psychologie allemande contemporaine*, 2^e éd. Alcan, Paris
- Ribot T (1904) *Les maladies de la volonté*. Alcan, Paris
- Roccatagliata G (1973) *Storia della Psichiatria Antica*. Hoepli, Milano
- Rogers D (1988) *Psychiatry and the Necker cube. Neurological and psychological conceptions of psychiatric disorder*. *Behav Neurol* 1:3–10
- Rothschuh KE (1973) *History of physiology*. Krieger, New York
- Roubinovitch J (1896) *Des variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne*. Doin, Paris
- Royer-Collard AA (1843) *Examen de la doctrine de Maine de Biran*. *Ann Med Psychol (Paris)* 2:1–45
- Ryle G (1929) *Critical notice of Martin Heidegger's 'Sein und Zeit'*. *Mind* 38:355–370
- Ryle G (1970) *Autobiographical*. In: Wood O, Pitcher G (eds) *Ryle*. Macmillan, London, pp 1–15
- Salas J (1920) *Los degenerados en sociedad*. Moya, Madrid
- Sauri JJ (1969) *Historia de las ideas psiquiátricas*. Lohla, Buenos Aires
- Sauri JJ (1972) *Las significaciones del vocablo psicosis*. *Acta Psiquiatr Psicolog Am Lat* 18:219–226
- Saury H (1886) *Etude clinique sur la folie héréditaire*. Delahaye & Lecrosnier, Paris
- Savage GH (1898) *Insanity and allied neuroses. Practical and clinical*. Cassell, London
- Schiller F (1982) *A Möbius strip. Fin-de-siècle neuropsychiatry and Paul Möbius*. Univ of California Press, Berkeley

- Schliack H, Hippus H (Hrsg) (1998) *Nervenärzte. Biographien*. Thieme, Stuttgart New York
- Schofield RE (1970) Mechanism and materialism. British natural philosophy in an age of reason. Princeton Univ Press, Princeton
- Scull A (1979) *Museums of madness*. Penguin, London
- Sedler MJ, Dessain EC (1983) Falret's discovery: the origins of the concept of bipolar affective illness. *Am J Psychiatry* 140:1127–1133
- Ségla J (1895) *Leçons cliniques sur les maladies mentales*. Asselin, Paris
- Semelaigne R (1932) *Les pionniers de la psychiatrie française (après Pinel)*, vol 2. Baillière, Paris
- Seth A (1890) *Scottish philosophy*. Blackwood, Edinburgh
- *Shallice T (1988) From neuropsychology to mental structure. Cambridge Univ Press, Cambridge, pp 18–34, 269–404
- Shrout PE, Spitzer RL, Fleiss J (1987) Quantification of agreement in psychiatric diagnosis revisited. *Arch Gen Psychiatry* 44:172–177
- Shryock RH (1961) The history of quantification in medical science. *Isis* 52:215–237
- Siegel RE (1973) Galen on psychology, psychopathology, and function and diseases of the nervous system. Karger, Basel, pp 272–274
- Simon B (1978) *Mind and madness in ancient Greece*. Cornell Univ Press, Ithaca
- Slater E, Roth M (1969) *Clinical psychiatry*, 3rd edn. Baillière, London
- Slaughter MM (1982) *Universal languages and scientific taxonomy in the seventeenth century*. Cambridge Univ Press, Cambridge
- Smith R (1979) Mental disorder, criminal responsibility, and the social history of theories of volition. *Psychol Med* 9:13–19
- Smith R (1992) Inhibition. History and meaning in the sciences of mind and brain. Free Association, London
- Sokal MM, Davis AB, Merzbach UC (1976) Laboratory instruments in the history of psychology. *J Hist Behav Sci* 12:59–64
- Spiegelberg H (1982) *The phenomenological movement*, 3rd edn. Nijhoff, The Hague
- Spoerl HD (1936) Faculties versus traits: Gall's solution. *Character Pers* 4:216–231
- Stierlin H (1974) Karl Jaspers' psychiatry in the light of his basic philosophical position. *J Hist Behav Sci* 10:213–226
- Swain G (1978) L'aliéné entre le médecin et le philosophe. *Perspect Psychiatr* 65:90–99
- Talbot ES (1898) *Degeneracy*. Scott, London
- Tamburini N (1881) Le théorie des hallucinations. *Rev Sci Fr Etranger* 27:138–142
- Taylor FK (1966) *Psychopathology*. Butterworths, London
- Temkin O (1965) The history of classification in the medical sciences. In: Katz MM, Cole JO, Barton WE (eds) *The role and methodology of classification in psychiatry and psychopathology*. US Department of Health, Washington, pp 11–20
- Tuke DH (ed) (1892a) *Dictionary of psychological medicine*, 2 vols. Churchill, London
- Tuke DH (1892b) *Psychosis*. In: Tuke DH (ed) *A dictionary of psychological medicine*, vol 2. Churchill, London, p 1025
- Underwood EA (1951) The history of the quantitative approach in medicine. *Br Med Bull* 7:265–274
- Verwey G (1985) Psychiatry in an anthropological and biomedical context. Philosophical presuppositions and implications of German psychiatry, 1820–1870. Reidel, Dordrecht
- Vié MJ (1940) Sur l'existence d'entités morbides en psychiatrie, l'utilité et l'orientation de l'effort nosologique. *Ann Med Psychol (Paris)* 98:347–358
- Viziolo R, Bietti C (1966) *Il problema della coscienza in neuropsichiatria*. Omnia Medica, Pisa
- *Vliegen J (1980) *Die Einheitspsychose*. Enke, Stuttgart
- Wahrig-Smith B (1985) *Der junge Wilhelm Griesinger*. Narr, Tübingen
- Walk A (1964) Mental hospitals. In: Pointer FNL (ed) *The evolution of hospitals in Britain*. Pitman, London, pp 123–146
- Walker C (1988) Philosophical concepts and practice: the legacy of Karl Jaspers' psychopathology. *Curr Opin Psychiatry* 1:624–629
- Walker C (1993) Karl Jaspers as a Kantian psychopathologist. I. The philosophical origins of the concept of form and content. *Hist Psychiatry* 4:209–238
- Walker N (1968) *The historical perspective*. Edinburgh Univ Press, Edinburgh (Crime and insanity in England, vol 1)
- Walter RD (1956) What became of the degenerate? *J Hist Med* 11:422–429
- Warner F (1892) *Psychosis*. In: Tuke DH (ed) *A dictionary of psychological medicine*, vol 2. Churchill, London, pp 1025–1034
- Warren HC (1921) *History of the Association Psychology*. Scribners, New York
- Watson RI (1963) *The great psychologists*. Lippincott, New York, pp 233–237
- *Werlinger H (1978) *Psychopathy: a history of the concepts*. Borgstrom, Motala
- West DJ, Walk A (eds) (1977) *Daniel McNaughton*. Gaskell, London
- Wettley A (1959) *Zur Problemgeschichte der 'dégénéréscences'*. *Sudhoffs Arch* 43:193–212
- Whewell W (1857) *History of the inductive sciences*. Parker, London
- Windelband W (1948) *Historia de la filosofía moderna*, 3 vols. Nova, Buenos Aires
- Winslow F (1848) Review of 'The principles of medical psychology'. *J Psychol Med Ment Pathol* 1:247–263; 499–512
- Wittchen HU (ed) (1996) Comorbidity of mood disorders. *Br J Psychiatry* 168 Suppl 30
- Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R (1986) *Philosophy of medicine*. Blackwell, Oxford
- Young RM (1970) *Mind, brain and adaptation in the nineteenth century*. Clarendon, Oxford
- Zupan ML (1976) The conceptual development of quantification in experimental psychology. *J Hist Behav Sci* 12:145–158

Psychiatrie der Gegenwart 2

Allgemeine Psychiatrie

Helmchen, H.; Henn, F.; Lauter, H.; Sartorius, N. (Hrsg.)

1999, XII, 617 S., Hardcover

ISBN: 978-3-540-64508-5