

**Die Verbreitung der Kraepelinischen Krankheitslehre
im deutschen Sprachraum zwischen 1893 und 1912
am Beispiel der Dementia praecox**

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereichs Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von Silke Feldmann
aus Berlin

Gießen 2005

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin

Direktor: Prof. Dr. Volker Roelcke

des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen

Gutachter: Prof. Dr. Roelcke

Gutachter: Prof. Dr. Milch

Tag der Disputation: 26.06.06

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
1.1	Fragestellung und Begründung zur Themenwahl	3
1.2	Forschungsstand	6
1.3	Hinweise zu den Zitaten und biografischen Angaben	9
2	Publikationsorgane - Institutionen - Begriffe	11
2.1	Die zeitgenössischen psychiatrischen Fachzeitschriften	11
2.1.1	Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie	11
2.1.2	Archiv für Psychiatrie	15
2.1.3	Weitere Zeitschriften	16
2.2	Deutscher Verein für Psychiatrie	17
2.3	Dementia praecox - Betrachtung des Begriffs	18
2.3.1	Entstehung und Vorgeschichte des Begriffes bei Kraepelin	18
3	Ergebnisse: Die Entwicklung und Rezeption des Schizophreniebegriffs	26
3.1	Von 1893 bis 1899 - Die Katatonie	26
3.2	Der Vortrag Kraepelins am 27.11.1898 und die Diskussion danach	37
3.3	Die Publikationen nach dem zentralen Vortrag Kraepelins von 1898	40
3.3.1	Die Jahrhundertwende bis zur Jahresversammlung des Vereins deutscher Irrenärzte in Berlin am 22./23. 4. 1901	40
3.3.2	1901 bis 1906	45
3.3.3	1906 - 1908	51
3.3.4	Die Jahresversammlung des <i>Deutschen Vereins für Psychiatrie</i> 1908	54
3.3.5	Bis 1912	57

3.3.6	Abschluss	59
4	Zusammenfassung und Ausblick	62
5	Anhang	65
5.1	Exkurs I: Verrücktheit, Wahnsinn und Paranoia:	65
5.2	Exkurs II: Die Zählkarten	66
5.3	Exkurs III: Die Einheitspsychose	67
5.4	Kurzbiografien wichtiger Personen	68
5.4.1	Emil Kraepelin (1856-1926)	68
5.4.2	Alfred Hoche (1865-1943)	69
5.4.3	Eugen Bleuler (1857-1939)	70
5.4.4	Wilhelm Griesinger (1817-1868)	71
5.4.5	Weitere Personen	72
5.5	Danksagung	84
5.6	Lebenslauf	85
5.7	Kurzzusammenfassung Deutsch	86
5.8	Kurzzusammenfassung Englisch	87
	Literaturverzeichnis	89

1 Einleitung

1.1 Fragestellung und Begründung zur Themenwahl

Im Jahr 1893 erwähnte der deutsche Psychiater Emil Kraepelin (1856-1926), zu der Zeit als Ordinarius an der Universität Heidelberg tätig, in der vierten Auflage seines Lehrbuchs zum ersten Mal das Krankheitsbild der „Dementia praecox“¹ als: „*die subacute Entwicklung eines eigenartigen, einfachen geistigen Schwächezustands im jugendlichen Alter*“.²

Damit legte er den Grundstein für die Beschreibung einer Krankheit, die heute unter dem Namen „Schizophrenie“ bekannt ist. Kraepelins Konzept hat in modifizierter Form ab 1980 mit Einführung des DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, dritte Version),³ dessen verantwortliche Hauptakteure sich selber als „Neo-Kraepelinians“⁴ bezeichneten. Eingang in heutige Klassifikationssysteme psychiatrischer Erkrankungen (ICD-10, DSM-IV) gefunden und ist somit immer noch von Bedeutung. Die ICD (International Classification of Diseases der WHO = World Health Organisation) mit dem Kapitel V (alle psychiatrischen Erkrankungen tragen den Buchstaben „F“) ist in der Psychiatrie in Deutschland mit ihrer zehnten Revision von 1992 im klinischen Gebrauch. Allgemein wird in dieser Einteilung nur noch der Begriff Störung verwendet, um Wörter wie Krankheit und Erkrankung zu vermeiden.⁵

Die zweite (in Deutschland weniger gebräuchliche) Einteilung ist das DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, vierte Version) der *American Psychiatric Association* von 1994.⁶ Es stellt eine Weiterentwicklung des DSM-III dar und umfasst eine Beurteilung der Krankheit bzw. Störung des Patienten in

¹Dementia: (lat.) Schwachsinn, Blödsinn; praecox: (lat.) vorzeitig.

²Kraepelin 1893, S. 434.

³American Psychiatric Association 1980.

⁴Vgl. Blashfield 1984.

⁵Weltgesundheitsorganisation 1999.

⁶American Psychiatric Association 1994.

fünf Achsen, wobei sein Befinden nach Punktwerten eingestuft wird und so eine recht umfassende Diagnose ergibt.

Die Schizophrenien werden heute als eine heterogene Gruppe psychiatrischer Erkrankungen aufgefasst, die praktisch alle psychischen Funktionen verändern können und bei denen zahlreiche Symptome möglich sind.⁷

Kraepelin trennte die *Dementia praecox* von den von ihm früher erwähnten Gruppen der Verrücktheit und des Wahnsinns ab,⁸ weil er glaubte, durch klinische Beobachtungen herausgefunden zu haben, dass sie fast immer schon nach kurzer Krankheitsdauer zu „*geistiger Invalidität*“⁹ führe und sich dadurch von anderen Krankheiten unterscheide.

Kraepelin war es wichtig, aus einer gestellten Diagnose eine Prognose ableiten zu können. Die Möglichkeit dafür schien er mit seinem neuen Konzept der Einteilung und Abgrenzung von anderen Krankheitsbildern zumindest für die *Dementia praecox* gefunden zu haben. Unter seinen Kollegen löste Emil Kraepelin eine rege Diskussion nicht nur in Bezug auf den neuen Begriff *Dementia praecox* an sich, sondern auch über die Notwendigkeit einer Neuordnung der Klassifikation psychiatrischer Erkrankungen im Allgemeinen aus. Bis zum Jahr 1911, als der Begriff *Dementia praecox* mehr und mehr durch den Terminus Schizophrenie abgelöst wurde, ohne jedoch inhaltlich grosse Änderungen zu erfahren, hatte sich sein System der Klassifikation und Diagnose dieser Krankheit trotzdem in Deutschland weitestgehend etabliert.¹⁰

⁷Beispielhaft zu nennen sind die Störungen des Denkens, vor allem Zerfahrenheit, Störungen der Affektivität (Ambivalenz) und des Antriebs (Autismus). Dazu können weitere Symptome wie Wahn, Halluzinationen und katatone Störungen kommen. Das Bewusstsein ist meist klar, die intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht betroffen. Im Laufe der Erkrankung können sich jedoch kognitive Defizite entwickeln. Die Erkrankung kann akut mit schwerwiegenden Symptomen beginnen oder sich schleichend entwickeln. Im Verlauf sind große Unterschiede zu beobachten. Bei einem Teil der Betroffenen kommt es zur vollständigen oder fast vollständigen Heilung, andere erleben mehrere Schübe der Erkrankung, wieder andere gehen in sog. schizophrene Residuen über. Die Geschlechter sind in etwa gleich häufig betroffen, der Erkrankungsbeginn liegt bei Frauen im Durchschnitt etwas später. Die Beschreibung der Schizophrenien in diesem Abschnitt stützt sich auf das Kapitel 17 aus Tölle 1999, S. 191-230.

⁸Siehe dazu im Anhang.

⁹Kraepelin 1893, S. 435.

¹⁰Der Begriff Schizophrenie geht auf Eugen Bleuler (1857-1939) zurück, der den

In der vorliegenden Arbeit soll anhand der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie* (im Folgenden *AZP*) die Verbreitung der Krankheitslehre Kraepelins im deutschen Sprachraum in den Jahren 1893 bis 1912 untersucht werden. Dafür wurde als Beispiel die *Dementia praecox* gewählt, weil ihr im betrachteten Zeitraum Kraepelins größte Aufmerksamkeit in der Erforschung und Beschreibung galt, und er durch Veröffentlichungen und Vorträge zu diesem Thema seine Fachkollegen zu einem Diskurs anregte, der in der gewählten Zeitschrift gut dargestellt ist.

Die *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* wurde ausgesucht, weil sie zur damaligen Zeit neben dem *Archiv für Psychiatrie* das wichtigste Publikationsorgan der in Deutschland tätigen Psychiater darstellte. Die Entscheidung für die *Allgemeine Zeitschrift* als Hauptquelle fiel wegen ihrer Nähe zum *Verein der deutschen Irrenärzte* (ab 1903 *Deutscher Verein für Psychiatrie*), der das bedeutendste Diskussionsforum dieser Fachrichtung war und mit der *Allgemeinen Zeitschrift* sein publizistisches Organ hatte. In ihr finden sich neben Originalarbeiten Sitzungsprotokolle und Berichte über Versammlungen, die für die vorliegende Arbeit wichtig waren, weil sie grundlegende Kritikpunkte aber auch Zustimmung zu Kraepelins Krankheitslehre wieder geben. Weitere zeitgenössische Zeitschriften dienten selektiv als Quelle für Artikel, die die Grundlage für Vorträge oder Diskussionen auf den Versammlungen der psychiatrischen Vereine bildeten.

Der Zeitraum für die Betrachtung der Artikel in der gewählten Zeitschrift erstreckt sich von 1893 bis 1912, um sowohl die Rezeption der Anfänge von Kraepelins Systematik in Bezug auf die *Dementia praecox* als auch die Zeit der Konsolidierung seiner Ideen (1899-1912) zu erfassen. Das Ende des Untersuchungszeitraums stellt das Jahr 1912 dar, in dem sich Kraepelins Konzept schließlich größtenteils durchgesetzt hatte.¹¹

Die Untersuchung über Kraepelins eigenen Umgang mit seiner Klassifikation geht über diesen Zeitraum hinaus, weil er sich gut über die weiteren Auflagen seines Lehrbuches nach der vierten aus dem Jahr 1893 bis zur neunten von 1926 verfolgen lässt und dann damit seinen Abschluss findet.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich wie folgt: Nach dem Forschungsstand zur Geschichte der Kraepelinischen Krankheitslehre werden im zweiten Kapitel die wichtigsten Publikationsorgane und -foren der damaligen Zeit (z.B. *Allgemeine Zeit-*

Terminus zuerst auf der Jahresversammlung des *Deutschen Vereins für Psychiatrie* 1908 vorstellte und 1911 in seiner Monografie über die „*Dementia praecox und die Gruppe der Schizophrenien*“ ausführlich beschrieb, siehe Bleuler 1911, sowie Kapitel 3.3.4.

¹¹ Vgl. dazu auch Roelcke 2000 und Roelcke 2002.

schrift für Psychiatrie, Archiv für Psychiatrie und Deutscher Verein für Psychiatrie) dargestellt. Anschliessend wird gezeigt, wie Kraepelin den Begriff *Dementia praecox* in den Auflagen seines Lehrbuchs entwickelte und veränderte.

Im dritten Kapitel wird thematisiert, wie Kraepelin den Begriff *Dementia praecox* als Beispiel für seine Krankheitslehre in die Gesellschaft der Psychiater einführte, selbst in der Literatur verwendete, und wie seine Kollegen das aufnahmen und diskutierten. Dabei dient Kraepelins Artikel „*Zur Diagnose und Prognose der Dementia praecox*“ aus dem Jahr 1899, erschienen in der *AZP*, als zentraler Anknüpfungspunkt.¹² Von diesem Artikel aus werden die verschiedenen Standpunkte, wie sie Kraepelins Kollegen in der *Allgemeinen Zeitschrift* vertraten, erörtert. Im vierten Kapitel werden die Ergebnisse zusammengefasst und in den Kontext der bisherigen Forschung zur Psychiatriegeschichte eingeordnet.

Im Anhang folgt eine Kurzbiografie Kraepelins, einiger seiner Schüler und anderer Akteure der damaligen Zeit, sowie Exkurse zu Kraepelins Arbeitsweise mit „Zählkarten“ und ein Überblick über wichtige psychiatrische Begriffe der Zeit.

1.2 Forschungsstand

Die Diskussion um Kraepelin und seine Nosologie ist in der Literatur seit seinem Tod im Jahr 1926 in mehreren Wellen wieder aufgekommen: Direkt nach Kraepelins Tod in den 20er und 30er Jahren des letzten Jahrhunderts, dann zum 100-jährigen Geburtstag ab 1956, gefolgt ca. 10 Jahre später von dem Streit über „*Was Kraepelin wirklich gesagt hat*“ bis hin zur Formierung der „Neo-Kraepelinians“ in den USA in den 1980er Jahren. Einen guten Überblick über die eben erwähnten Zeiträume geben zwei Artikel von Berrios und Hauser aus den Jahren 1988 und 1995.¹³

Die vorhandene neuere Literatur wurde auf die Fragestellung hin durchgesehen, inwiefern sie Thesen und Erklärungen enthält, wie sich Kraepelins Konzept im betrachteten Zeitraum verbreitet haben könnte.

Dabei müssen zwei gegensätzliche Pole unterschieden werden: Die eine Gruppe Autoren behauptet, Kraepelins Lehre sei mit den Jahren „gewachsen“ und habe sich nicht aufgrund einer neuen Entdeckung, sondern wegen ihrer Plausibilität und der Notwendigkeit einer Klassifikation durchgesetzt, wohingegen andere Autoren Kraepelins Nosologie als ein zu einem bestimmten Punkt fertiges Konstrukt dar-

¹²Kraepelin 1899b.

¹³Berrios und Hauser 1988, S. 819, sowie Berrios und Hauser 1995, S. 280-281.

stellen. Diese beiden Standpunkte in Bezug auf die Entwicklung von Kraepelins Krankheitslehre sollen in der vorliegenden Arbeit überprüft werden.

Volker Roelcke stellte erstmals in einem Artikel von 1996¹⁴ die Hypothese auf, dass Kraepelin keine grundlegend neuen Entdeckungen gemacht hatte, sondern seine neue Klassifikation definierte, indem er vorhandene Begriffe, Wissensbestände und Methoden zu einer neuen Systematik zusammenfasste. Kraepelin wollte die psychiatrische Forschung auf eine Ebene mit den anderen, an den Naturwissenschaften orientierten medizinischen Disziplinen stellen, um das gleiche Ansehen und die gleiche finanzielle Unterstützung wie beispielsweise die Physiologie und Mikrobiologie zu bekommen. Die in diesem Artikel formulierten Überlegungen hat Roelcke in einem Artikel von 1999 noch detaillierter dargestellt.¹⁵ Darin sagt er auch, dass Kraepelin, um zu seiner Klassifikation zu gelangen, eine strategische Entscheidung fällte, wie seine empirisch-klinische Forschung auszusehen habe. Dadurch bestimmte Kraepelin schon vor Beginn seiner empirischen Forschung durch seine nosologischen Kategorien die Struktur der Forschung und der späteren Klassifikation. Nach einer Erörterung über Forschungsbedingungen bei Kraepelin und Darstellung der in der Literatur vorhandenen Kritik an Kraepelins Strategie, kommt Roelcke zu dem Schluss, dass Kraepelins Programm trotz allem eine so starke „Anziehungskraft“¹⁶ ausgeübt haben muss, dass sich seine Klassifikation durchgesetzt hat. In einem Artikel von Roelcke aus dem Jahr 2000 wird die Zeit nach Kraepelins Neuformulierung der Krankheitslehre als Zeit der „Konsolidierung“ bezeichnet.¹⁷ Hier bleibt die Frage offen, wie sich diese Konsolidierung vollzogen hat, da sich Roelckes Fragestellung in den zitierten Artikeln auf die Entstehungsgeschichte von Kraepelins Nosologie und nicht auf die Rezeptionsgeschichte gerichtet hat. In einem weiteren Artikel zu diesem Thema bezeichnet Roelcke die Resonanz auf Kraepelin als „äußerst positiv“, führt dafür aber lediglich einige exemplarische Belege an.¹⁸ Auch in Roelckes jüngstem Beitrag zur Forschung über Kraepelin fehlt eine genaue Rekonstruktion der Rezeption von Kraepelins Nosologie in den Jahren nach ihrer Neuformulierung, da sich Roelcke auch hier vor allem einer anderen Fragestellung widmet.¹⁹ Zu der in diesen Artikeln formulierten Fra-

¹⁴Roelcke 1996.

¹⁵Ähnliche Argumente finden sich auch in Roelcke 1999b, außerdem ist dieser Gedanke weiter ausgeführt in Roelcke 2002, S. 3.

¹⁶Roelcke 1999a, S. 116.

¹⁷Roelcke 2000.

¹⁸Roelcke 2002, S. 4.

¹⁹In diesem Artikel ergänzt Roelcke seine früher gemachten Aussagen um einen

ge nach der Rezeptionsgeschichte und Konsolidierung von Kraepelins Konzept soll die vorliegende Arbeit einen Beitrag leisten.

Eine ähnliche Argumentation wie Roelcke verfolgen Berrios und Hauser in einem Artikel aus dem Jahr 1995.²⁰ Darin zeigen sie Kraepelins forschersischen Werdegang und die daraus resultierende Bedeutung für die Entwicklung seiner Nosologie. Berrios und Hauser kommen zu dem Schluss, dass auch schon die Zeit vor Kraepelins Tätigkeit in Heidelberg dafür wichtig war.²¹ Ihre Betrachtungen über Kraepelins Nosologie enden 1896 und enthalten keine Reaktionen von Kraepelins Kollegen auf sein Programm.

Die detaillierteste Darstellung der Fortentwicklung von Kraepelins Nosologie findet sich in einer Monographie über Emil Kraepelin von Paul Hoff in dem Kapitel über die nicht-affektiven Psychosen.²² Er zeigt in diesem Kapitel, dass Kraepelins Lehre in Bezug auf die *Dementia praecox* eine kontinuierliche Weiterentwicklung seiner Ideen darstellt und allmählich entstanden ist. Hoff führt weiter aus, dass die Entwicklung nach der wegweisenden sechsten Auflage von Kraepelins Lehrbuchs keineswegs stillstand, sondern durch ihn immer wieder verändert wurde. Bei Hoff fehlt eine genaue Untersuchung zur Verbreitung von Kraepelins Nosologie unter den Fachgenossen. Hoff argumentiert in einem Artikel aus demselben Jahr in Hinsicht auf den Grund für die Durchsetzungsfähigkeit von Kraepelins Programm wie Roelcke, wenn er sagt: „*Kraepelin's psychiatry became so influential, because it offered a pragmatcal, clinically and prognostically oriented nosology, developed by a self-confident author [...]*“.²³

Im Gegensatz dazu behauptet eine andere Gruppe Autoren, Kraepelins Konzept der *Dementia praecox* habe sich zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einem relativ engen Zeitraum als Resultat von empirischer Forschung entwickelt und durchgesetzt. In dem Kapitel über das deutsche Konzept der Schizophrenie aus einem Sammelband, der sich mit der internationalen Geschichte der Schizophrenie aus historischer Sicht beschäftigt,²⁴ sagt Peters, dass die moderne Geschichte der Schizophrenie vor allem auf Kraepelins Vortrag „*Zur Diagnose und Prognose der Dementia*

neuen Aspekt: Er erweitert die vorangegangenen Argumentationen um eine Erörterung der zeitgenössischen Probleme und Herausforderungen, auf die Kraepelin mit seiner Foschung reagierte: Roelcke 2003.

²⁰Berrios und Hauser 1995.

²¹Ebd. S. 285.

²²Hoff 1995a, S.112-126.

²³Hoff 1995b, S. 273.

²⁴Howells 1991.

praecox“ von 1899²⁵ und die sechste Auflage seines Lehrbuchs zurückgehe.²⁶ Peters beschreibt von diesem Zeitpunkt ausgehend Kraepelins Nosologie und seinen Erfolg ohne Gründe für diesen Erfolg anzugeben.

Ein weiterer Autor, der die Anfänge der Schizophrenie als eigenständige Krankheit an einen bestimmten Zeitpunkt knüpft, ist Hoenig. Er sagt, dass die Geschichte der Schizophrenie „definitiv“ und „eindeutig“ an das Erscheinen der vierten Auflage von Kraepelins Lehrbuch geknüpft sei.²⁷ Er behauptet weiterhin, dass Kraepelins Konzept erst mit der Herausgabe der Monografie „*Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*“²⁸ durch Eugen Bleuler endgültige Anerkennung in der Fachwelt erhielt.²⁹ Über die Jahre dazwischen (1893-1911) äußert sich auch Hoenig nicht.

Diese Arbeit will einen Beitrag dazu leisten, Lücken in der Rezeptionsgeschichte zu füllen und Argumente für oder gegen die beiden vermuteten Arten der Verbreitung von Kraepelins Krankheitslehre zu liefern. Das geschieht, indem im zentralen Publikationsorgan der zeitgenössischen Psychiatrie, der *AZP*, für die infrage kommende Zeit eine kontinuierliche Sichtung und Analyse der Quellen stattfand.

1.3 Hinweise zu den Zitaten und biografischen Angaben

Die Zitate aus den älteren Zeitschriften wurden so übernommen, wie sie vorgefunden wurden, d.h. in einem Deutsch, das in einigen Wörtern unserer heutigen Rechtschreibung nicht mehr entspricht.

Die Diskussionen zu den vorgetragenen Referaten in der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie* sind im Literaturverzeichnis nur dann gesondert aufgeführt, wenn sie nicht gleich im Anschluss an den zitierten Vortrag abgedruckt wurden.

Die Seitenangaben im Literaturverzeichnis, die mit einem Stern versehen sind, stammen aus dem Literaturteil der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie*, der eine jährliche Zusammenstellung über die Literatur des Vorjahres, z. T. auch mit Rezensionen, darstellt. Auch im Original befindet sich hinter den Seitenzahlen ein Stern. Alle biografischen Informationen stammen, wenn nicht anders angegeben, aus Alma Kreuter: *Deutschsprachige Neurologen und Psychiater: ein biografisch-bibliographisches*

²⁵Kraepelin 1899b.

²⁶Peters 1991, S. 62.

²⁷Hoenig 1995, S. 336.

²⁸Bleuler 1911.

²⁹Hoenig 1995, S. 342.

*Lexikon von den Vorläufern bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts.*³⁰ Zu den Personen, hinter deren Namen bei der ersten Erwähnung die Lebensdaten stehen, findet sich im Anhang eine Kurzbiografie. Dabei wird vor allem der Zeitraum ihres Lebens, mit dem sich auch die vorliegende Arbeit beschäftigt, heraus gegriffen.

³⁰Kreuter 1996.

2 Publikationsorgane - Institutionen - Begriffe

2.1 Die zeitgenössischen psychiatrischen Fachzeitschriften

2.1.1 Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie

2.1.1.1 Entwicklung

Mehrere Versuche zur Gründung einer Zeitschrift für Psychiatrie fanden in den Jahren 1805 bis 1837 statt. Meistens mussten die verschiedenen Redakteure ihre Zeitschrift, wenn nicht schon nach wenigen Ausgaben, spätestens aber nach einigen Jahren einstellen, weil entweder Artikel, Leser oder beides fehlten.¹

1841 richtete Heinrich Philipp August Damerow (1798-1866) ein Schreiben an Deutschlands Psychiater, mit der Aufforderung zur Gründung einer neuen Zeitschrift. Sie war gedacht als „[...] *gemeinschaftliches Organ Aller für das gesamte Gebiet der Psychiatrie* [...]“.² Er selbst hatte nach seinem Medizinstudium in Berlin einige Zeit in den 1830er Jahren mit einem Studienaufenthalt bei Maxilian Jacobi (1775-1858) in Siegburg verbracht. Jacobi hatte mit einigen anderen Anstaltsdirektoren 1838 schon einen Versuch unternommen, eine Zeitschrift heraus zu geben, die aber nach einem Band scheiterte. Damerow arbeitete nach seinem Aufenthalt bei Jacobi als „Hilfsarbeiter“ für Fragen des Irrenwesens im Berliner Ministerium. Diese Verbindung hat später wahrscheinlich bei der Herausgabe des ersten Bandes der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie* geholfen. Unter Beibe-

¹Siehe dazu im Detail: Laehr 1894. In diesem Artikel ist ein „Pro memoria“, das Heinrich Damerow 1841 an die Psychiater in Deutschland verschickte, mitabgedruckt. In dem Pro memoria, auch erschienen in der *Medizinischen Zeitung* Band 10 (Damerow 1841), stellt Damerow die Geschichte psychiatrischer Zeitschriften in Deutschland bis 1841 dar. Vgl. auch Keil 1985 zur Geschichte der deutschen psychiatrischen Zeitschriften des 19. Jahrhunderts, und allgemein über medizinische Fachzeitschriften Brunn 1925.

²Damerow 1841, S. 3.

haltung dieser Stellung wurde er 1842 Direktor der provisorischen Irrenanstalt in Halle. In demselben Jahr wurde Damerow zum Hauptredakteur der zu gründenden Zeitschrift gewählt, und Neujahr 1843 sollte das erste Heft erscheinen. Bis Ende Juni waren aber noch nicht genügend Artikel vorhanden, weshalb Damerow am ersten Juli 1843 seinen Rücktritt aus der Redaktion erklärte. Daraufhin stellte Minister Eichhorn, den Damerow aus der Zeit im Berliner Ministerium kannte, Akten zur Verfügung, um daraus über psychiatrische Fälle zu berichten. Außerdem bekam Damerow von anderen Ärzten Zusicherungen für Artikel geschickt. 1844 erschien schließlich der erste Band der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin*. Herausgeber waren Deutschlands Irrenärzte in Verbindung mit Gerichtsärzten und Kriminalisten unter der Redaktion von Damerow, Flemming (1799-1880), und Roller (1802-1878).

Die Zeitschrift erschien viermal im Jahr. Damerow blieb Hauptredakteur mit den Nebenredakteuren Christian Friedrich Flemming und Christian Friedrich Roller, bis er 1857 von diesem Posten zurück trat und Heinrich Laehr (1820-1905) die Leitung der Zeitschrift übernahm. Von 1857 an erschienen 6 statt 4 Hefte jährlich. Ein Grund dafür war, dass zu dieser Zeit viele Heil- und Pflegeanstalten für psychisch Kranke entstanden, und dass die Universitäten ein wachsendes Interesse für Psychiatrie zeigten. Deshalb wurden immer mehr Artikel von Anstaltsmitarbeitern und Klinikärzten geliefert.³

Im untersuchten Zeitraum von 1893-1912 befanden sich insgesamt zehn Psychiater in der zuerst aus fünf, ab 1906 aus sechs Mitgliedern bestehenden Redaktion. Den Vorsitz hatte von 1857 bis zu seinem Tod im Jahr 1905 Heinrich Laehr, danach übernahm sein Sohn Hans Laehr (1856-1929), der inzwischen die von seinem Vater gegründete Anstalt Schweizerhof führte, dieses Amt. Der Vorsitzende war gleichzeitig ständiges Mitglied im Vorstand des *Vereins der Deutschen Irrenärzte*.⁴ Mit Hubert Grashey (1839-1914), Carl Pelman (1838-1916) und Heinrich Schüle (1840-1916) waren im gesamten Zeitraum von 1893-1912 mehrere Anstaltsdirektoren weitere Mitglieder der Redaktion. Richard von Krafft-Ebing (1840-1902), damals gleichzeitig Anstaltsdirektor und Professor für Psychiatrie zuerst in Straßburg, später in Wien, war von Beginn des betrachteten Zeitraums an bis zu seinem Tod im Jahr 1902 einer der Redakteure. Sein Posten wurde erst 1906 durch Karl Bonhoeffer (1868-1948), der zu der Zeit Ordinarius in Breslau an der Universität war, wieder besetzt. Mit ihm wurde die Redaktion um zwei weitere Mitglieder

³Zur Geschichte der Gründung und zur weiteren Entwicklung der Zeitschrift vgl. Laehr 1894, S. 20-28.

⁴Vgl. dazu Kapitel 2.2.

vergrößert. August Cramer (1860-1912), seit 1900 Direktor der Heil- und Pflegeanstalt und Professor für Psychiatrie und Nervenheilkunde in Göttingen, kam ebenfalls 1906 für den schon 1897 aus persönlichen Gründen zurückgetretenen Fedor Schuchardt (1848-1913). Heinrich Kreuser (1855-1917), ein weiterer Anstaltsdirektor, begann in demselben Jahr seine Arbeit in der Redaktion als zusätzliches sechstes Mitglied.⁵

Die Zeitschrift bestand von 1844-1937 unter dem vollständigen Titel *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin* und stellte ab 1864 das offizielle Organ des neu gegründeten „Vereins der Deutschen Irrenärzte“ (ab 1903 „Deutscher Verein für Psychiatrie“) dar. Von 1938 an hieß sie *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*. Die Zeitschrift war nun das Organ der *Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater*, die 1935 aus dem *Deutschen Verein für Psychiatrie* und der *Gesellschaft Deutscher Nervenärzte* (dem damaligen Zusammenschluss der in Deutschland tätigen Neurologen) entstanden war. 1949 wurde die Zeitschrift eingestellt. Ihren Platz als Organ der *Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater* übernahm das *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, das seit 1867 bestand.⁶ Das *Archiv* erschien in den Jahren 1945-1947 nicht, übernahm ab 1948 die Zählung der *Allgemeinen Zeitschrift* und löste sie mit Beginn des Jahres 1949 als offizielles Organ endgültig ab.

2.1.1.2 Inhalt

Den möglichen Inhalt der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie legte Damerow im zweiten Abschnitt seines „Pro memoriam“ relativ genau fest. Im Großen und Ganzen stimmte diese vorläufige Inhaltsangabe mit dem überein, was im betrachteten Zeitraum an Themen behandelt wurde. Die Schwerpunkte wurden im Laufe der Jahre jedoch verschieden gesetzt. Er schlug drei große Themenkomplexe vor, die jeweils verschiedene Unterthemen beinhalten sollten: A. Psychiatrie, B. Irrenanstalten, C. Öffentliches Irrenwesen. Im ersten Abschnitt sollten sich Themen über Theorie und Praxis der Psychiatrie finden, so z.B. spezielle Pathologie, Pharmakologie, Berichte über Obduktionen und Krankengeschichten. Bemerkenswert ist, dass Damerow schon in diesem ersten vorläufigen Inhaltsverzeichnis auf die Notwendigkeit einer Klassifikation in der Psychiatrie hinwies. Er wünschte an Punkt A. I. 1., also an erster Stelle im Inhaltsverzeichnis „*Bestrebungen zu einer Einigung*“

⁵Vgl. dazu die Titelblätter der betreffenden Ausgaben.

⁶Siehe dazu Kapitel 2.1.2.

*unter den Irrenärzten in Betreff der Classification, Terminologie und Nomenclatur der Formen der Seelenkrankheiten.*⁷

Desweiteren sollten sich in der Zeitschrift Beiträge zur Geschichte der Psychiatrie finden. Diese Artikel umfassten Besprechungen und Bewertungen von Werken klassischer Autoren in Hinblick auf das damalige Verständnis der Psychiatrie, die Entwicklungsgeschichte der Psychiatrie sowie Nekrologe, Personalberichte und Biographien. In dieses Kapitel sollte auch eine „Irrenstatistik“ gehören, die tabellarisch als Grundlage dienen sollte, um eine allgemeine Ätiologie und Prophylaxe psychiatrischer Erkrankungen zu finden. Die Statistik sollte nicht auf Deutschland beschränkt bleiben, sondern auch das Ausland berücksichtigen.

Als drittes großes Thema des ersten Abschnitts der Zeitschrift wählte Damerow einen Unterpunkt für Literatur und Kritik. Die Rezensionen beschäftigten sich mit kürzlich erschienenen Büchern vor allem deutscher, aber auch ausländischer Autoren. In einem gesonderten

Literaturteil wurde über die neu erschienene psychiatrische Literatur des Vorjahres berichtet.

Der Zweite Abschnitt war den Irrenanstalten gewidmet. Der Inhalt erstreckte sich von Bau der Einrichtungen über ihre Verwaltungsstruktur mit Personal, Direktion, Administration und Finanzen bis hin zu Berichten der Charakteristika psychischer Erkrankungen in Anstalten im Gegensatz zu Kliniken.

Der letzte Abschnitt befasste sich mit dem öffentlichen Irrenwesen. Als Themen dieses Abschnitts nennt Damerow die Gerichtliche Psychiatrie, die sich mit Gutachten u.ä. beschäftigen sollte und die Lehre. Er weist auf die Notwendigkeit hin, Unterricht in Psychiatrie im Medizinstudium zu etablieren. Das sollte durch Vorlesungen, Praktika in den Kliniken und Anstalten und durch die Berücksichtigung der Psychiatrie in den Prüfungen geschehen.

Gegliedert wurde die Zeitschrift in vier große Gebiete, die alle erwähnten inhaltlichen Abschnitte abdeckten: Artikel (die sogenannten „Originalien“), ferner die Verhandlungen der psychiatrischen Vereine, die meist ein genaues Protokoll von Ort und Zeit der Sitzungen sowie eine Anwesenheitsliste umfassten. Dort gehaltene Vorträge wurden referatartig, z.T. als Autoreferate wiedergegeben oder in späteren Bänden als „Originalie“ abgedruckt. Die sich an die Vorträge anschließenden Diskussionen wurden auf ihre Kernaussagen reduziert in das Protokoll aufgenommen. Schriftführer auf den Versammlungen war gewöhnlich der Hauptredakteur der *AZP*. Als dritter Teil erschienen Rezensionen und als letzter Abschnitt kleinere Mitteilungen. In ihnen wurden schlagzeilenartig Begebenheiten aus den Anstalten

⁷Vgl. Laehr 1894, im „Pro memoriam“, S. 11.

berichtet,⁸ Personal-Nachrichten ausgetauscht und Kongressberichte gesammelt.

2.1.2 Archiv für Psychiatrie

Während die „*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*“ das Organ der Anstaltspsychiater darstellte, galt das „*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*“ als Zeitschrift der Universitätspsychiater. In den 1860er Jahren entstand überhaupt erst die Universitätspsychiatrie, d.h. es wurden psychiatrische Lehrstühle und psychiatrische Kliniken an den Universitäten eingerichtet.⁹ Im Jahr 1867 wurde das *Archiv* von Wilhelm Griesinger (1817-1868) gegründet. Mitherausgeber waren ein Freund Griesingers, Ludwig Meyer (1827-1900) und Carl Westphal (1833-1890). Alle drei Redakteure arbeiteten zu dieser Zeit entweder als Assistenten oder Professoren an deutschen Universitäten. Die Gründung kann als eine Art „*Kampfgründung*“¹⁰ gegen die Anstaltspsychiater und ihre Zeitschrift aufgefasst werden.

Vorausgegangen war, dass Griesinger früher im Jahr 1867 versucht hatte, Mitherausgeber der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie* zu werden, aber zurückgewiesen wurde. Als Gründe dafür wurden genannt, dass die Mitglieder des Vereins deutscher Irrenärzte, dessen Organ die *Allgemeine Zeitschrift* darstellte, nicht gewillt waren, seine Reformpläne anzuerkennen, geschweige denn umzusetzen.¹¹

Griesinger hatte auf mehreren Reisen Erfahrungen mit der Behandlung psychiatrischer Patienten in anderen Ländern gemacht und strukturierte daraus sein Konzept für die Behandlung seiner Patienten, das sich von dem in Deutschland zu der Zeit herrschenden in weiten Teilen unterschied.

Inhaltlich vertrat die Zeitschrift einen liberal-naturwissenschaftlichen Standpunkt, was von der ersten Ausgabe an deutlich wurde: Griesinger stellte einen kompletten und detaillierten Plan zur Reform der psychiatrischen Institutionen dar. Er beinhaltete unter anderem die vollständige Abschaffung jeglichen mechanischen Zwangs bei der Behandlung psychisch Kranker, sowie die Ausweitung des Gegenstandsbereichs der Psychiatrie. Er forderte eine Ausdehnung der Psychiatrie auf das Gebiet der (nicht-geisteskranken) neurologischen Hirn- und Nervenkrankheiten und die Etablierung von Polikliniken, um jene Patienten zu erreichen, die nicht auffällig

⁸Z.B. „Feuer in der Männerabteilung der Irrenanstalt zu Philadelphia“, „Wahnsinn eines Schiffskapitäns“, *AZP*, 1886 (42), S. 179-180.

⁹Vgl. dazu Engstrom 2003.

¹⁰Dörner 1995, S. 290.

¹¹Eine ausführliche Darstellung dieses Streits findet sich bei Marx 1972, Dörner 1995, S. 289-292, sowie bei Sammet 2000.

genug erschienen, um in eine Anstalt oder Klinik eingewiesen zu werden, aber dennoch psychisch erkrankt waren.

Diese Position stand im Gegensatz zu den in der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie* vertretenen Ansichten, die maßgeblich von der Anstaltspsychiatrie geprägt waren. Die Herausgabe des *Archivs* wird deswegen auch als ein wesentlicher Schritt zur Begründung der „Universitätspsychiatrie“ gesehen.¹²

Nachdem das *Archiv* die *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie* im Jahr 1949 als offizielles Organ der *Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater* abgelöst hatte,¹³ bestand es noch bis 1984/85 unter diesem Titel. Es ging dann in den „*European archives of psychiatry and neurological science*“ auf, die das offizielle Organ des „*Gesamtverbands Deutscher Nervenärzte*“ bildeten. Die Zeitschrift änderten den Namen nochmals 1990/91 in „*European archives of psychiatry and clinical neuroscience*“ und ist seitdem Organ der „*German Society for Biological Psychiatry*“.

2.1.3 Weitere Zeitschriften

Ein Beispiel für eine weitere Quelle ist das „*Correspondenzblatt der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und gerichtliche Psychologie*“, das zum Ziel hatte, Mediziner aus anderen Fachbereichen für psychiatrische Themen zu interessieren. Die beiden Herausgeber Gottlob Heinrich Bergmann (1781-1861) und David Mansfeld (1787-1863), beide Anstaltsdirektoren und ehemalige Mitarbeiter der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie*, bevorzugten kurze Artikel, weil sie überzeugt waren, dass die z.T. sehr spezialisierten Aufsätze aus der *Allgemeinen Zeitschrift* von anderen Ärzten als Psychiatern gar nicht gelesen würden. Das *Correspondenzblatt der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und gerichtliche Psychologie* bestand von 1854 bis 1877. Dann änderte es seinen Namen in *Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie*, bestand darunter bis 1889 und weiter bis 1910 ohne den Zusatz *gerichtliche Psychopathologie*. Die Fortsetzung stellte bis 1921 die *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* dar. Danach kehrte man zu der alten Bezeichnung „Zentralblatt“ zurück (bis 1981: *Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*). Nach einer Verkürzung des Titels auf *Zentralblatt Neurologie und Psychiatrie* bestand die Zeitung noch bis 1996, bevor sie eingestellt wurde. Für längere Artikel wurde von denselben Mitarbeitern parallel zum *Correspondenzblatt* von 1858 bis 1872 das *Archiv der*

¹²Vgl. dazu Dörner 1995, S. 282-287.

¹³Vgl. Kapitel 2.1.1.1.

deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und gerichtliche Psychologie herausgegeben.

Eine weitere wichtige Zeitschrift war *Der Irrenfreund*, der von zwei Anstaltsdirektoren, Friedrich Koster (1822-1889) und Max Brosius (1825-1910), herausgegeben wurde. Im Gegensatz zum *Correspondenzblatt* richtete sich diese Zeitschrift nicht nur an Medizinerkollegen, sondern auch an interessierte Laien, um Vorurteile gegenüber psychisch Kranken und den Anstalten zu beseitigen. Die Zeitschrift erschien von 1859 bis 1902 unter dem vollständigen Titel: *Der Irrenfreund: Eine psychiatrische Monatsschrift für praktische Ärzte* und wurde dann eingestellt.¹⁴

2.2 Deutscher Verein für Psychiatrie

Die *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* stellte das offizielle Organ des *Deutschen Vereins für Psychiatrie* dar. Deswegen soll die Entstehungsgeschichte und Entwicklung des Vereines im betrachteten Zeitraum kurz dargestellt werden.¹⁵

Der *Deutsche Verein für Psychiatrie* (bis 1903 *Verein der deutschen Irrenärzte* oder *Deutscher Verein der Irrenärzte*) ging aus der *Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte* hervor. Sie war 1822 mit dem Ziel gegründet worden, den Naturwissenschaftlern eine Möglichkeit des Gedankenaustauschs auf regelmäßigen Versammlungen zu geben. Ab 1828 gab es wegen der zunehmenden Beteiligung und der Fülle des Stoffes sog. „Sektionen“ für die verschiedenen Gebiete der Naturwissenschaften und der Medizin. Bis 1847 hatten die Psychiater und Neurologen noch keine eigene Sektion, Themen aus diesen Gebieten kamen ab und zu in den Sektionen Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe zur Sprache.

Die erste Sitzung der Sektion „Psychiatrie und Anthropologie“ fand auf der 25. Naturforscherversammlung 1847 in Aachen statt. Bis 1860 bildete diese Sektion den einzigen überregionalen Zusammenschluss deutscher Psychiater. Die Beteiligung bei den Sektionssitzungen schwankte sehr stark, weswegen die Redaktion der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie* die Naturforscherversammlung 1860 zum Anlass nahm, zu einem Treffen unabhängig von der *Gesellschaft* einzuladen, da sie sich davon eine größere Teilnahme erhoffte. Bis 1864 fanden diese Treffen unabhängig von der Naturforscherversammlung statt, ohne sich jedoch komplett institutionell von ihr zu lösen. Am 14.09.1864 wurde in Mainz dann unter dem Vorsitz von Flemming die Gründung des *Deutschen Vereins der Irrenärzte* beschlossen.

¹⁴Vgl. zur Entwicklung dieser beiden Zeitschriften Engstrom 2003, S. 38-39.

¹⁵Für eine ausführliche Darstellung siehe: Schindler 1990, S.10-13.

Vorausgegangen war die Erarbeitung der Vereinsstatuten durch eine Kommission, die ein Jahr zuvor auf der 4. Versammlung deutscher Psychiater 1863 in Berlin eingesetzt worden war. Im neu gewählten Vorstand befanden sich vier, bzw später sechs Psychiater und zusätzlich der Hauptredakteur der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie*. Damit sollte ihre Bedeutung als Organ des Vereines unterstrichen werden. Ab 1867 entstanden in verschiedenen Regionen Deutschlands Lokalvereine, die sich als Zweige des *Deutschen Vereins der Irrenärzte* verstanden.

Die Mitgliederzahl wuchs rasch von 32 Personen bei der Gründungssitzung auf 91 zum Ende des Jahres 1864. Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts waren die Mitglieder fast ausschliesslich Ärzte aus den verschiedenen Irrenanstalten, erst ab dem 20. Jahrhundert kamen einige Universitätspsychiater dazu. Ihre Zahl blieb jedoch gering, 1908 waren nur 32 von 477 Mitgliedern aus einer Universitätsklinik. Bemerkenswert ist, dass im Zeitraum von 1891 bis 1914 von den Universitätspsychiatern 185 von 325 Vorträgen (57%) gehalten wurden.¹⁶ Im Jahr 1913 betrug die Mitgliederzahl des gesamten Vereins dann 627.¹⁷

Kraepelin war von 1906 bis 1914 Mitglied des Vereinsvorstands, dessen Aufgabe es war, die Jahresversammlungen vorzubereiten, d.h. Vortragsvorschläge zu erbitten, zu sammeln und auszuwählen, um schließlich eine endgültige Einladung zu verschicken. Im Vorstand des Vereins gab es als feste Funktionen einen Vorsitzenden, einen Schriftführer und einen Kassenwart. Kraepelin bekleidete in seiner aktiven Zeit im Vorstand keines dieser besonderen Ämter.¹⁸

2.3 Dementia praecox - Betrachtung des Begriffs

2.3.1 Entstehung und Vorgeschichte des Begriffes bei Kraepelin

In diesem Abschnitt sollen die Verwendungsweisen des Begriffes Dementia praecox durch Kraepelin über die verschiedene Auflagen seines Lehrbuches (von der vierten bis zur neunten) verfolgt werden. Das dient dazu, zu verstehen und zu unterscheiden, wie die Autoren in der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie* den Begriff, der sich über die Jahre hinweg änderte, zu ihrer Zeit auffassten, wenn sie sich auf Kraepelin bezogen.

¹⁶Zu diesen Zahlen vgl. Schindler 1990, S. 19-20.

¹⁷Zur Geschichte des Vereins nach dem betrachteten Zeitraum siehe ebd. S. 26-27.

¹⁸Zu den Vereinsstrukturen und den damals beteiligten Psychiatern vgl. ebd. S. 14-19; Zu Kraepelins aktiver Zeit im Vorstand siehe Kraepelin 1983, S. 167.

Es müssen folgende Bedeutungen des Begriffes Dementia praecox unterschieden werden: 1893, in der vierten Auflage erwähnte Kraepelin zum ersten Mal in seinem Lehrbuch die Dementia praecox und stellte sie neben der Katatonie und der Dementia paranoides als eine von drei Untergruppen der „*Psychischen Entartungsprozesse*“ im Kapitel VIII der „*Speziellen Psychiatrie*“ dar.¹⁹

Den Begriff Katatonie übernahm Kraepelin von Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899), der 1874 die Monographie *Katatonie oder das Spannungsirresein* veröffentlicht hatte.²⁰ Darin beschrieb er die Katatonie als vorrangig neuropsychiatrisches Krankheitsbild mit motorischen Störungen und Stupor. Kraepelin bezieht sich bei der Beschreibung der Erkrankung ausdrücklich auf Kahlbaum.²¹

Die Dementia paranoides charakterisierte Kraepelin als eine „*vorläufige Bezeichnung*“, die anzuwenden sei auf „*[...] jene eigenthümlichen Krankheitsfälle [...], welche nach schneller Entwicklung gänzlich unsinniger, verworrener Verfolgungs- und Größenideen ohne ausgeprägte Affektschwankungen überraschend früh in Schwachsinn übergehen.*“²²

Die Verwendung des Begriffes Dementia praecox entspricht in dieser Auflage noch der Krankheit, die Ewald Hecker (1843-1909) in einem Artikel aus dem Jahr 1871 als Hebephrenie beschrieben hatte²³ und die durch eine rasch verlaufende Abnahme psychischer Funktionen, vor allem in der Pubertät, gekennzeichnet war. Kraepelin beruft sich ausdrücklich auf Hecker²⁴ und möchte die Hebephrenie in Heckers Verwendungsweise durch *Dementia praecox* ersetzen und den Begriff Hebephrenie für die seiner Meinung nach schwerer verlaufenden Fälle mit ungünstigerer Prognose reservieren und von da an als Untergruppe der Dementia praecox behandeln. Der Vorschlag, die ursprüngliche Hebephrenie in Heckers Sinne um die Gruppe dieser schlimmer verlaufenden Erkrankung zu erweitern, war von Leon Daraszkiwicz (1866, gest. nach 1926) gekommen. Er war von 1890-1894 Assistent bei Kraepelin in Dorpat gewesen und hatte zu diesem Thema seine Dissertation geschrieben.²⁵

Den Namen Dementia praecox an sich übernahm Kraepelin von dem französischen Psychiater Bénédicté Auguste Morel (1809-1873), der 1852 ein Krankheitsbild vor-

¹⁹Kraepelin 1893, Inhaltsverzeichnis.

²⁰Kahlbaum 1874.

²¹Vgl. Kraepelin 1893, S. 67.

²²Kraepelin 1893, S. 456.

²³Hecker 1871.

²⁴Vgl. Kraepelin 1893, S. 442.

²⁵Daraszkiwicz 1892.

stellte, das sich weitestgehend mit der Beschreibung Heckers deckte.²⁶ Von Morel stammt auch der Ausdruck „*Dégénérescence*“, den Kraepelin als Überbegriff für die oben genannten Gruppen benutzt.²⁷

Auch der Prager Psychiater Alois Pick (1851-1924) benutzte schon 1891 in Anlehnung an Morel den Ausdruck *Dementia praecox* zur Beschreibung eines der Hebephrenie ähnlichen Krankheitsbildes, an dem sich Kraepelin inhaltlich aber nicht orientierte. Im Gegensatz zu Kraepelins pathologisch-anatomisch geprägten Ideen vertrat Pick einen eher physiologisch orientierten Standpunkt und versuchte, durch das Sammeln von sehr vielen einzelnen, detaillierten Kasuistiken eventuelle Allgemeinheiten herauszufinden. Kraepelin war daher zu Beginn seiner Forschung wegen der Konzentration auf Details der Begriff in Picks Sinne nicht weit genug gefasst.²⁸

In der folgenden fünften Auflage seines Lehrbuches von 1896 zählt Kraepelin die *Dementia praecox* dann zu den Stoffwechselkrankheiten, die im ersten Abschnitt über „*Das Irresein im allgemeinen*“ das dritte Kapitel bilden. Neben der *Dementia praecox* beschreibt Kraepelin in diesem Kapitel u.a. auch den „*Cretinismus*“ und das „*myxödematöse Irresein*“.²⁹ Er behält die Trennung der *Dementia praecox*

²⁶Morel 1852.

²⁷*Dégénérer*: frz. entarten, ausarten; Morel gilt als Erneuerer des Begriffs *Dégénérescence*. Andere Autoren vor ihm hatten den Terminus eher auf eine bestimmte Umwandlung des Gewebes durch Krankheiten verstanden. Morel weitete seine Bedeutung auf krankhafte Varietäten der menschlichen Art aus. Die Wurzeln dafür lagen nach Morel in der religiösen Vorstellung, dass der erste Mensch, Adam, perfekt gewesen sei und seine Nachkommen es aus verschiedenen Gründen nicht mehr seien. Valentine Magnan (1835-1912) säkularisierte Morels Ideen und schrieb die Degeneration äusseren Einflüssen, wie Gesellschaft, Ernährung und Familie zu. In Deutschland beeinflusste diese Strömung vor allem Heinrich Schüle (1840-1910) und Richard von Krafft-Ebing (1828-1899). Zum Begriff der *Dégénérescence* wie er zu damaliger Zeit und im Zusammenhang mit den erwähnten Personen und Krankheitsbildern verwendet wurde, siehe: Leibbrand und Wettley 1961, S. 524-545, sowie Hoernig 1995, S. 337.

²⁸Siehe dazu und zum Vergleich der beiden Persönlichkeiten Emil Kraepelin und Alois Pick: Mayer-Groß 1929, S. 37-40.

²⁹Als Kretinismus wurde früher die geistige Behinderung mit unterschiedlichem Grad der intellektuellen Beeinträchtigung bei Kindern in Folge einer angeborenen Schilddrüsenunterfunktion bezeichnet. Das Wort wird heute nicht mehr

cox, Katatonie und Dementia paranoides bei und fasst sie unter dem Oberbegriff der „Verblödungsprozesse“ zusammen.³⁰ Über diese Gruppe sagt Kraepelin, dass die verschiedenen Erkrankungen die „[...] *rasche Entwicklung eigenartiger psychische Schwächezustände* [...]“ gemeinsam haben.³¹ Kraepelin war überzeugt, dass er, wie er im Vorwort sagt, „[...] *den letzten entscheidenden Schritt von der symptomatischen zur klinischen Betrachtungsweise des Irreseins*“ gegangen sei. Er gibt zu, dass seine Anschauungen von den herrschenden Lehrmeinungen stark abwichen, er den Vorteil seines Verfahrens aber darin sehe, dass er nun bei einer gefundenen Diagnose auch gleich eine Prognose stellen könne. Kraepelin ist sich aber bewusst, dass seine Klassifikation und Betrachtungsweise der Erkrankungen noch nicht endgültig sein kann.³²

Ab der sechsten Auflage (1899) von Kraepelins Lehrbuch stellt die Dementia praecox schließlich den Oberbegriff für eine ganze Gruppe von Krankheitsbildern dar, die Kraepelin in drei Hauptgruppen unterteilt.

„*Vom klinischen Standpunkt empfiehlt es sich vielleicht, der Uebersichtlichkeit halber drei Hauptgruppen der Dementia praecox auseinander zu halten, die jedoch ohne Zweifel durch fließende Uebergänge mit einander verbunden sind. Wir wollen diese Formen als hebephrenische, katatonische und paranoide bezeichnen. Die erste derselben deckt sich mit der früher von mir beschriebenen Dementia praecox, die zweite mit der Katatonie, während die dritte die Dementia paranoides und ausserdem diejenigen sonst der Paranoia zugerechneten Fälle umfasst, die rasch zu einem erheblichen Grade geistiger Schwäche führen.*“³³

Neu ist in dieser Auflage, dass Kraepelin selber Zugeständnisse zu der noch in der fünften Auflage so vehement vertretenen Beschreibung der Erkrankung macht. Er bemerkt, dass zwar das vorrangige Merkmal dieser Gruppe der „*Ausgang in eigenartige Schwächezustände*“³⁴ sei, was aber nicht ausnahmslos eintreten müsse. Damit nimmt er selber schon vorweg, was später einen der stärksten Kritikpunk-

verwendet (stattdessen: konnatale Hypothyreose). Das Myxödem stellt ein mögliches Symptom der später erworbenen Hypothyreose (Schilddrüsenunterfunktion) dar, die auch zu geistigem Abbau und Depressionen führen kann. Es ist durch blasse, rauhe und trockene Haut gekennzeichnet, die teigig aufgequollen wirkt (daher „Ödem“).

³⁰Kraepelin 1896a, Inhaltsverzeichnis.

³¹Ebd. S. 435.

³²Ebd. S.V des Vorworts.

³³Kraepelin 1899a, S. 137.

³⁴Ebd.

te an seiner Einteilung und Benennung dieser Erkrankung bilden wird. Auf dem Namen an sich beharrt Kraepelin nicht und gibt zu, dass auch andere Begriffe vielleicht passender wären.³⁵

Als weitere Neuerung erwähnt er in dieser Auflage das manisch-depressive Irresein als der *Dementia praecox* gegenübergestellte Krankheit.³⁶ Kraepelins diagnostisches Kriterium für diese Erkrankung war, dass sie eben nicht in Demenz endete, sondern Genesung beobachtet würde. Er stellte damit zum ersten Mal die Dichotomie der Krankheitsformen vor, die sich abgewandelt bis heute in der Einteilung der affektiven und nicht-affektiven Psychosen gehalten hat. Das Lehrbuch umfasst ab dieser Auflage zwei verschiedene Bände für die allgemeine und die spezielle Psychiatrie.

Die Eigenständigkeit der *Dementia praecox* behält Kraepelin auch in den weiteren Auflagen seines Lehrbuches bei, erweitert sie jedoch um Untergruppen und ordnet sie um. Im Vorwort der siebenten Auflage, erschienen 1903, gibt er eine Erklärung für diese Änderungen und macht deutlich, wie er selber immer wieder versuchte, eine noch treffendere Einteilung vor allem für die *Dementia praecox* zu finden.

*„Die meisten der im letzten Jahrzehnt aufgetauchten klinischen Fragen harren noch ihrer endgültigen Lösung, [... es] erheben sich gewichtige Zweifel, ob nicht unsere bisherigen Anschauungen in wesentlichen Punkten einer Neuprüfung bedürfen. Aus diesem Grunde habe ich die Umänderungen in der neuen Bearbeitung auf das Unumgängliche beschränkt, so tief ich auch von der Verbesserungsbedürftigkeit der vorgetragenen Anschauungen, namentlich auf dem Gebiete der *Dementia praecox*, überzeugt bin.“*³⁷

Die Beschreibung der *Dementia praecox* umfasst nun schon 105 Seiten, während es in der sechsten Auflage erst 78 Seiten waren und die ganze Gruppe der „Verblöndungsprozesse“ in der fünften Auflage auf 39 Seiten abgehandelt wurde.

³⁵Kraepelin erwähnt die „*demenza primitiva*“, wie sie von der italienischen Psychiatrie beschrieben wurde und die „*Dementia simplex*“ von Konrad Rieger (1855-1939), vgl. Kraepelin 1899a, S. 137.

³⁶Das manisch-depressive Irresein bildet ein eigenes Kapitel im Band der *Speziellen Psychiatrie* und ist mit ca. 60 Seiten schon bei der ersten Erwähnung durch Kraepelin nur ungefähr zehn Seiten kürzer als die schon etabliertere *Dementia praecox*. Kraepelin unterteilte das manisch-depressive Irresein in rein manische und rein depressive Zustände sowie Mischformen und zirkuläre Formen, wo beide Erscheinungsformen sich abwechseln. Zu der Beschreibung des Krankheitsbildes durch Kraepelin in seinem Lehrbuch siehe Hoff 1995a, S. 97-112.

³⁷Kraepelin 1903, S. V im Vorwort.

Noch umfangreicher gestaltet Kraepelin das Kapitel über die *Dementia praecox* in der achten Auflage. Das Kapitel ertreckt sich über 305 Seiten und nimmt fast den gesamten dritten Band ein. Wegen der Fülle des Stoffes hatte Kraepelin die Spezielle Psychiatrie auf drei Bände (Band II-IV) verteilt, die erst ab 1913 erschienen, nachdem 1909 schon der überarbeitete Band der Allgemeinen Psychiatrie (Band I) herausgekommen war. Die Zunahme des Umfangs über die Auflagen hinweg lässt sich vor allem auf eine große Menge klinischen Materials, immer längere Kasuistiken mit z. T. Verläufen über Jahre und auf die Zunahme von tabellarischen Statistiken zurück führen.³⁸

Die *Dementia praecox* ist in der achten Auflage von 1913 unter den „*endogenen Verblödungen*“ eingeordnet und bildet ihre größte Gruppe. In der Einleitung zu diesem Teil betont Kraepelin wieder, dass es sich bei dieser Gruppierung um eine vorläufige handle, weil die „[...] *gegenseitigen klinischen Beziehungen heute noch unklare sind.*“³⁹ Er erwähnt, dass Eugen Bleuler in seiner zwei Jahre zuvor erschienenen Monographie „*Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*“⁴⁰ dieselbe Einteilung verwendet habe, ohne eine weitere Unterteilung vorzunehmen.⁴¹ Über die *Dementia praecox* schreibt Kraepelin, dass sie durch „[...] *eine eigenartige Zerstörung des inneren Zusammenhanges der psychischen Persönlichkeit mit vorwiegender Schädigung des Gemütslebens und des Willens [...]*“ charakterisiert sei.⁴² Das ist als Beschreibung der Erkrankung insofern neu, als dass Kraepelin nicht mehr den erwarteten Ausgang in „vorzeitige Verblödung“ als bezeichnend für diese Gruppe nennt, sondern eine Definition, die sehr nahe an unserer heutigen Auffassung der Krankheit orientiert ist.⁴³ Kraepelin selber gibt dafür eine Erklärung: Als er 1896 die Erkrankung vorgestellt habe, schienen der Ausgang in „Verblödung“ und sein Auftreten im jugendlichen Alter die gemein-

³⁸Vgl. dazu Hoff 1995a, S. 121.

³⁹Kraepelin 1913, S. 667.

⁴⁰Bleuler 1911.

⁴¹Kraepelin 1913, S. 687.

⁴²Ebd. S. 668.

⁴³Vgl. Arolt u. a. 2004 : „Schizophrenien sind psychische Erkrankungen aus der Gruppe der sogenannten endogenen Psychosen; sie sind durch psychopathologisch beschreibbare Auffälligkeiten des Denkens, der Wahrnehmung und der Affektivität gekennzeichnet und können in unterschiedlichen syndromatischen Erscheinungsformen auftreten. Schizophrene Psychosen betreffen die gesamte Persönlichkeit. Ursache und Entstehung sind bisher ungeklärt; wahrscheinlich wirken zahlreiche genetische und nicht genetische Faktoren zusammen“ (S. 98).

samen Hauptmerkmale der Krankheit zu bilden und der Name erschien passend. Kraepelin sagt weiter, dass diese Voraussetzungen, auf denen sich der Name gründet, nun „ [...] zum mindesten zweifelhaft geworden sind“.⁴⁴ Er habe inzwischen auch schon Fälle von Heilung gesehen oder den Beginn der Erkrankung im späteren Lebensalter. Kraepelin schlägt selber vor, den Begriff durch einen anderen Namen zu ersetzen, warnt aber davor, dass das nicht wieder „vorläufig“ geschehen solle, sondern erst dann, wenn dieser neue Name die richtigen Anschauungen über die Erkrankung wieder gäbe.⁴⁵ Allerdings begrüßt Kraepelin, wie die Autoren das Krankheitsbild auffassen, die „die eigentümliche Störung des inneren psychischen Zusammenhanges bei unseren Kranken“ beschrieben und „mit Bleuler“ von Schizophrenie sprächen.⁴⁶ Um 1913 war der Begriff *Dementia praecox* in der Literatur schon teilweise durch „Schizophrenie“ ersetzt worden, oder beide wurden in einem Artikel synonym gebraucht.

Kraepelin sagt im Vorwort zur neunten Auflage im ersten Band der „Speziellen Psychiatrie“, geschrieben drei Tage vor seinem Tod am 4. Oktober 1926, dass er Bedenken habe, eine „Neubearbeitung“ seines Werkes anzufertigen, weil seiner Meinung nach wegen der gewachsenen Fülle des Stoffes „eine befriedigende Lösung dieser Aufgabe unmöglich sei“.⁴⁷ Als Begründung doch eine weitere Auflage zu verfassen, gibt Kraepelin an, dass er die im letzten Drittel seiner psychiatrischen Tätigkeit gewonnenen Erkenntnisse weitergeben will. Das Kapitel über die *Dementia praecox* hat Kraepelin nicht mehr schreiben können. Es wurde nach seinen Vorstellungen von Johannes Lange (1891-1938), einem Schüler Kraepelins vollendet, den Kraepelin schon von vorneherein gebeten hatte, die „Allgemeine Psychiatrie“ für diese Ausgabe zu übernehmen. Kraepelin behält die Hypothese einer „Selbstvergiftung“ [gemeint ist Stoffwechselstörung, S.F.] als Ursache für die *Dementia praecox* bei, meint aber, dass die erbliche Komponente wohl doch geringer sei, als von ihm in früheren Auflagen angenommen. Am grundlegenden Konzept der *Dementia praecox* ändert er im Vergleich zur achten Auflage nichts. Kraepelins letzte schriftliche Äußerung über die *Dementia praecox* befasst sich noch einmal mit der Ätiologie: „Auch hier haben wir die Krankheitsursachen höchstwahrscheinlich in den Vorgängen zu suchen, die im Körper selbst entspringen, ohne daß wir jedoch ihre eigentliche Quelle kennen. Sicherlich spielen Vererbung und Veranlagung eine

⁴⁴Kraepelin 1913, S. 669.

⁴⁵Ebd. S. 670. Dort fasst Kraepelin zusammen, welche Alternativbezeichnungen vorgeschlagen wurden, ohne sich für eine von ihnen auszusprechen.

⁴⁶Ebd.

⁴⁷Kraepelin und Lange 1927, S. V im Vorwort.

erhebliche, vielleicht sogar entscheidende Rolle, aber wir wissen nicht an welchen Punkt die Wirkung angreift".⁴⁸ Abschliessend betont er noch einmal die Berechtigung der Dementia praecox als eigene Krankheit: „[...] die große Masse der [...] Beobachtungen entspricht jedenfalls einheitlichen Krankheitsvorgängen”.⁴⁹ Zusammenfassend sagt Kraepelin selber über sein Lehrbuch: „So sind dessen einzelne Auflagen in der Hauptsache ein Ausdruck meiner persönlichen wissenschaftlichen Entwicklung geworden.”⁵⁰ Daraus wird deutlich, warum das Lehrbuch über die Jahre hinweg immer wieder zum Teil einschneidende Änderungen erfahren hat, die in diesem Kapitel der vorliegenden Arbeit nachgezeichnet wurden.

⁴⁸Ebd. Bd. 2, S. 22.

⁴⁹Ebd.

⁵⁰Ebd.

3 Ergebnisse: Die Entwicklung und Rezeption des Schizophreniebegriffs

3.1 Von 1893 bis 1899 - Die Katatonie¹

Dieser Teil der vorliegenden Arbeit gibt die Stellungnahmen zu Kraepelins Verwendung des Katatonie-Begriffs wieder, die von der Veröffentlichung der vierten Auflage von Kraepelins Lehrbuch, in der er zum ersten Mal die *Dementia praecox* erwähnt bis zu seinem Vortrag „*Zur Diagnose und Prognose der Dementia praecox*“² im Jahr 1899 in der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie* erschienen sind. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in diesen Jahren die positive Resonanz auf Kraepelin noch verhalten ist, die Autoren aber, die sich zu seinem Programm bekennen, ihm in fast allen Punkten zustimmen. Der Begriff *Dementia praecox* wird auch von seinen Anhängern nur selten benutzt und steht in der Anzahl der Erwähnungen weit hinter der Katatonie.

Inhaltlich sind diese Jahre eher geprägt von der Frage, ob *Katatonie* als Bezeichnung für eine eigenständige Krankheit gerechtfertigt sei oder nur eine Kombination mehrerer Symptome darstellt, die bei verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen auftritt. Über Kraepelins Vorschlag, die Katatonie in die gleiche Gruppe von Erkrankungen wie seine neu geschaffene *Dementia praecox* (Gruppe der Degenerativen Zustände³) einzuteilen, bzw. sogar die Katatonie als Untergruppe der *Dementia praecox* zu betrachten, wird fast nicht diskutiert.

Kraepelins Kollegen üben vielmehr Kritik an einer neuen Einteilung im Allgemeinen, als an der *Dementia praecox* im Besonderen.

¹Eine gute Zusammenfassung über das Verständnis der Katatonie bei verschiedenen Autoren der damaligen Zeit gibt Kurt Löwenstein in seiner Dissertation, die in Auszügen in der *Allgemeinen Zeitschrift* erschienen ist. Löwenstein 1908.

²Kraepelin 1899b.

³Vgl. Kraepelin 1893, Inhaltsverzeichnis.

Frei von jeglicher Kritik und der Erwähnung der *Dementia praecox* ist die Rezension der vierten Auflage von Kraepelins Lehrbuch aus dem Jahr 1893.⁴ Obwohl in Kraepelins Lehrbuch der Begriff zum ersten Mal im deutschsprachigen Raum in einer Veröffentlichung erwähnt wird, geht der Kommentator darauf nicht ein. Er erwähnt lediglich, dass „in der jetzigen Auflage nur eine wesentliche Erweiterung“ vorläge, ohne zu beschreiben, worin sie besteht. Er empfiehlt das Buch „aufs Wärmste“ und betont seine Eignung „besonders für den Studirenden, um ihm einen klaren Überblick über das ganze Gebiet der Psychiatrie zu geben“.⁵ In der heutigen Zeit mag es verwunderlich erscheinen, dass die erste Erwähnung eines Begriffs, der Jahre später so heftige Diskussionen in der Fachwelt hervorrief, nicht stärker gewürdigt wurde. Man muss jedoch bedenken, dass es in der damaligen Zeit keine allgemeingültige Klassifikation gab und es deshalb nichts ungewöhnliches war, dass ein Psychiater in einem von ihm geschriebenen Lehrbuch seine eigene Einteilung verwendete und oft auch immer wieder umänderte.⁶

Kraepelin selbst erwähnt in diesem Zeitraum die *Demetia praecox* nach der Publikation des Lehrbuchs namentlich nicht, obwohl er mit mehreren Artikeln und Referaten in der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie* vertreten ist. Auf der Versammlung des südwestdeutschen Psychiatrischen Vereins in Karlsruhe am 09.11.1895 hält Kraepelin einen Vortrag mit dem Titel: „*Ueber Remission bei Katatonie*“.⁷ Er betont nochmals die Notwendigkeit, gemeinsame Krankheitsbilder in Gruppen abzugrenzen, um so beim Erkennen dieser Krankheiten schon eine Prognose stellen zu können. In diesem Vortrag geht Kraepelin nur auf die Katatonie ein, betont ausdrücklich, dass er sie so versteht wie Kahlbaum sie beschrieben hat,⁸ teilt aber mit, dass er einen anderen Ausgang vermutet. Kahlbaum glaubte, dass an Katatonie

⁴Es handelt sich bei dem Autor der Rezension wahrscheinlich um Otto Snell (1859-1939), der zu dieser Zeit die neu erschienene Literatur für die *AZP* rezensierte. Die Rezension ist im Original nur mit *S.* gekennzeichnet.

⁵[Snell 1894], S. 66*.

⁶Ein Beispiel für einen solchen Umgang mit Klassifikationen ist des Lehrbuchs der Psychiatrie von S. Korsakow, das ebenfalls 1893 erschienen war (Korsakow 1893). In einer dazugehörigen Rezension erwähnt Adolf von Rote (1882-1903) [wahrscheinlich ist er mit der Abkürzung *A.v.R.* gemeint. *S.F.*], dass Korsakow eine eigene Klassifikation vorstellt, weil ihm sowohl die von der Petersburger psychiatrischen Gesellschaft vorgeschlagene als auch die vom russischen psychiatrischen Kongress akzeptierte nicht genügten. [Rote 1894], S. 767.

⁷Kraepelin 1896b.

⁸Vgl. Kapitel 2.3.1.

Erkrankte häufig wieder ganz gesund würden, während Kraepelin Zahlen vorlegt, die zeigen, dass es sich dabei meistens nur um Remissionen handelt und die Patienten entweder - eventuell noch nach Jahren - wieder erkranken oder, obwohl sie von ihren Familien als gesund angesehen würden, „[...]Jirgend welche sonstige kleinere auffallende Züge dar[böten].“⁹ Indem Kraepelin die Hebephrenie, Katatonie und Dementia praecox in diesem Artikel nicht gemeinsam beschreibt, hält er sich aus seiner Sicht konsequent an die Einteilung aus der vierten Auflage seines Lehrbuches. Darin bilden diese drei eigenen Krankheitsbilder die Gruppe der psychischen Entartungsprozesse.¹⁰

Auch in dem Vortrag „Ziele und Wege der klinischen Psychiatrie“,¹¹ gehalten auf der Jahressitzung des Vereins deutscher Irrenärzte 1896 in Heidelberg, erwähnt Kraepelin die Dementia praecox nicht, beschreibt aber, was er später als Kriterium für die ganze Gruppe der Dementia praecox heranziehen wird: Den Ausgang in vorzeitige Demenz. Die Beschreibung der von ihm sogenannten „Verblödungsprozesse“¹² gewinnt er durch klinische Beobachtung in Kombination mit der Dokumentation auf dem von ihm genutzten Zählkarten.¹³ Bei dieser Gruppe Erkrankungen handele es sich „nicht um die mehr zufälligen „secundären“ Ausgänge anderweitiger einfacher Seelenstörungen“, sondern um solche, bei denen „der Ausgang in Schwachsinn hier mit [...] Sicherheit von Anfang an vorgezeichnet“ sei.¹⁴ In der sechsten Auflage seines Lehrbuches von 1899 schreibt Kraepelin, dass nun „das ganze Gebiet der Dementia praecox im wesentlichen den früher als „Verblödungsprozesse“ bezeichneten Krankheitsbildern“ entspreche und die Dementia praecox selbst „vorläufig eine Reihe von Krankheitsbildern zusammenfasse, deren gemeinsame Eigenthümlichkeit der Ausgang in eigenartige Schwächezustände bildet“.¹⁵ Der Vergleich der beiden Aussagen bezüglich der Dementia praecox zeigt, dass Kraepelin auf der Versammlung des Vereins 1896 zum ersten Mal seine Auffassung darüber so wieder gegeben hat, wie sie später kontrovers diskutiert wurde und bis in die weiteren Auflagen seines Lehrbuches bestehen bleiben sollte. Außerdem betont Kraepelin wieder die Wichtigkeit einer Prognose, die er durch eine zuverlässige Klassifikation nach empirischen Gesichtspunkten stellen möchte. Er schlägt in

⁹Kraepelin 1896b, S. 1126.

¹⁰Vgl. Kraepelin 1893, Inhaltsverzeichnis S. VIII.

¹¹Kraepelin 1897.

¹²Ebd. S. 843.

¹³Siehe dazu im Anhang Exkurs II.

¹⁴Siehe Kraepelin 1897, S. 843.

¹⁵Kraepelin 1899a, S. 137.

seinem Vortrag vor, „nach Bedarf neue Gruppen zu bilden, die alten zu erweitern oder einzuschränken, wie es die fortschreitende Kenntnis der klinischen Erfahrung fordert“.¹⁶

In der Diskussion zu „Ziele und Wege der klinischen Psychiatrie“¹⁷ zeigt sich schon, was auch drei Jahre später in Kraepelins zentralem Vortrag von 1899 über die *Dementia praecox*¹⁸ der Hauptkritikpunkt sein wird: Nicht die neuen Begriffe oder Namen an sich, sondern ihre Interpretation durch Kraepelin in einer neuen Klassifikation, die nicht mehr durch die bloße Beschreibung von Krankheiten und deren Symptomen gekennzeichnet ist, sondern Gruppen nach gemeinsamen diagnostischen (und nach Kraepelins Meinung auch prognostischen) Kriterien bildet, ruft Kritik hervor. Diese Kritik bezieht sich vor allem darauf, dass gefürchtet wurde, ein neues System würde die ohnehin schon unübersichtliche psychiatrische Nomenklatur weiter verkomplizieren. So äußert sich Franz Meschede (1832-1909), Direktor der Psychiatrischen Klinik der Universität Königsberg, negativ darüber, dass durch eine neue Klassifikation das gegenseitige Verständnis erschwert werde.¹⁹ Emanuel Mendel (1839-1907), damals Professor für Psychiatrie und Nervenheilkunde in Berlin, warnt sogar davor immer wieder neue Krankheitsformen zu schaffen. Er begründet seine Kritik damit, dass Kraepelin selbst zugegeben habe, sich bei seiner Diagnosestellung häufig geirrt zu haben und möchte lieber warten, bis diese Irrtümer weniger würden.²⁰ Friedrich Jolly (1844-1904), Professor für Psychiatrie und Direktor der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité, sieht die größten Bedenken darin, dass Kraepelin vor allem den Endzustand der verschiedenen Krankheiten beobachtet habe und von deren Ausgang auf eine Zusammengehörigkeit schliesse. Er hält es nicht für möglich, von der Prognose auf eine Diagnose zu schliessen. Jolly verdeutlicht seine Ansicht, mit der Aussage: „*Es widerspreche allgemeinen pathologischen Grundsätzen, Fälle deshalb zu einer Gruppe zu vereinigen, weil sie sich als unheilbar herausstellen*“.²¹ Eduard Hitzig (1838-1907), Direktor der Psychiatrischen Klinik der Universität Halle, hält die Zahl der beobachteten Kranken (n =1000) sowie den Beobachtungszeitraum (5 1/2 Jahre) für zu gering, um eine sichere Aussage treffen zu können. Weitere Kritik übt er daran, dass Kraepelin die Ätiologie einer Krankheit als Klassifikationsprinzip zu Grunde

¹⁶Siehe Kraepelin 1897, S. 843.

¹⁷Vgl. Kraepelin 1897.

¹⁸Kraepelin 1899b.

¹⁹Kraepelin 1897, S. 844.

²⁰Ebd. S. 845.

²¹Ebd.

legen möchte und behauptet, die Annahme, dass gleiche Ursachen zu gleicher Wirkung führen, sei ein Denkfehler.²²

Damit stehen sich zwei Fronten gegenüber, die so gegensätzlich gar nicht sein müssten. Kraepelin ging tatsächlich davon aus, eines Tages ganz klar für eine bestimmte Krankheit eine bestimmte Ursache und damit eine exakte Diagnose und auch Prognose zu finden, betonte aber immer wieder, dass ihm das bisher noch nicht gelungen sei. Kraepelin konnte seine Klassifikation, die sich auf diese Annahme stützte, noch nicht eindeutig beweisen, also lehnte Hitzig sie als Ganzes ab. Bemerkenswert ist, dass die negative Kritik ausnahmslos von Universitätspsychiatern kam.

Nur Hubert Grashey (1839-1914), zu der Zeit Obermedizinalrat im Staatsministerium Bayerns, zeigt gewisse Zustimmung zu Kraepelins Programm und vertraut darauf, dass Kraepelin nach weiterer Beobachtung selber den Wert und die Berechtigung einer neuen Gruppierung erkennen und dann vorstellen werde.²³

Die im Anschluss an den Vortrag „*Ziele und Wege der klinischen Psychiatrie*“ geäußerte Kritik findet sich auch in der Rezension der fünften Auflage von Kraepelins Lehrbuch durch Ludwig Kirn (1839-1899), Inhaber einer psychiatrischen Privatpraxis in Freiburg, wieder. Er lobt das Buch als „*vollkommen auf der Höhe der Wissenschaft und durchaus originell*“,²⁴ spricht aber davon, sich nicht mit allem einverstanden erklären zu können und erwähnt dafür konkrete Beispiele.²⁵ Kraepelins Versuch einer neuen Einteilung sieht Kirn jedoch insgesamt eher positiv: „*[...] dennoch erkennen wir in dem Versuche der Abgrenzung der Krankheitsbilder nicht nur nach den psychischen, sondern auch nach allen anderen klinischen Symptomen, nach Ursachen und dem ganzen Verlaufe einen entscheidenden Fortschritt. Manches, was uns hier als fremd anmuthet, wird vielleicht später Bestätigung finden.*“²⁶

Auch in dieser Rezension richtet sich die Kritik mehr gegen die Gruppierung der Krankheitsbilder der neuen Klassifikation in bestimmte Kapitel und Kraepelins Weg zu seiner neuen Einteilung, als gegen den neuen Inhalt.²⁷ Die Dementia praecox

²²Kraepelin 1897, S. 846.

²³Kraepelin 1897, S. 846.

²⁴Kirn 1897, S. 429.

²⁵Wie die Zugehörigkeit der Melancholie, Manie und Dementia paralytica zu bestimmten Gruppen; Ebd. S. 429.

²⁶Ebd. S. 429-430.

²⁷Inhaltlich neu war vor allem die Zugehörigkeit der Dementia praecox zu den Stoffwechselkrankheiten und die Häufigkeit, mit der Kraepelin diese Diagnose

cox wird namentlich gar nicht erwähnt, obwohl Kraepelin sie in dieser Auflage unter „*Stoffwechselprocessen*“ einordnete, was eine eindeutige Ätiologie postuliert und eigentlich wieder Kritik hätte hervorrufen können.

In demselben Band der Zeitschrift ist auch der Vortrag „*Über Pubertätsschwachsinn*“ (dt. für Hebephrenie; von „hebe“, gr.: Pubertät) von Ludwig Scholz (1868-1918), damals Leiter der Heilanstalt Waldbröl, erschienen.²⁸ Der Vortrag wurde auf der 58. Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz zu Bonn am 07.11.1896 gehalten. In ihm beschreibt Scholz das Krankheitsbild, das Hecker zuvor als Hebephrenie bezeichnet hatte. Scholz gibt dazu einen kurzen Literaturüberblick, in dem er erwähnt, dass „*in neuster Zeit weiter gehend [...] Kraepelin den Pubertätsschwachsinn wiederum unter eine grössere Gruppe [begrift], die er als Verblödungsprocesse, insbesondere Dementia praecox, bezeichnet [...]*“²⁹

Scholz berichtet, dass aus seinen Beobachtungen auch hervorgehen würde, dass diese Erkrankung häufig in „*tiefer Verblödung*“ ende. Er glaubt, sich Kraepelin darin anschliessen zu können, dass es sich bei der Erkrankung um einen Stoffwechselprozess handele, wie Kraepelin in der fünften Auflage seines Lehrbuches vermutet hatte, räumt aber ein, dafür noch keine Beweise zu haben.³⁰ In der Diskussion weist Scholz selber darauf hin, dass noch zuviel „*Unklarheit bestehe*“ und präzisiert den Begriff „*Pubertätsschwachsinn*“ in dem er sagt, dass „*eine Abtrennung von den Kraepelin'schen Verblödungsprozessen nur in dem Sinne [stattfinde], als die besonders häufigen und gut charakterisierten juvenilen Formen unter einen schon lange gebräuchlichen Namen hervorgehoben werden.*“³¹

Die Kritiken zu diesem Vortrag von Scholz richten sich gegen die Diagnose des Pubertätsschwachsinn anhand der von Scholz beschriebenen Fälle. Bernhard Oebeke (1837-1913), zu der Zeit Landespsychiater der Verwaltung der Rheinprovinz, bemerkt, dass die Diagnose vorsichtig gestellt werden solle, weil er schon Fälle von Genesung gesehen habe und somit die Prognose besser zu sein scheine, als von Scholz angenommen. Auf Kraepelin geht nur Robert Thomsen (1858-1914), Leiter der Hertz'schen Privatanstalt in Bonn, ein. Er berichtet, die geschilderte Erkrankung auch bei älteren Patienten beobachtet zu haben und zieht daraus den Schluss, dass sie den von Scholz beschriebenen „*spezifischen Charakter*“, nämlich den Beginn im Jugendalter, nicht beinhalte. Thomsen sagt weiter: „*Da die Schilderungen*

glaubte stellen zu müssen. Vgl. dazu Kapitel 2.3.

²⁸Scholz 1897.

²⁹Ebd. S. 930.

³⁰Ebd. S. 930.

³¹Ebd. S. 949-950.

des Vortragenden sich im Wesentlichen mit den von Kraepelin betonten „Verblödungsprozessen“ jugendlicher Individuen deckt, so müssen sich die gegen die Kraepelin'sche Auffassung geltend gemachten Bedenken auch gegen die Ausführungen des Vortragenden richten“.³² Er führt nicht weiter aus, worin diese „Bedenken“ bestehen.

Gegen den Begriff *Dementia praecox* oder den Gebrauch des Namens durch Scholz richtet sich keine Kritik.

Zu einer ersten öffentlichen Auseinandersetzung um den Begriff *Dementia praecox* kommt es auf der 28. Versammlung des südwestdeutschen psychiatrischen Vereins in Karlsruhe am 07.11.1897. Auf ihr sollten zwei Referate zur Katatonie gehalten werden, eins von dem Skeptiker gegenüber Kraepelins Einteilung Heinrich Schüle (1840-1916), Leiter der Anstalt Illenau, und das andere von Kraepelins damaligen Mitarbeiter an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Heidelberg Gustav Aschaffenburg (1866-1944). Da Schüle nicht anwesend war, hatte Aschaffenburg das Referat, das schon vorher dem *Internationalen Medicinischen Congress zu Moskau* vorlag, kurz zusammengefasst. In der vorliegenden Arbeit wird Bezug auf das von Schüle vorgelegte Referat genommen, das ein Jahr später als Artikel in der *AZP* erschienen ist,³³ und nicht auf die Zusammenfassung Aschaffenburgs.

Schüle erwähnt die *Dementia praecox* nicht. Er beschreibt die Katatonie in Anknüpfung an Kahlbaum, wobei er aber bemerkt, dass er eventuell schon vor Kahlbaum die Symptomatologie der Katatonie beschrieben habe.³⁴ Schüle sieht die Katatonie größtenteils nicht als selbstständige klinische Krankheitsform, sondern als Erscheinung „einer Reihe psychotischer Krankheitszustände“ und glaubt, dass die Gruppe der „ächtigen Katatonien“ viel kleiner sei, als es andere Autoren beschreiben.³⁵ Darin unterscheidet er sich grundlegend von Kraepelin und Aschaffenburg. Schüle nennt sechs Gruppen von katatonischen Symptomen, von denen er im Anschluss vor allem die motorischen Erscheinungen detailliert beschreibt. Außerdem geht er davon aus, dass sich die Erkrankung in fünf Phasen gliedere, die jedoch nicht zwingend nur einmal oder in einer bestimmten Reihenfolge durchlaufen werden müssen. Kraepelins Einteilung lehnt er ab, aus dem schon erwähnten Grund, dass ihm die Zuordnung der beschriebenen Fälle zur Katatonie nicht schlüssig erscheine:

„[... die] neuerdings von Kraepelin gegebene Abgrenzung stimmt mir nicht

³²Ebd. S. 949.

³³Schüle 1898.

³⁴Ebd. S. 515.

³⁵Ebd. S. 518.

ganz, theils als zu weit, theils als zu eng. Meine Beobachtung vermag nur einen engeren Rahmen zu ziehen, wobei ich es vorderhand noch unentschieden lasse, ob wir auch nur in dieser beschränkten Umzirkung eine „spezifische“ Krankheitsgruppe vor uns haben“.³⁶

Die anschließende Diskussion wird nach Aschaffenburgs Vortrag abgehandelt.

In seinem Refrat „Die Katatoniefrage“ von 1898 bekennt Aschaffenburg sich ausdrücklich zu Kraepelins neuer Klassifikation.³⁷ Aschaffenburg war zu der Zeit Assistent bei Kraepelin an der psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg, wo er sich 1895 habilitiert hatte und 1900 außerordentlicher Professor für Psychiatrie werden sollte.

Obwohl auch in Aschaffenburgs Referat wie bei Schüle noch einmal die Katatonie zentrales Thema ist, enthält es einige wichtige Punkte, die klar die Zustimmung zu Kraepelins Dementia praecox zeigen. Zu Beginn betont Aschaffenburg, dass seine Anschauung, die er über die Katatonie vertrete „durchaus subjectiv“ sei, er sich aber „in der Art der Beobachtung an die von Hecker und Kahlbaum zuerst betonte, neuerdings von Kraepelin am entschiedensten wieder aufgenommene Methode angeschlossen habe“.³⁸ Er gibt zu, dass man immer noch weit davon entfernt sei, Ursachen für psychiatrische Erkrankungen zu finden und dass er sich deshalb vorerst, wie auch Kraepelin, auf klinische Beobachtungen stützen werde, um Krankheiten zu gruppieren. Man darf davon ausgehen, dass Aschaffenburg ähnliche Beobachtungen wie Kraepelin gemacht hat, weil er schon seit einigen Jahren eng mit ihm zusammen arbeitete. Kraepelin wurde wiederholt der Vorwurf gemacht, dass er seine neue Nosologie als Ergebnis einer selektiven Forschungsstrategie schuf, die darauf abzielte, Krankheitseinheiten wegen ihrer *vermuteten* somatischen Ursache und einer entsprechenden pathologischen Anatomie zusammenzufassen und nicht andersherum. Dieser Vorwurf könnte also auch für Aschaffenburg gelten, da das die Nosologie war, die er während der Jahre bei Kraepelin kennengelernt hatte und dementsprechend die Kranken beobachtet haben könnte.³⁹

Trotzdem ist dieses Referat von Aschaffenburg das erste, das Kraepelins Programm erklärt und vertritt und ungeschränkte Zustimmung ihm gegenüber zeigt. Aschaffenburg sagt ganz klar, dass er die Existenz einer Gruppe der Dementia praecox nicht mehr in Frage stelle:

„Unter diesen Umständen lässt der jetzige Standpunkt [...] meines Wissens kei-

³⁶Ebd. S. 543.

³⁷Aschaffenburg 1898.

³⁸Ebd. S. 1005.

³⁹Zu diesem Vorwurf siehe Roelcke 1999a.

nen anderen Schluss zu als die Annahme, dass die Krankheitsformen der Hebe-
phrenie und der Katatonie einen einheitlichen Krankheitsprozess bilden. Der Na-
me "Dementia praecox" scheint mir für ihn am geeignetesten zu sein".⁴⁰

Aschaffenburg berichtet weiter, dass Kraepelin schon vermute, die Dementia praecox und die Katatonie seien nur zwei Erscheinungsformen desselben Grundleidens.⁴¹ Damit nimmt Aschaffenburg inhaltlich schon voraus, was Kraepelin ein Jahr später in seinem Vortrag „Zur Diagnose und Prognose der Dementia praecox“ sagen und 1899 in der sechsten Auflage seines Lehrbuches schreiben wird. Denn von da an beschreibt Kraepelin kein Nebeneinander der Katatonie, Hebe-
phrenie und Dementia praecox mehr, sondern eine Unterordnung der ersten beiden unter die Gruppe Dementia praecox.

In der Diskussion zu Aschaffenburgs Zusammenfassung von Schüles Vortrag und seinem eigenen Referat geht es vor allem wieder um die Frage, ob die Katatonie eine eigenständige Krankheit sei oder nicht. Dabei überwiegen die Stimmen, die sich Aschaffenburg anschließen und sich damit indirekt zu Kraepelins Sicht der Krankheit bekennen. Eugen Bleuler (1857-1939), Professor der Psychiatrie in Zürich und Direktor der Heilanstalt Burghölzli, berichtet, schon seit zehn Jahren die Katatonie und Hebe-
phrenie als einheitliche Psychose zu betrachten. Durch die Untersuchungen Kraepelins und eigenem Nachprüfen früherer Diagnosen sei er zu dem Schluss gekommen, dass die gefundenen katatonischen Symptome tatsächlich zur eigentlichen Diagnose führen und die Katatonie eine eigene Krankheit sei.⁴² Dagegen habe Bleuler aber keine abgrenzbaren Unterformen, wie Schüle sie beschrieben hatte, finden können. Auch bei der Prognose stimmt er eher Kraepelin zu und glaubt, bei seinen beobachteten Fällen keine echte Heilung gesehen zu haben. Heinrich Kreuser (1855-1929), damals Direktor der Landesheilanstalt Schussenried, steht auf Schüles Seite und bezweifelt, dass die von Kahlbaum beschriebene Katatonie (mit überwiegend günstiger Prognose) und ihre damals neue Verwendung durch Kraepelin unter dem Namen Dementia praecox ein und dieselbe Krankheit seien. Er vermutet, dass die Autoren einen anderen Symptomkomplex als Kahlbaum beschrieben haben. Aus den unterschiedlichen Verläufen katatonischer Symptome zieht er den Schluss, dass eher Schüle mit seiner Behauptung recht habe, dass es sich bei der Katatonie um eine Erscheinungsform bei verschiedenen Erkrankungen handele, und nicht um eine eigenständige Krankheit. Seine Kritik richtet sich also auch vor allem gegen die Betrachtungsweise der Katatonie und

⁴⁰Siehe Aschaffenburg 1898, S. 1017.

⁴¹Ebd. S. 1010.

⁴²Diskussion zu Aschaffenburg und Schüle 1898, S. 60-61.

nicht gegen ihre „*heutige Auffassung als Dementia praecox, als Verblödungsprocess*“ an sich.⁴³ Kreuser äußert sich weder positiv noch negativ über den Namen Dementia praecox.

Als nächster beteiligt sich Kraepelin selber an der Diskussion. Er geht auch nicht auf den Begriff Dementia praecox ein, sondern äußert nur seine Bedenken, dass die Gruppe dieser Erkrankungen immer größer werde. Das sehe er zwar vorläufig noch nicht als Problem, da die Fälle dieselbe Prognose hätten, hofft aber, dass sich die Dementia praecox im Lauf der Zeit als Sammelbegriff für gleichartige Veränderungen derselben „*Rindenorgane*“⁴⁴ bei verschiedenen Krankheitsvorgängen herausstellen werde. In seinem Schlusswort bedauert Aschaffenburg, dass solch ein pathologisches Korrelat noch fehle und sieht darin die Aufgaben der nächsten Zeit, um ätiologische Schlüsse ziehen zu können.⁴⁵

Zusammenfassend lässt sich über diese Versammlung sagen, dass durch Aschaffenburg präzise Kraepelins Einteilung aus der vierten Auflage seines Buches wiedergegeben wurde. Aschaffenburg deutet an, dass in nächster Zeit die Dementia praecox als Oberbegriff für eine Gruppe dienen wird, die sich durch Demenz im jüngeren Alter auszeichnet und als Unterformen die schon bekannten Krankheitsbilder der Katatonie und Hebephrenie haben wird. Damit wird also die Aufmerksamkeit der Fachkollegen durch einen Schüler Kraepelins auf die Dementia praecox gelenkt. Das ist insofern wichtig, weil von 1893 bis 1897 anscheinend niemand wirkliches Interesse an Kraepelins neuer Einteilung zu haben scheint.

Eine Ausnahme bildet Mucha. Er hält am 27.11.1897 auf der 74. Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte zu Breslau den Vortrag „*Beiträge zur Kenntnis der Katatonie*“.⁴⁶ Mucha bezieht sich darin auf die beiden eben beschriebenen Vorträge von Schüle und Aschaffenburg und referiert deren Inhalt für die Versammlung. Er stellt sich danach klar auf Kraepelins Seite und sagt, dass er den Krankheitsverlauf der Katatonie so beobachtet hätte, wie Kahlbaum und Kraepelin ihn beschrieben hätten, und nicht wie Schüle. Auch den Ausgang in Schwachsinn habe er so wie Kraepelin beobachten können. Dann weist er ausdrücklich darauf hin, dass „*Um vorwärts zu kommen,... es durchaus nothwendig [sei], klinische Krankheitsbilder aufzustellen, wie es Kahlbaum in seiner Katatonie gethan hat und wie Kraepelin in der 5. Auflage seines Lehrbuches das Gesamtgebiet der Psychiatrie darzustel-*

⁴³Ebd. S. 62.

⁴⁴Ebd. S. 63.

⁴⁵Ebd. S. 62-63.

⁴⁶Mucha 1898.

len versucht hat.“⁴⁷ Mucha betrachtet die Katatonie, Hebephrenie und Dementia praecox analog zu der zitierten fünften Auflage von Kraepelins Lehrbuch nebeneinander und betont sogar, dass es es unterstütze, dass es sich bei den Verblödungsprozessen um Stoffwechselerkrankungen handle.⁴⁸ Im Anschluss an das Referat wurde keine Diskussion abgedruckt.

Mit Mucha hat zum ersten Mal ein Autor, der nicht aus Kraepelins Umkreis stammt, sich öffentlich und deutlich zu seinem Programm bekannt und es sogar einer Hörschaft vorgestellt. Leider wissen wir nicht, wie diese Hörschaft darauf reagierte. Als letzter vor dem zentralen Vortrag Kraepelins vom 27.11.1898 äußert sich Georg Ilberg (1862-1942), späterer Leiter der Anstalt Sonnenstein, in der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie* zu dieser Thematik.⁴⁹ Er zitiert die Referate von Schüle und Aschaffenburg, auf dessen Seite er sich stellt. Er glaubt auch, dass die Prognose fast immer ungünstig sei und es sich bei anscheinenden Heilungen nur um Remissionen handle. Allerdings mißfällt Ilberg die Unterordnung der Katatonie zusammen mit der Hebephrenie unter dem Begriff Dementia praecox, weil er dadurch die Bedeutung der Katatonie abgewertet sieht.⁵⁰ Auch an dieser einzigen Kritik in dem sonst zustimmenden Artikel ist zu sehen, dass es sich wieder um eine Kritik an der Gruppierung und nicht um eine Kritik an den Details einzelner Untereinheiten handelt. Über den Namen Dementia praecox schreibt Ilberg nichts, erwähnt ihn auch nur dieses eine Mal, um zu zeigen, worunter er die Katatonie gerade nicht geordnet sehen möchte. Mit diesem Artikel äußert sich ein weiterer Kollege, der nicht unmittelbar mit Kraepelin zu tun hatte, zustimmend zu dessen Programm.

Damit endet die Betrachtung des Begriffes Dementia praecox in der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie* aus den Jahren 1893 bis 1898. In keiner Kritik stört sich jemand an dem Namen Dementia praecox, sondern immer nur wieder an einer neuen Klassifikation an sich. Das mag daran liegen, dass Kraepelin beim ersten Mal, als er sein Programm vorstellt („*Ziele und Wege der Psychiatrie*“), den Begriff nicht nennt und das nächste Mal, als dann der Begriff genannt wird (Aschaffenburg: „*Die Katatonie*“), einer seiner Schüler und nicht er selbst referiert. Außerdem greift Aschaffenburg auch nur einen Teilaspekt der neuen Klassifikation heraus, nämlich die Katatonie, die dadurch, dass sie im Kollegium bekannt war, kein Unverständnis hervorruft. Der Inhalt und die Diskussionen der gezeigten Artikel

⁴⁷Ebd. S. 432.

⁴⁸Ebd. S. 439.

⁴⁹Ilberg 1898.

⁵⁰Ebd. S. 418.

und Referate beschäftigen sich fast ausschliesslich mit der Katatonie. Aschaffenburg und Kraepelin beschreiben aber trotzdem, wie sie sich eine neue Einteilung dieser Gruppe der Erkrankungen wünschen: So wie Kraepelin sie auf dem Vortrag „*Zur Diagnose und Prognose der Dementia praecox*“ vorstellt und auch in der sechsten Auflage seines Lehrbuches niedergeschrieben hat. Eigentlich war also schon mindestens ein Jahr vor dem entscheidenden Vortrag genug Zündstoff für eine Diskussion vorhanden, wie sie sich nach ihm entwickelt hat.

3.2 Der Vortrag Kraepelins am 27.11.1898 und die Diskussion danach

Dieser Abschnitt der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich mit dem zentralen Vortrag über die Dementia praecox (abgedruckt in der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie*) sowie seiner Rezeption durch Kraepelins anwesende Kollegen.

Am 27.11.1898 hielt Kraepelin auf der 29. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte den Vortrag „*Zur Diagnose und Prognose der Dementia praecox*“.⁵¹ Er stellt darin die schon zuvor in seinem Lehrbuch beschriebene Erkrankung Dementia praecox ausführlich vor. Wegen mangelnder Zeit geht er bei den Differentialdiagnosen nur auf das auch von ihm zuerst beschriebene „manisch-depressive Irresein“ ein.⁵² Damit beschreibt Kraepelin zum ersten Mal öffentlich die Dichotomie dieser beiden Krankheiten, die ihm sowohl Anerkennung als auch Kritik einbrachte.

Kraepelin betont in seinem Vortrag, dass er den Namen Dementia praecox als vorläufig ansehe und dass es ihm auch nicht so wichtig sei, ob dieser Gruppe der Erkrankungen der gleiche Krankheitsvorgang zugrunde liege.⁵³ Ihm sei es wichtiger, die Erkrankung frühzeitig diagnostizieren zu können und eine Prognose (nämlich den Ausgang in „*Schwachsinn*“) stellen zu können. Danach beschreibt Kraepelin detailliert die beobachteten Symptome bei der Dementia praecox und zeigt ihre Abgrenzung zum manisch-depressiven Irresein. Er behält die strenge Trennung von Katatonie, Hebephrenie und Dementia paranoides nicht bei, sondern spricht von katatonen und hebephrenen Symptomen in dem Gesamtbild der Dementia praecox. Abschliessend gibt Kraepelin zu, dass sich „*Ohne Zweifel [...] noch Manches*

⁵¹ Kraepelin 1899b.

⁵² Ihm entspricht heute am ehesten die Gruppe der bipolaren affektiven Psychosen.

⁵³ Vgl. Kraepelin 1899b, S. 254.

hinzufügen [lässt]; andererseits [seien] die angeführten Sätze noch keineswegs als zuverlässig zu betrachten [...]". Ganz am Ende sagt Kraepelin deutlich, worauf es ihm mit der Aufstellung neuer Krankheitsgruppen ankam: „Wir werden dann zwar nicht die letzte Aufgabe unserer Wissenschaft lösen, die Kranken zu heilen, wohl aber dem nächstliegenden, immerhin recht wichtigen Ziele uns annähern können, das Kommende mit einer Wahrscheinlichkeit vorauszusagen.“⁵⁴

In der Diskussion überwiegen die ablehnenden Stimmen: Ernst Siemerling (1857-1931), damals Professor für Psychiatrie und Neurologie in Tübingen, gibt ein vernichtendes Urteil ab. Er hält den Versuch, die *Dementia praecox* anhand der von Kraepelin demonstrierten Fälle und Symptome als eigenständige Krankheit darzustellen, für „*misslungen*“.⁵⁵ Er glaubt, die meisten der Symptome durch die Krankheitsgruppe der „*Verrücktheit*“⁵⁶ erklären zu können und behauptet, Kraepelin würde Dinge verkomplizieren, die eigentlich einfacher seien.

Im Gegensatz dazu übt Konrad Rieger (1855-1939) keine Kritik. In der kurzen Aussage lässt sich eine Zustimmung zu Kraepelins Ideen finden. Rieger möchte der Frage nach der Heilbarkeit mehr Aufmerksamkeit widmen, ist also wie Kraepelin an der Prognose interessiert. Er fordert, dass das zum Thema eines eigenen Referats gemacht würde.⁵⁷

Relativ milde Kritik kommt von Thomsen. Er bemerkt, dass Kraepelin die strikte Trennung der Untergruppen der *Dementia praecox* „*anscheinend aufgegeben*“ hätte und nennt eigene Erfahrungen mit der Katatonie. Thomsen habe sie auch bei anderen Erkrankungen beobachten können. Er hält als erster den Zusatz „*praecox*“ zur Bezeichnung des Krankheitsbildes für ungeeignet, weil die Prognose und damit der unweigerliche Ausgang in *vorzeitige* Demenz nicht sicher sei.⁵⁸ Als nächster meldet sich Aschaffenburg zu Wort. Er hatte sich ein Jahr zuvor zu Kraepelins neuer Klassifikation bekannt (s.o.) und verteidigt sie jetzt auch vehement. Er vertritt die Ansicht, dass die Prognose der Erkrankung sehr wohl fast ausschliesslich schlecht sei und hält den Namen und die Berechtigung der *Dementia praecox* als Krankheitsform für richtig. Aschaffenburg erwähnt, dass „*Angriffe auf die Namensgebung*“ vorgekommen seien, ohne weiter darauf einzugehen.⁵⁹ Zum Ende sei-

⁵⁴Ebd. S. 259.

⁵⁵Ebd.

⁵⁶Siehe dazu im Anhang Exkurs I.

⁵⁷Kraepelin 1899b, S. 259-260.

⁵⁸Ebd. S. 260.

⁵⁹In den für die vorliegende Arbeit benutzten Quellen konnte bis zu dem Zeitpunkt, als Aschaffenburg die Angriffe erwähnte, keine deutliche Kritik an dem

ner Ausführung bedauert Aschaffenburg, dass die Dementia praecox „...jetzt einen grossen Theil aller Psychosen umfasst...“. Er sieht im Moment für dieses Problem keine Lösung, zumal er die Unterteilung der Dementia praecox in kleinere Gruppen nicht für sinnvoll hält.⁶⁰

Robert Sommer (1864-1937) knüpft an dieses Problem an und befürchtet mit der immer grösser werdenden Gruppe der Dementia praecox auf dem Weg zu der „katonischen Einheitspsychose“ zu sein.⁶¹ Er kritisiert vor allem, dass die Katatonie nun schon immer mehr Fälle auch aus der Paranoia-Gruppe umfasse und möchte zu einer exakten Beschreibung der

Symptome als Grundlage für die klinische Psychiatrie zurückkehren. Sommer hofft, auf diese Art den „alten psychiatrischen Dogmatismus“ zu überwinden. Er hält Kraepelins klinische Schilderungen in diesem Zusammenhang für gelungen.

Kreuser, der sich schon nach dem Vortrag von Aschaffenburg ein Jahr zuvor negativ geäußert hatte, bleibt bei dieser Kritik. Er hält die Schilderung der katatonischen Symptome sowohl für die Diagnostik, als auch für die Prognose für ungeeignet. Daraus leitet Kreuser ab, dass auch der Name Dementia praecox nicht gut gewählt sei, weil er zuviel einer eventuell zweifelhaften Prognose vorweg nehme.⁶² Diese Aussage verknüpft zum ersten Mal in dem hier vorliegenden Material eine inhaltliche Kritik mit Kritik an dem Namen. Es erscheint einleuchtend, dass ein behauptetes Merkmal der Krankheit (die schlechte Prognose), das Kreuser für nicht bewiesen hält, dann auch kein Kriterium für die Namensgebung („Dementia“) sein kann. Einen anderen Namen schlägt er nicht vor, was dafür sprechen könnte, dass er sich Sommers Meinung anschliesst und die Existenz der Dementia praecox als eigenständige Erkrankung im Ganzen ablehnt.

Im Schlusswort geht Kraepelin auf die Vorwürfe seiner Kollegen ein. Er fordert sie auf, die von ihm gefundenen Ergebnisse nachzuprüfen, da er in der kurzen Zeit nicht habe ausführlich darstellen können, was er über Jahre hinweg beobachtet habe. Er erklärt sich auch wie schon früher bereit, den Namen zu ändern, aber nur, wenn sich ein besserer fände, der genauso gut diese Krankheitsform beschreibe.

Namen an sich gefunden werden, was schon vorher ausgeführt wurde. Es ist möglich, dass sich die Diskussion um den Namen nicht auf publizistischer Ebene abspielte, sondern nur auf Versammlungen geführt wurde und die Aussagen darüber in den in der *Allgemeinen Zeitschrift* abgedruckten Protokollen nicht aufgenommen wurden.

⁶⁰Kraepelin 1899b, S. 261.

⁶¹Ebd.; Zur Einheitspsychose siehe im Anhang.

⁶²Diskussion zu Kraepelin 1899b, S. 262.

Kraepelin bedauert selber, dass die Gruppe der *Dementia praecox* so groß geworden sei und entgegnet Thomsen, dass es ihm zwar noch nicht gelungen sei, scharfe Abgrenzungen der einzelnen Untergruppen zu finden, dass er aber weiter suche.⁶³ Nach diesem Vortrag wird also dieselbe Kritik laut, wie schon nach den vorher beschriebenen: Die beobachteten Symptome seien nicht spezifisch genug, um die Schaffung einer neuen Krankheitsform zu rechtfertigen und die Prognose sei auch nicht ohne Einschränkung zu stellen. Deswegen sei auch der gewählte Name nicht treffend genug. Die hier geäußerte Kritik wird Kraepelin auch später nach weiterer Forschung nicht entkräften können. Erst mit Eugen Bleuler wird es eine gewisse Akzeptanz einiger bestimmter Symptome geben, die dienen, um die Diagnose *Dementia praecox* (bei Bleuler dann Schizophrenie) zu stellen. Den sicheren Ausgang in „*Schwachsinn*“ wird Kraepelin später selber anzeifeln. Trotzdem setzte sich nach diesem Vortrag und mit dem Erscheinen der sechsten Auflage seines Lehrbuches Kraepelins Klassifikation mehr und mehr durch.

3.3 Die Publikationen nach dem zentralen Vortrag Kraepelins von 1898

3.3.1 Die Jahrhundertwende bis zur Jahresversammlung des Vereins deutscher Irrenärzte in Berlin am 22./23. 4. 1901

Als erstes nach dem zentralen Vortrag erschien die Rezension der sechsten Auflage von Kraepelins Lehrbuch in der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie* von Otto Snell. In dem nur sechs Zeilen umfassenden Text wird erwähnt, dass das Buch nun zwei Bände umfasse und dass es ein gutes Lehrbuch für Studierende sei, aber auch für Fachleute noch geeignet. Auf die neue Klassifikation wird nicht eingegangen.⁶⁴ Als weiterer Autor danach äußert sich Heinrich Schüle über die *Dementia praecox* und Kraepelin.⁶⁵ Seinen Standpunkt zur Katatonie hatte er schon drei Jahre zuvor deutlich gemacht und ist von ihm auch jetzt nicht abgewichen.⁶⁶ Schüle sieht in der Katatonie nur die Gruppe von Erkrankungen, die sich neben den katatonen Symptomen auch in „*acuter und subacuter Demenz*“ äußern, und nicht alle Krankheiten,

⁶³Ebd. S. 262-263.

⁶⁴Snell 1900.

⁶⁵Schüle 1901.

⁶⁶Vgl. 3.1

die katatone Symptome im Verlauf böten. Er sieht deswegen in „*wichtigen Punkten eine werthvolle Einigung*“, wenn sie nun durch Kraepelin zu einer Untergruppe der *Dementia praecox* geworden sei.⁶⁷ Schüle kritisiert allerdings, dass durch die seiner Meinung nach zu weit gefasste Definition der Katatonie die Gruppe immer größer würde. Er behauptet, dass damit, „*die Neuerung so ziemlich denselben Fehler wiederholt, den sie an der älteren Nomenclatur mit Recht gerügt hat*“.⁶⁸ Schüle hält die Prognose dieser Krankheit für besser als von Kraepelin angegeben und sieht es als Fortschritt, dass auch dieser inzwischen Fälle von „Heilung“ beobachtet hat. Kraepelins Einschränkung, dass diese Einschätzung vielleicht noch nicht sicher sei, weist er von sich: „*Kraepelin selbst rechnet jetzt bereits an 20 pCt. Heilungen, wenn er die Zuverlässigkeit der letzteren auch noch einschränken will - letzteres mit Unrecht.*“⁶⁹

Am Ende betont Schüle, dass das Bemühen Kraepelins und seiner Schüler, eine Klassifikation zu finden, die gleichzeitig eine Prognose erlaube, „*beachtenswerth*“ und „*erfreulich*“ sei, er aber glaube, dass dabei „*Unmögliches*“ verlangt werde. Er möchte von grundlegenden Symptomen auf die „*Tiefe der Cerebralaffectio*n“ schliessen und sie zuerst verstehen, bevor Krankheitsgruppen und eigenständige Erkrankungen geschaffen würden.⁷⁰

Schüle äußert hier ein weiteres Mal Kritik an der Einordnung verschiedener Erkrankungen in Kraepelins Einteilung und an Kraepelins Schluss auf die Prognose, aber nicht an der Einteilung an sich. Das ist wichtig, weil diese Kritik für den Umgang mit Kraepelins Klassifikation durch seine Gegner bezeichnend ist: Sein Konzept konnte so erfolgreich sein, weil Kraepelins Kritiker meist nur Teilaspekte seiner Nosologie herausgriffen (häufig die schon lange in der Diskussion stehende Katatonie) und negativ beurteilten, ohne ihre Kritik in einer eigenen eingängigen Klassifikation niederzulegen.

Eine Alternative zu Kraepelins Konzeptualisierung schien die Betrachtung von Symptomkomplexen zu bieten. Doch die Rückkehr dazu war wenig attraktiv, weil das gegenüber den anderen Wissenschaften einen Rückschritt bedeutet hätte. Man wollte eindeutige Fakten herausfinden und eine Krankheit benennen. Es wird anhand weiterer Artikel zu zeigen sein, dass auch Kraepelins Gegner seine Klassifikation erst einmal hingenommen haben, über ihre Ausgestaltung aber heftig diskutiert wurde und dass, wenn der Name *Dementia praecox* angegriffen wurde, die dahin-

⁶⁷Ebd. S. 221.

⁶⁸Ebd. S. 226.

⁶⁹Ebd. S. 222.

⁷⁰Ebd. S. 241.

terstehende Einteilung nicht mit in Frage gestellt wurde. Anders als nach dem oben betrachteten zentralen Vortrag gab es von nun an keine inhaltliche Kritik mehr, die gepaart war mit Kritik am neuen Namen (siehe dort).

In den Jahren 1901/1902 ist in drei Teilen ein Artikel von Otto Kaiser aus der Anstalt Alt-Scherbitz entstanden, der sich mit der Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Katatonie beschäftigt. Kaiser steht auf Kraepelins Standpunkt und zitiert die sechste Auflage seines Lehrbuchs. Im ersten Teil (mit dem Untertitel: *Psychogene Symptome bei Katatonie*) zeigt er in einer ausführlichen Krankenbeschreibung einen Fall von Katatonie, die er im Sinne Kraepelins als Untergruppe der Dementia praecox versteht.⁷¹ Kaiser belegt seine Diagnose mit Textstellen aus Kraepelins Lehrbuch, die er auf seinen Fall anwendet. Auch im zweiten Teil be ruft er sich auf Kraepelin und zeigt nun, wie er durch die Anwendung von dessen Klassifikation zur seiner Meinung nach richtigen Diagnose einer katatonischen Dementia praecox gekommen ist, nachdem er zuvor zwischen Hysterie und Katatonie geschwankt habe.⁷² Wieder belegt Kaiser seine Argumentation mit Zitaten aus Kraepelins Lehrbuch. Der dritte Teil stellt eine Fallgeschichte zur Hysterie dar und wird hier nicht weiter betrachtet.⁷³

Diese drei Teile des Artikels von Otto Kaiser stellen die erste Veröffentlichung der Umsetzung von Kraepelins Programm in den klinischen Alltag dar. Kaiser beruft sich in allen Punkten auf Kraepelin, ohne jegliche Kritik zu üben oder ihm durch eigene Beobachtungen zu widersprechen. Da es sich bei den Artikeln um Originalien handelt und es keine Berichte über einen Vortrag mit dem gleichen Inhalt in der *Allgemeinen Zeitschrift* gibt, ist leider keine Reaktion von Kollegen dokumentiert. Im Anschluss an einen weiteren Vortrag des Kraepelin-Schülers Gustav Aschaffenburg auf der Versammlung des Vereins der südwestdeutschen Irrenärzte in Karlsruhe am 03./ 04.11.1901 kommt es wieder zu einer Diskussion um die Dementia praecox: Aschaffenburg hatte in „*Klinische Formen der Wochenbettpsychosen*“ behauptet, dass im Wochenbett keine dafür spezifischen Psychosen auftreten würden, die eine eigene Kategorie rechtfertigten, sondern dass diese sich alle als Erkrankungen, die es auch außerhalb des Wochenbetts gibt, diagnostizieren ließen und erwähnt in diesem Zusammenhang auch die Dementia praecox. Dieser Teil des Vortrages nimmt nur vier Seiten ein, beherrscht aber die anschließende Diskussion.⁷⁴ [Max] Neumann aus Straßburg fragt nach Differentialdiagnosen der Dementia

⁷¹Kaiser 1901a, S. 957.

⁷²Kaiser 1901b.

⁷³Kaiser 1902.

⁷⁴Aschaffenburg 1901b, S. 346-349.

tia praecox, weil er meint, dass „das Auftreten vereinzelter katatonischer Symptome [...] noch nicht ohne weiteres zur Stellung der Diagnose Dementia praecox Anlass geben [dürfe].“ Aschaffenburg erwidert darauf, dass die Differentialdiagnose keine Schwierigkeiten bereite, weil sie durch die Beobachtung des „characteristischen Endzustands“ eindeutig [nämlich die Diagnose Dementia praecox, S.F.] würde.⁷⁵ An dieser Diskussion ist zu sehen, dass die Dementia praecox noch keineswegs als Erkrankung etabliert war, obwohl die Kritiken sehr schwach ausfallen und Aschaffenburg keine Mühe hat, sie zu entkräften. Es geht inhaltlich auch wieder nur um die Katatonie und die Berechtigung, aus den bei ihr beobachteten Symptomen auf die Dementia praecox zu schließen.

Ein Vortrag mit ähnlichem Inhalt wird von Ernst Meyer (1871-1931), von dem Jahr an Oberarzt an der Psychiatrischen Klinik in Kiel, auf der Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte in Berlin am 22./23.04.1901 gehalten.⁷⁶ Er berichtet über seine Beobachtungen in der psychiatrischen Klinik in Tübingen über 6 1/2 Jahre hinweg und nennt Zahlen für die Häufigkeit, mit der er jede Erkrankung im Wochenbett diagnostiziert hat. Meyer hatte die Diagnose Dementia praecox gar nicht vergeben, sondern ihre Unterformen, gemäß der Kraepelin'schen Klassifikation, Hebephrenie und Katatonie. Dabei steht die Katatonie von der Anzahl her an erster Stelle. Carl Fürstner (1848-1906), Professor der Psychiatrie in Straßburg, der sich auch schon an der Diskussion über Aschaffenburgs Vortrag beteiligt hatte, bemängelt, dass das Auftreten von katatonen Symptomen nicht für eine Diagnose reichen würde und sagt: „[...] es wird viel zu viel Katatonie diagnostiziert“.⁷⁷ Aschaffenburg verteidigt die Zahlen von Meyer und gibt an, dass der Prozentsatz der von ihm diagnostizierten Fälle an Dementia praecox noch viel höher liege. Er vermutet, dass das daran liegen könnte, dass Meyer die Kranken über einen kürzeren Zeitraum beobachtet hätte und deswegen nicht immer den Endzustand habe erfassen können. Aschaffenburg erwähnt in seiner Aussage ganz selbstverständlich die von Meyer angeführte Hebephrenie und Katatonie gleichwertig nebeneinander. Er hatte schon früher mehrfach betont, dass er sie als ein- und dieselbe Erscheinungsform einer Erkrankung sehe.⁷⁸

Die stärkste Kritik an Kraepelin äußert nach dem Vortrag von Meyer in der Diskussion Carl Wernicke (1848-1905), zu dieser Zeit Ordinarius der Psychiatrie in Breslau. Er weist auf den anscheinenden „Mangel an Uebereinstimmung, der noch

⁷⁵ Aschaffenburg 1901a, S. 488.

⁷⁶ Meyer 1901.

⁷⁷ Ebd. S. 700.

⁷⁸ Siehe dazu: Aschaffenburg 1901b und Aschaffenburg 1898.

immer selbst in den Grundbegriffen zwischen den Fachgenossen besteht“ hin und führt aus, dass er zwei Tendenzen in der Diagnostik zu sehen glaubt. Die einen „sammeln“ ihre Beobachtungen in „möglichst grossen“ und die anderen sie in „möglichst kleinen Töpfen“. Dazu äußert Wernicke, dass „*Der Inhalt jedes Topfes [...] nur mit grösster Vorsicht beurtheilt werden [kann].*“ Für einen Teil der Unstimmigkeiten macht Wernicke Kraepelin direkt verantwortlich. Meyer hatte die Hebephrenie und Katatonie ganz im Sinne Kraepelins als verschiedene Erscheinungsformen einer Erkrankung behandelt, was Wernicke kritisierte: „*Eine Bemerkung des Vortragenden scheint mir auf einem prinzipiellen Missverständnis zu beruhen, das allerdings in Folge der Verwirrung, die Kraepelin durch sein hervorragendes Rednertalent in unserem Fache anzustiften gelungen ist, eine sehr weite Verbreitung gefunden hat. Er hat nämlich gesagt, zwischen der Hebephrenie und der Katatonie macht er keinen principiellen Unterschied*“. Wernicke erklärt weiter, wie er diese beiden Erkrankungen verstanden wissen will, nämlich komplett voneinander getrennt, und betont auch wieder, dass seiner Meinung nach das Auftreten katatonischer Symptome noch nicht die Diagnose Katatonie zuließe.⁷⁹

Dieser Kritik schließt sich inhaltlich noch einmal Fürstner an. Er wiederholt, dass er an den Diagnosen festhalten möchte, die bisher vorhanden sind und nicht noch mehr „*Formen und Förmchen*“ abgespalten werden sollen. Dadurch würde eine Uneinigkeit der Nomenklatur geschaffen, die besonders für die Lehre ungünstig sei.⁸⁰ Fürstner kritisiert, dass es Kraepelin durch sein neues System auch nicht gelungen sei umzusetzen, was er eigentlich vorhatte: Durch eine neue Klassifikation wollte Kraepelin ausdrücklich die Möglichkeit schaffen, eine einheitliche Lehre an den Universitäten zu etablieren. Zu der Zeit war verbreitet, dass die verschiedenen Dozenten das lehrten, was sie schon von ihren Lehrern kannten, oder selbst geschrieben hatten. Einheitlichkeit gab es nicht.

Als Fürsprecher von Kraepelins Lehre sind Aschaffenburg und Wilhelm Weygand (1870-1939), ein ehemaliger Schüler Kraepelins und zu der Zeit in Würzburg tätig, anwesend. Beide verteidigen ihren Standpunkt. Aschaffenburg führt aus, dass die „*Schaffung der einzelnen Formen [...] keine willkürliche*“ sei und dass eine neue Nosologie „*natürlich nicht ohne Zertrümmerung der bestehenden Formen*“ möglich werde.⁸¹

Schüle fasst zusammen, worauf die Diskussion, in der es eigentlich um Wochenbettpsychosen im Allgemeinen gehen sollte, hinaus gelaufen ist: Es sei „*zu einer*

⁷⁹Vgl. Diskussion zu Meyer 1901, S. 701-702.

⁸⁰Ebd. S. 703.

⁸¹Ebd. S. 706.

*Art Glaubensbekenntnis in einigen Fragen der modernen klinischen Psychiatrie*⁸² gekommen [gemeint ist die Akzeptanz oder Ablehnung der Kraepelin'schen Klassifikation, S.F.]. Er selber nimmt den Standpunkt von Wernicke und Fürstner ein und kritisiert dieselben Punkte wie auch schon in seinem ein Jahr zuvor erschienenen Artikel.

3.3.2 1901 bis 1906

Im Jahr 1903 hält Franz Tuczek (1852-1925), Professor für Psychiatrie in Marburg und Leiter der dortigen Heilanstalt, auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 20. / 21.04. in Jena einen Vortrag mit dem Titel: „Über Begriff und Bedeutung der Demenz“.⁸³ In ihm erklärt er, wie die verschiedenen Autoren, darunter auch solche mit ablehnender Haltung gegenüber Kraepelins Programm, wie Eduard Hitzig oder Carl Wernicke, den Begriff Demenz auffassten und ihn diagnostisch benutzten. Danach bemerkt er, dass im Moment die Dementia praecox im Vordergrund des klinischen Interesses stünde.⁸⁴ Tuczek würdigt es als Kraepelins Verdienst, dass man „diesen eigenartigen [...] Verblödungsprozess [gemeint ist die Dementia praecox] durch die wechselndsten Zustandsbilder hindurch“⁸⁵ erkennen könne. Er hält genaues eigenes Beobachten für notwendig, um sich selbst eine Meinung bilden zu können. Tuczek nimmt desweiteren Stellung zu der Frage nach der Katatonie, die hier schon eingehend erörtert wurde, und bemerkt, dass Kraepelin selber oft hervorgehoben hätte, dass einige katatonische Symptome noch keine Katatonie in seinem Sinne ausmachen würde. Tuczek erwähnt das wahrscheinlich, weil er eine Diskussion nur über die Katatonie, wie sie sich schon mehrmals nach Vorträgen entsponnen hat, vermeiden will.

Am Ende fand keine Diskussion statt. Dieses Referat stellt insofern einen Durchbruch für Kraepelin dar, weil seine Lehre von einem Professor gelobt wurde, der nicht aus seinem Umkreis kam. Außerdem ist es das erste Mal, dass über Kraepelins Klassifikation ohne Widerspruch referiert werden konnte.

In demselben Band der *Zeitschrift* ist ein Artikel abgedruckt, der eine Zusammenfassung eines auf dem *Aerztetag* in Moskau 1902 gehaltenen Referats von Alex-

⁸²Ebd. S. 705.

⁸³Tuczek 1903.

⁸⁴Ebd. S. 954.

⁸⁵Ebd.

ander Bernstein darstellt (*Ueber die Dementia praecox*).⁸⁶ Er versucht als erster zu damaliger Zeit, Gründe dafür anzugeben, warum Kraepelins Lehre so viel Aufmerksamkeit auf sich zog. Zum einen sei „das Terrain [...] bereits vorbereitet“,⁸⁷ weil Kahlbaum durch seine Beobachtungen entdeckte, dass es gemeinsame symptomatologische Besonderheiten bei den psychisch Erkrankten gäbe und die Möglichkeit aufzeigte, dass es dafür gemeinsame Gruppen geben könnte. Zum anderen bestand die dringende Notwendigkeit, die Menge an klinisch gesammeltem Material geordnet in Gruppen zusammenzufassen. Bernstein argumentiert damit so, wie auch heute die Attraktivität von Kraepelins Programm von einigen Autoren erklärt wird.⁸⁸

In dem Artikel betont Bernstein, dass er sich, um Missverständnissen vorzubeugen, ausdrücklich auf das Krankheitsbild beziehe, wie es Kraepelin beschrieben habe, er kritisiert allerdings den Namen. Er zeigt, dass vor allem in der ausländischen Literatur der Begriff *Dementia praecox* für ganz andere Krankheitsbilder verwendet wird und findet deswegen die von Kraepelin beschriebene Erkrankung damit nicht treffend genug benannt. Auch den Zusatz „*praecox*“ hält er für unpassend, da es Missverständnisse geben könnte, ob das Wort sich auf den Erkrankungsbeginn (jugendlich) oder den Ausgang in Demenz (vorzeitig) bezöge. Bernstein analysiert sehr treffend, was auch schon in dieser Arbeit durch die Beurteilung der Kritiken gezeigt wurde: „*Derartige Missverständnisse, auf welche mehrdeutige Termini stossen, haben manchmal die ungerechte Folge, dass die durch die Bezeichnung ausgelöste Antipathie auf den Inhalt übertragen wird [...]*“.⁸⁹

Er gibt auch Gründe dafür an, warum gerade die Katatonie als Unterform der *Dementia praecox* so auf Widerstand stößt: Verschiedene Autoren hätten in kurzer Zeit unter dem Namen Katatonie unterschiedlich umrissene Krankheitsbilder beschrieben und deshalb falle es jetzt schwer, sie alle als nosologische Einheit im Rahmen der *Dementia praecox* zu sehen.

Die Richtigkeit dieser Aussage konnte hier durch das ausgewertete Material, in dem die Katatonie einen hohen Stellenwert einnimmt, bestätigt werden. Bernstein glaubt, dass Kraepelin dieses Problem hätte umgehen können, indem er für Katatonie einen ganz anderen Namen vorgeschlagen hätte. Nach einer detaillierten Symptombeschreibung schlägt Bernstein einen eigenen Namen vor. Er hält „*Dementia paratonica progressiva*“ oder die von ihm selbst vorgeschlagene Verkürzung „*Pa-*

⁸⁶Bernstein 1903.

⁸⁷Ebd. S. 554.

⁸⁸Vgl. dazu z.B. Roelcke 1999a.

⁸⁹Bernstein 1903, S. 556.

ratonia progressiva“ für passend, weil sich der Name auf eine Reihe typischer Symptome bezöge, ohne zuviel über das „Wesen“ der Krankheit vorweg zu nehmen. Er schlägt auch „*Morbus Kraepelini*“ vor, da es unmöglich sei, von dieser Erkrankung zu sprechen, ohne Kraepelin zu erwähnen.⁹⁰

Ein Jahr später befasst sich Alfred Hoche in einem Vortrag mit der Psychiatrie als Prüfungsfach. Seit einem Jahr mussten alle Medizinstudenten eine Prüfung auch in diesem Fach ablegen. Das stellte eine große Errungenschaft dar, um die Psychiatrie neben anderen Fächern gleich zu stellen. Auf der Jahressitzung des *Deutschen Vereins für Psychiatrie* am 25.04.1904 in Göttingen spricht Hoche „Über Einteilung und Benennung der Psychosen mit Rücksicht auf die Anforderungen der ärztlichen Prüfung“. Der Vortrag erschien noch in demselben Jahr im *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*.⁹¹ In der AZP wurde eine kurze Zusammenfassung und die anschließende Diskussion abgedruckt.⁹² Hoche ist der Meinung, dass es jedem Prüfungskandidaten möglich sein solle, egal an welcher Universität er Psychiatrie gelernt habe, überall seine Prüfung ablegen zu können. Hoche betont deswegen die Notwendigkeit einer Verständigung unter den Psychiatern zur Einteilung der Erkrankungen. Er zieht eine Bilanz, wo diese Einigung schon erreicht sei und wo noch nicht. Differenzpunkte gäbe es vor allem noch auf dem Gebiet der Paranoia und der Dementia praecox, hier vor allem wegen der Katatonie. Hoche bemerkt, dass die Diskussion um die Dementia praecox „weniger scharf“⁹³ geworden sei, was er darauf zurück führt, dass sich immer mehr Autoren Kraepelins Standpunkt genähert hätten. Die Bemerkung ist deswegen so wichtig, weil Hoche in den folgenden Jahren der stärkste Kritiker von Kraepelins Einteilung werden sollte. Sie zeigt also die Sicht eines „Gegners“ und kann deswegen als relativ objektiv gelten. Aus dieser Bemerkung kann man ablesen, dass sich das Hinwenden zu Kraepelins Programm anscheinend nicht plötzlich vollzog, sondern allmählich entwickelte. Das ließ sich bisher auch in der vorliegenden Arbeit bestätigen.

Hoche bekennt sich als Anhänger der Lehre von Symptomkomplexen und möchte darauf auch das größte Augenmerk in den Prüfungen richten. Symptomkomplexe seien wichtiger als „*classificatorische Nüancen, die den Fachmann so lebhaft in Mitleidenschaft ziehen.*“ Er erkennt Kraepelins Leistung in Bezug auf sein Lehrbuch an, warnt aber vor dem „*Luxus einer reichlichen Neuschaffung psychiatrischer Krankheitsbezeichnungen*“. Hoche meint damit wahrscheinlich Kraepelin

⁹⁰Bernstein 1903, S. 569.

⁹¹Hoche 1904b.

⁹²Hoche 1904a.

⁹³Ebd. S. 737.

und seine Schüler, wenn er sagt: „*Es geht nicht an, dass der Einzelne die Lösung aller Schwierigkeiten darin sieht, dass seine persönliche Classification nun von allen Anderen angenommen wird; ein gewisses Maass an Opferbereitschaft muss verlangt werden*“.⁹⁴

In der Diskussion fand Hoche vor allem bei anderen Professoren, die an Universitäten lehrten, viel Zustimmung. Kraepelin war nicht anwesend, um sich dazu zu äußern, ihn vertrat sein Schüler Weygand. Der wies darauf hin, dass auch schon im Ausland Autoren Kraepelins Konzept der *Dementia praecox* angenommen hätten und begründete das mit der Schlüssigkeit von Kraepelins Lehre und nicht nur damit, dass er ein gut geschriebenes Lehrbuch verfasst habe, wie Hoche in seinem Vortrag als Grund angedeutet hatte.⁹⁵

Obwohl es in dem Vortrag und der Diskussion nicht explizit um die *Dementia praecox* geht, ist er dennoch wichtig. Hoche bringt Argumente, warum er Kraepelins Standpunkt nicht vollständig teilt: Das ständige Ändern und Umbenennen von eigentlich etablierten Einteilungen erscheine ihm nicht zweckmäßig. Damit formuliert er einen neuen Kritikpunkt in der Diskussion um Kraepelins Klassifikation. Nicht mehr die neuen Namen und Einteilungen an sich, sondern das Umändern und Neugruppieren seiner Klassifikation durch Kraepelin selbst rief Kritik hervor. Weygand entkräftet diese Kritik damit, dass er anführt, wenn die Klassifikation inzwischen so viele Nachahmer fände, müsse sie schlüssig und plausibel sein und wiedergeben, was auch andere schon beobachtet hätten. Weygand leitet also aus der Akzeptanz von Kraepelins Programm dessen Richtigkeit ab. Gerade diese Abbildung der Wirklichkeit wird von neueren Autoren in Bezug auf die Frage der Durchsetzungsfähigkeit von Kraepelins Klassifikation in Frage gestellt.⁹⁶

In demselben Jahr erscheint ein Artikel von Eduard von Grabe (1866-?), der sich wieder mit der Katatonie beschäftigt.⁹⁷ Kraepelin hatte behauptet, dass es kein Vorkommen von katatonen Symptomen bei Paranoia gäbe und katatone Symptome mit Wahnbildung zu der *Dementia paranoides* als Unterform der *Dementia praecox* gehörten.⁹⁸ Grabe kann sich daran in dem von ihm vorgestellten Fall nicht

⁹⁴Hoche 1904b, S. 1072-1074.

⁹⁵Hoche 1904a, S. 739-740.

⁹⁶Siehe dazu z.B. Roelcke 2000.

⁹⁷Grabe 1904.

⁹⁸Kraepelin 1901, S. 152 (in der Vorlesung über Paranoia): „*Seine äussere Haltung, sein Benehmen ist völlig tadellos und unauffällig, frei von Manieren, Befehlsautomatie, Negativismus.*“ und S. 168/169 (zu Paranoiden Formen der *Dementia praecox*): „*Von dem Bilde der Paranoia dagegen unterscheidet sich der*

anschließen und bemängelt, dass durch diese Sichtweise die Gruppe der Paranoia verschwände und die Dementia paranoides immer mehr Fälle umfasse. Er übt keine Kritik an den Begriffen, sondern an den Diagnosekriterien Kraepelins für oder gegen die Dementia praecox. Wichtig ist, dass Grabe im ersten Satz hervorhebt, wieviel Akzeptanz Kraepelins Konzept generell schon hat: „*Die seit den Veröffentlichungen von Kahlbaum viel umstrittene Frage der Katatonie beginnt sich allmählich in dem Sinne zu klären, daß die meisten Autoren der Ansicht sind, Psychosen mit deutlich katatonen Erscheinungen seien der Dementia praecox zuzuzählen*“.⁹⁹ In der Argumentation zu den Differentialdiagnosen in seinem Fall beruft sich Grabe auf die sechste Auflage von Kraepelins Lehrbuch.

Grabe ist der zweite Autor nach Otto Kaiser, der Kraepelins Lehrbuch in seinem Artikel zitiert und anhand dessen eine Diagnose in einem vorgestellten Fall stützt oder widerlegt. Das deutet darauf hin, dass Kraepelins Einfluss durch sein Lehrbuch unter seinen Kollegen immer größer wurde.

Im Jahr 1905 erscheint ein Artikel von Paul Albrecht (1870-1926) zur *Symptomatologie der Dementia praecox*.¹⁰⁰ Er stellt eigene Beobachtungen und Statistiken vor, um wie er sagt „*ein eigenes Urteil zu gewinnen*“.¹⁰¹ Albrecht betont, dass er sich bei Stellung der Diagnose Dementia praecox auf Kraepelins siebente Auflage des Lehrbuches beziehe. Er übt keine Kritik an dem Namen, sondern nur an der Ausdehnung der Diagnose auf eine immer größer werdende Gruppe, findet dafür aber auch keine Lösung. Albrecht gibt auch eine Begründung an, warum er eine bestimmte Klassifikation annimmt: „*[...] um nicht verschiedene Gesichtspunkte für die Einteilung der Psychosen überhaupt in diese Arbeit hineinzutragen, [habe ich mich] ebenfalls auf den Kräpelinischen Standpunkt gestellt*.“ Er erklärt Kraepelins Akzeptanz wie auch schon Bernstein (s.o.) durch die Notwendigkeit einer

hier vorliegende Zustand nach verschiedenen, sehr wesentlichen Richtungen hin. [...] Den Endzustand kann dann ein ganz einfacher Schwachsinn bilden, wie wir ihn auch sonst als Abschluss der Dementia praecox beobachten, ein Ausgang, der bei der Paranoia niemals eintritt. Namentlich Beobachtungen dieser letzten Art sind es gewesen, die mich zu der Überzeugung geführt haben, dass auch die mit dauernden Wahnvorstellungen einhergehenden Schwachsinnformen nicht der Paranoia, sondern richtiger der Dementia praecox zugerechnet werden müssen.“

⁹⁹Vgl. Grabe 1904, S. 40.

¹⁰⁰Albrecht 1905.

¹⁰¹Ebd. S. 659.

Klassifikation an sich.¹⁰²

In demselben Jahr bringt A. Schott in seinem Artikel *Beitrag zur Lehre von der katatonischen Verrücktheit*¹⁰³ noch einmal Unsicherheit in Bezug auf die Dementia praecox zum Ausdruck. Er sagt in der Einleitung zu einer Fallgeschichte, dass „das Studium der durch Kraepelin in Fluß gebrachten Dementia praecox-Frage [...] bei ihrer Vielseitigkeit der Erscheinungsformen und den fließenden Übergängen so zahlreiche Berührungspunkte mit anderen Psychosen [liefere ...], daß vielfach das Gefühl der Unsicherheit den Beobachter ergreift und er bis jetzt vielfach vergeblich nach festen Stützpunkten im bunten Wechsel der Erscheinungen sucht und tastet.“¹⁰⁴ Lobend äußert sich Schott darüber, dass diese Unsicherheit zu reger forschersicher Tätigkeit geführt habe.

Auch hier besteht die allerdings sehr milde Kritik darin, dass selbst bei Kraepelin noch keine Einheitlichkeit in der Einteilung der Dementia praecox bestehe und es deshalb schwerer sei, die Klassifikation sinnvoll klinisch einzusetzen. Schott äußert sich nicht zu der Namensgebung.

Dass Kraepelin die eben beschriebenen Kritikpunkte seiner Zeitgenossen kannte, zeigt der Vortrag „Fragestellung der klinischen Psychiatrie“, den Kraepelin auf der Versammlung Bayrischer Psychiater in München am 13.06.1905 hielt und der im August desselben Jahres im *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie* erschien.¹⁰⁵ Kraepelin begrüßt das „wachsende Bedürfnis nach klinischem Verständnis der psychischen Krankheitsformen“ und erklärt die aufgetretenen Schwierigkeiten in der Anwendung einer klinischen Einteilung als „[...] Folge dessen, dass wir beginnen, tiefer in den Gegenstand einzudringen.“¹⁰⁶ Kraepelin gibt selber zu, dass die meistumstrittene Gruppe in seiner Klassifikation die der Dementia praecox sei und dass mit Recht von einem zu „grossem Topfe“ gesprochen werde, in den verschiedene Krankheitsformen „zusammengeschüttet“ würden. Kraepelin hatte selber schon erkannt, worauf sich die Kritik an der Dementia praecox eigentlich bezieht: „Die geschichtliche Erfahrung, dass derartige Umschmelzungen [gemeint ist das Umgruppieren und Neugruppieren bis dahin bestehender Krankheitsformen, S.F.] an sich keinen Fortschritt unseres Wissens bedeuten, hat auch gegen die neue Gruppierung [Dementia praecox, S.F.] Misstrauen erweckt.“¹⁰⁷ Kraepelin

¹⁰²Ebd. S. 661.

¹⁰³Schott 1905.

¹⁰⁴Ebd. S. 257.

¹⁰⁵Kraepelin 1905b.

¹⁰⁶Ebd. S. 573-574.

¹⁰⁷Ebd. S. 577.

beschreibt demnach in seinem Vortrag, was in dieser Arbeit schon als Hauptkritikpunkt an der *Dementia praecox* gezeigt werden konnte: Nicht das, was Kraepelin inhaltlich neu mit der *Dementia praecox* beschrieb, sondern eine neue Klassifikation an sich, rief die Kritik hervor. Die Diskussion zu diesem Vortrag erschien in der *AZP*.¹⁰⁸ An ihr beteiligt sich vor allem Clemens Neisser (1861-1940), der damalige Direktor der Anstalt Bunzlau. Er sieht es als Kraepelins Erfolg, dass sich „eine große Zahl von Fachgenossen für die klinischen Fragen zu interessieren“ beginnt und dass eine „naturwahre große Gruppenbildung schon jetzt durch ihn angebahnt worden ist.“ Allerdings glaubte Neisser, dass Kraepelin zu weit gehe, wenn er von einer bestimmten Krankheit einen bestimmten Verlauf erwarte und kritisiert Kraepelins Ziel, unter allen Umständen eine bestimmte Diagnose zu fällen, weil „der Methode prinzipielle Fehlerquellen und Einseitigkeiten anhafteten.“ Am Ende betont Neisser, dass Kraepelins Arbeit unbedingt durch weitere Forschung zu ergänzen sei, um den „Ausbau einer allgemeinen Psychopathologie und Semiotik“¹⁰⁹ voranzutreiben. Neissers Beitrag zeigt ebenfalls, dass die Kritik an Kraepelins Programm allmählich dezidiert wird. Bei Akzeptanz an sich werden gezielt Punkte herausgegriffen, die noch verbessert werden können. Alles zusammen ein Zeichen, dass sich Kraepelins Programm langsam durchsetzte.

3.3.3 1906 - 1908

Auf der Jahresversammlung des *Deutschen Vereins für Psychiatrie* in München im Jahr 1906 meldete sich Alfred Hoche mit dem Vortrag *Kritisches zur psychiatrischen Formenlehre* zu Wort.¹¹⁰ Darin sagt er, dass es bisher noch keine gemeinsame Formenlehre gäbe, und fordert, der Symptomlehre mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Hoche stellt die These auf, dass es eine individuelle Gestaltung der psychiatrischen Erkrankungen geben könnte, so wie auch das „*Seelenleben beim Geistesgesunden*“ individuell ausfallen würde. Er bezeichnete deswegen das „*Streben nach reinen Krankheitstypen*“ als „*Jagd nach einem Phantom*“.¹¹¹ Kraepelin war bei der Versammlung nicht anwesend, dafür aber zwei seiner Schüler. Alois Alzheimer (1864-1915), damals außerordentlicher Professor der Psychiatrie und Kraepelins Stellvertreter in München, betont in der Diskussion, dass auch Kraepelin noch Schwierigkeiten habe, die einzelnen Erkrankungen klar voneinander abzugrenzen

¹⁰⁸Kraepelin 1905a.

¹⁰⁹Ebd. S. 846-847.

¹¹⁰Hoche 1906.

¹¹¹Ebd. S. 560.

und dass sein Lehrbuch nicht den Anspruch erhebe, endgültig zu sein. Aber gerade aus diesem Grund müsse in die Richtung weiter geforscht werden. Etwas provokant fügt er hinzu, dass es „wohl leichter (sei), Einwände dagegen geltend zu machen, als etwas besseres dafür zu setzen.“¹¹²

Robert Gaupp (1870-1953), bis 1906 Oberarzt unter Kraepelin und nun Direktor der Nervenlinik in Tübingen, macht deutlich, warum eine Klassifikation so wichtig sei. Trotz allem „*Provisorischen*“, was Kraepelins Lehre noch habe, müssten die Bedürfnisse der Praxis berücksichtigt werden, und das sei die Stellung einer Prognose.¹¹³

August Cramer und Otto Binswanger (1852-1929), letzterer Direktor der Landesheilanstalt und Professor der Psychiatrie in Jena, stellten sich in der Diskussion auf Hohes Seite. Beide waren Mitarbeiter an dem 1904 neu von Ernst Siemerling und Binswanger herausgegebenen Lehrbuch. Dieses „*Lehrbuch der Psychiatrie*“¹¹⁴ wurde von sechs Hochschullehrern geschrieben (neben den genannten noch Robert Wollenberg [1862-1942], Ordinarius in Straßburg und Alexander Westphal [1863-1941], Direktor der Psychiatrischen und Nervenlinik in Bonn, und Alfred Hoche) und wollte als Gegenstück zu Kraepelins strenger Einteilung eine Vielfalt der Anschauungen zeigen: „*Der Begriff der Dementia praecox ist von Kraepelin ausgebaut worden. Die Darstellung hier wird sich nicht an den vollen Umfang des Begriffes in Kraepelins Sinne halten. Das ganze Gebiet ist augenblicklich in lebhaftem Flusse begriffen, und jede irgendwie geartete Abgrenzung muß zur Zeit noch als eine vorläufige angesehen werden.*“¹¹⁵ In den weiteren Ausgaben waren sie aber nach und nach gezwungen, sich immer mehr Kraepelins Einteilung anzunähern.¹¹⁶

Das immer stärker werdende Interesse an Kraepelins Programm zeigt sich auch darin, dass in den Lokalvereinen, in denen selten damalige Schüler Kraepelins anwesend waren, zunehmend Vorträge über die Dementia praecox gehalten werden. Ein Beispiel dafür stellt das Referat von Klipstein dar, gehalten auf der 118. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 17.03.1906.¹¹⁷ Klipstein geht auf die Unterteilung in eine hebephrenische und eine katatonische Form und die Dementia paranoides ein. Die Hebephrenie hält er für zu unbestimmt charakterisiert und hält es deswegen nicht für geklärt, ob sie wie die beiden anderen in die Gruppe

¹¹²Ebd. S. 560-561.

¹¹³Ebd. S. 561.

¹¹⁴Binswanger u. a. 1904.

¹¹⁵Binswanger u. a. 1904, S. 249.

¹¹⁶Vgl. dazu die 3. Auflage, Binswanger u. a. 1911.

¹¹⁷Klipstein 1906b.

der Dementia praecox gehören kann. Er stimmt aber Kraepelins genereller Einteilung zu und kritisiert den Namen nicht. In der anschließenden Diskussion¹¹⁸ sagt Klipstein selbst, dass die Gruppierung der Psychosen nach Kraepelin einen entscheidenden Fortschritt darstellt, die Forschung auf diesem Gebiet aber noch nicht abgeschlossen sei.

Noch ein Beispiel für Interesse außerhalb von Kraepelins näherem Umkreis zeigt ein Vortrag von Robert Thomsen vor der 79. Versammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 15.06.1907 in Bonn.¹¹⁹ Er sagt im Wesentlichen, was auch schon in früheren Artikeln zur Sprache kam: Der Name sei unpassend, weil die Prognose nicht ausnahmslos schlecht sei, die Zusammenfassung der Krankheitsbilder zur Dementia praecox durch Kraepelin sei aber ein sehr großer Verdienst. Neu ist bei Thomsen, dass er den Namen Dementia praecox ganz abschaffen will und auch keinen neuen vorschlägt. Die Untergruppen (Hebephrenie, Katatonie und Dementia paranoides) will er aber unter der von Kraepelin gelieferten Definition beibehalten.

Über die Problematik in Bezug auf die Paranoia und die Dementia paranoides, um die es schon in den Jahren von 1901 bis 1906 ging, äußert sich 1907 auch Karl Wilmanns (1873-1945). Auf der Jahresversammlung des Vereins bayrischer Psychiater am 22.05.1907 in München hält er einen Vortrag „Über Differentialdiagnosen der „Funktionellen Psychosen“, in dem er auch auf die Dementia praecox und das manisch-depressive Irresein eingeht.¹²⁰ In der Diskussion wird vor allem noch einmal die Frage der Zugehörigkeit bestimmter Formen der Paranoia zur Dementia praecox erörtert. Kraepelin, der auf der Versammlung anwesend war, äußert sich selber dazu nicht. Auch an diesem Vortrag und der anschließenden Diskussion ist die zunehmende Akzeptanz von Kraepelins Programm abzulesen. Die Dementia praecox wird nicht mehr generell in Frage gestellt, sondern man beschäftigt sich mit ihr und möglichen Differentialdiagnosen wie mit anderen etablierten Krankheiten beispielsweise aus dem Gebiet der Inneren Medizin.

¹¹⁸Klipstein 1906a, S. 759.

¹¹⁹Thomsen 1907.

¹²⁰Wilmanns 1907.

3.3.4 Die Jahresversammlung des *Deutschen Vereins für Psychiatrie* 1908

„Wir wollen Ärzte sein, was wir suchen sind Krankheiten“, so begann Maximilian Jahrmärker (1872-1943) seinen Vortrag „*Endzustände der Dementia praecox*“ auf der Jahresversammlung des *Deutschen Vereins für Psychiatrie* am 24.04.1908.¹²¹ Es war das erste Mal, dass Kraepelins *Dementia praecox* im Mittelpunkt einer Versammlung stand und nicht nur dessen Schüler sich mit Referaten über dieses Thema äußerten. Jahrmärker würdigt in seinem Vortrag Kraepelins Verdienst in Bezug auf eine Abgrenzung der *Dementia praecox* gegenüber anderen Psychosen und die damit verbundene Erleichterung beim Stellen einer Diagnose. Jahrmärker vertrat die Meinung seines Lehrers Tuczek, an dessen Landesheilanstalt in Marburg er zu der Zeit Oberarzt war. Tuczek hatte sich schon einige Jahre zuvor ähnlich über Kraepelin geäußert (s.o.). Jahrmärker war jedoch nur Koreferent, denn der zentrale Vortrag dieser Versammlung wurde von Eugen Bleuler gehalten.¹²² Er hatte zusammen mit Jahrmärker die Kernaussagen ihrer Referate in gedruckter Form ausgeteilt und stellte einige Neuerungen in Bezug auf die *Dementia praecox* vor. Bleuler betont eingangs ausdrücklich, dass er sich auf die Definition der *Dementia praecox* beziehe, wie Kraepelin sie gegeben hätte. Er unterstreicht das mit den Worten, dass „von anderen Anschauungen aus ...das uns gestellte Thema nicht fruchtbringend behandelt werden (kann)“.¹²³ Als Hauptunterschiede zu Kraepelin schlägt Bleuler den Begriff „Schizophrenie“ (Spaltungsirresein¹²⁴) vor und teilt die Symptome in primär (zum Wesen der Krankheit gehörig) und sekundär (durch die Folgen der Krankheit hervorgerufen) ein.¹²⁵ Er äußert damit in diesem Vortrag, was er 1911 in der Monographie über die „*Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*“¹²⁶ ausführlich beschreiben würde und was sich als Anschauung weitestgehend im Grundverständnis der Erkrankung bis heute über fast 100 Jahre hinweg gehalten hat. Diese und die folgenden Erkenntnisse hatte er mithilfe der

¹²¹Für Jahrmärkers Anteil des Referats siehe Jahrmärker 1908.

¹²²Bleulers Anteil des Referats ist in der *AZP* zusammengefasst. Siehe Bleuler 1908.

¹²³Ebd. S. 436.

¹²⁴Bleuler wollte mit diesem Begriff verdeutlichen, dass seiner Ansicht nach die psychischen Funktionen, vor allem die Assoziationen in ihrem Zusammenhang auseinander gerissen seien und so ein normales Seelenleben erschwert oder unmöglich werde. Vgl. Bleuler 1911.

¹²⁵Vgl. Bleuler 1908, S. 454.

¹²⁶Bleuler 1911.

Daten zweier Doktoranden (Emma-Marie Zablocka und Ryssia Wolfsohn) seiner Klinik Burghölzli gewonnen. Beide veröffentlichten kurz danach ihre Ergebnisse in der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie*.¹²⁷ Als weiteren Unterschied hält es Bleuler für weniger möglich als bisher angenommen, aus der Diagnose eine Prognose abzuleiten. Er begründet das damit, dass seiner Meinung nach die Diagnose *Dementia praecox* mehr eine Richtung des Erkrankungsverlaufs angebe, als einen zwingenden Endzustand. D.h. die Krankheit geht „in Richtung“ Demenz, kann aber in jedem Stadium halt machen oder sich von da aus auch nach längerer Zeit noch verschlechtern.¹²⁸ Daraus leitet Bleuler auch ab, dass die Untergruppen, wie von Kraepelin vorgeschlagen, keinen Wert hätten, da sie auch nicht zu einer genaueren Prognose führten. Er gibt zu, dass die Untergruppen dabei helfen würden, das momentane Zustandsbild der Erkrankung zu klassifizieren, schränkt das aber dadurch ein, dass er sagt: *„So konnte ich die Hoffnung Kraepelins, durch das Studium der Prognose abgrenzbare Krankheitstypen zu finden, so wenig erfüllen, wie die vielen Berufeneren, die sich seit Jahrzehnten mit der Aufgabe beschäftigt haben. Ich glaube, daß man es aufgeben sollte, mit den jetzigen Mitteln und Betrachtungsweisen nach Krankheitsbildern innerhalb der Dementia praecox zu suchen.“*¹²⁹ An dieser Aussage ist gut zu sehen, wie sich die Kritik an Kraepelin von einer Kritik an der „neuen“ Einteilung an sich in den früheren Artikeln zu einer Kritik nur noch in der Ausgestaltung der *Dementia praecox* zu diesem Zeitpunkt gewandelt hat. Das ist auch in der Diskussion zu sehen, die sich nach drei weiteren Referaten zur *Dementia praecox* anschloss.¹³⁰

Vor allem die Namensänderung und die Einteilung in primäre und sekundäre Symptome fand Zustimmung. Kreuzer, der sich schon mehrfach gegen den Namen *Dementia praecox* geäußert hatte (s.o.) begrüßt den Begriff „Schizophrenie“, weil er erstens nicht so leicht ins Deutsche zu übersetzen sei und außerdem nicht schon die bis dahin als schlecht angesehene Prognose mitschwingt. Er vermutet sogar, dass *„ein großer Teil der Einwände gegen die Kraepelinsche Dementia praecox [...] hinfällig werden [dürfte] mit dem Schwinden des Krankheitsnamens“*,¹³¹ denn über die Krankheitsform als solche, wie Kraepelin sie beschrieben hatte, bestünden kaum noch Zweifel. Kreuzer sagt darin, was auch in dieser Arbeit gezeigt werden konnte: Die Kritik an dem Namen *Dementia praecox* wurde vielfach auf die ganze

¹²⁷Zablocka 1908 und Wolfsohn 1907.

¹²⁸Vgl. Bleuler 1908, S. 449.

¹²⁹Ebd. S. 447.

¹³⁰Raecke 1908, Meyer 1908 und Hüfler 1908.

¹³¹Diskussion zu Jahrmärker und Bleuler 1908, S. 471.

Nosologie an sich übertragen.

Clemens Neisser beteiligte sich auch an der Diskussion und sieht Kraepelins Verdienst noch auf einer anderen Ebene. Durch Kraepelin, der immer wieder zu weiterer Forschung auf dem Gebiet der *Dementia praecox* auch in den Anstalten und nicht nur in den Universitäten aufgerufen hatte, wurde das Ansehen der Anstalten in Bezug auf die klinische Forschung gehoben.¹³² Kritik übt Neisser an der Diagnostik Kraepelins, in der seiner Meinung nach die Individualität der Patienten keine Berücksichtigung fand. Auch jetzige Autoren befassen sich noch mit dieser Problematik.¹³³ Neisser hält im Gegensatz zu Kreuser den Namen Schizophrenie nicht für geeignet, um den alten Begriff *Dementia praecox* zu ersetzen. Zum einen argumentiert er, dass der neue Name keinen aus der klinischen Beobachtung gewonnenen Ausdruck darstellt, sondern eine theoretische Anschauung über den Krankheitsprozess widerspiegeln sollte. Zum anderen wisse man inzwischen, was mit *Dementia praecox* gemeint sei und sollte deswegen, den Namen, auch wenn er nicht ganz befriedigend sei, beibehalten. Darin zeigt sich, dass die Akzeptanz von Kraepelins Einteilung auch darin lag, dass bisher ein anderer schlüssiger Begriff fehlte und sich die Fachwelt nach und nach daran gewöhnt hatte, ohne die anfänglichen Zweifel ganz aufzugeben.

Bleuler betont in seinem Schlusswort, dass er nicht auf dem Begriff Schizophrenie beharren würde. Allerdings sei nach seinen Beobachtungen (und nicht nur der Theorie nach, wie von Neisser vorgeworfen), die „*Spaltung der Assoziationen*“ ein so charakteristisches Merkmal, dass es im Namen beibehalten werden solle.¹³⁴

Diese Versammlung kann als endgültiger Durchbruch für Kraepelins Nosologie angesehen werden. Zum einen, weil mehrere Referate zu diesem Thema gehalten wurden, was ein großes Interesse widerspiegelt und zum anderen, weil in der Diskussion Kraepelins Standpunkt nicht mehr kritisiert wurde, sondern nur noch dessen Ausgestaltung durch die anderen Referenten. Auch für Bleuler war die Versammlung wichtig, weil er mit seinen neuen Ideen zur *Dementia praecox* gleich so viel Zustimmung fand und sich sein Konzept nach der Veröffentlichung seiner Monographie 1911 schnell durchsetzen konnte.¹³⁵

¹³²Ebd. S. 473.

¹³³Vgl. Roelcke 1999b.

¹³⁴Diskussion zu Jahrmärker und Bleuler 1908 S. 480.

¹³⁵Das ist auch daran zu sehen, dass mehrere Autoren in ihren Artikeln in den Jahren danach *Dementia praecox* und Schizophrenie synonym gebrauchen oder nur noch Schizophrenie verwenden. Vgl. dazu Eppelbaum 1911 oder Bertschinger 1911.

3.3.5 Bis 1912

In diesen Jahren geht es zum einen immer mehr um körperliche Symptome bei der Dementia praecox und zum anderen um die Frage, wie weit oder wie eng das Krankheitsbild der Dementia praecox gefasst werden soll. Die hier zitierten Autoren betonen am Anfang häufig, dass sie das Krankheitsbild im Sinne Kraepelins verstünden, um Unklarheiten zu beseitigen. Eine Zunahme der Anzahl von Artikel über die Dementia praecox zeigt, dass sich die Erkankung als solche schon weitestgehend durchgesetzt hat und nun wissenschaftliche und klinische Fragen besprochen werden, wie bei anderen etablierten Krankheiten auch (z.B. bei der Progressiven Paralyse¹³⁶). Beispiele für Artikel, in denen es um körperliche Erscheinungen bei der Dementia praecox geht, finden sich bei Tomaschny und E. Meyer,¹³⁷ bei Heilemann,¹³⁸ der auch einen Überblick über veröffentlichte Artikel zu diesem Thema gibt, sowie bei Baller.¹³⁹ In diesem 1911 von Baller erschienenen Artikel ist vor allem die Einleitung wichtig, in der er den Stand der Dinge zur Dementia praecox darstellt. Baller erklärt, dass es nach der Zusammenfassung von bis dahin selbständigen Krankheitsbildern zur Dementia praecox und zum manisch-depressiven Irresein durch Kraepelin zu lebhaften Diskussionen gekommen sei und dass auch jetzt noch keine Einigung bestünde. Er erkennt Kraepelins Leistung an, indem er sagt: „*Aber wenn Kraepelin auch den Namen selbst nicht gerade glücklich gewählt haben mag (und doch haben sich viele Autoren vergeblich bemüht, einen besseren Ersatz dafür zu schaffen), so beweist doch die große Zahl seiner Anhänger, daß er auf dem richtigen Wege war [...]*“¹⁴⁰ Daran lässt sich ablesen, was auch in der vorliegenden Arbeit gezeigt werden konnte. Die Lehre Kraepelins setzte sich nicht schlagartig, sondern allmählich durch, weil immer mehr Psychiater seine Ergebnisse nachprüften und feststellten, dass Kraepelins Nosologie als Diagnosegrundlage geeignet war.

Auch der Frage, wie weit die Diagnose der Dementia praecox gefasst sein solle, gehen einige Autoren nach. Im Jahr 1908 veröffentlicht beispielsweise Otto Kölpin (1876-1909) aus der Provinzial - Heil- und Pflegeanstalt Andernach einen Artikel

¹³⁶Dabei handelt es sich um eine neurologisch-psychiatrische Erkrankung in Folge einer Syphilisinfektion.

¹³⁷Tomaschny und Meyer 1909.

¹³⁸Heilemann 1910.

¹³⁹Baller 1911.

¹⁴⁰Ebd. S. 613.

über *Dementia praecox, insbesondere die paranoide Form derselben*.¹⁴¹ Er macht darauf aufmerksam, dass die *Dementia praecox*, fasse man sie so auf wie Kraepelin es vorgeschlagen habe, in den Anstalten den Großteil der Erkrankten ausmache, weil in ihnen vor allem die chronischen Fälle gepflegt würden. Aus diesem Grund prüft er in seiner Anstalt die Diagnosen auf ihre Richtigkeit. Kölpin spricht die Schwierigkeiten an, die er wie auch schon andere Autoren hatte, die Patienten in eine der drei Untergruppen einzuordnen.¹⁴² Er stimmt Kraepelin bei den Zahlen zur Katatonie und Hebephrenie zu, sieht aber die Gruppe der *Dementia paranoides* als zu weit gefasst an. Er belegt das mit einer Analyse der Anschauungen anderer Autoren, wie Alfred Hoche, die darunter ein eng umgrenztes Krankheitsbild verstehen.¹⁴³ Kölpin selbst bekennt sich zu keiner der Richtungen eindeutig.

In diesem Artikel ist zu sehen, dass die *Dementia praecox* als Krankheit nicht mehr in Frage gestellt wird, sondern nur noch ihre Ausgestaltung. Dafür spricht auch, dass der Autor versucht, sich eine eigene Meinung auf dem Boden von Beobachtungen zu bilden, ohne Kraepelins generelles Verständnis der Krankheit anzuzweifeln.

Während in den Anfangsjahren der Diskussion um die *Dementia praecox* die Katatonie mehr im Mittelpunkt der Kritik stand, ist es nun die *Dementia paranoides*. Auch Saiz, Arzt in der Frauenabteilung der städtischen Irrenanstalt in Triest, geht auf diese Problematik ein. In seinem Artikel *Dementia praecox und Paranoia hallucinatoria chronica*¹⁴⁴ versucht er durch eigene Beobachtungen zu zeigen, dass die Zuordnung einiger Krankheitsbilder, die bisher zur paranoiden Form der *Dementia praecox* gehörten, zu eigenständigen Krankheiten gerechtfertigt sei. Er beruft sich dabei auf andere Autoren (z.B. Aschaffenburg) und auf Kraepelin selbst, wenn er die Notwendigkeit betont, die große Gruppe der *Dementia paranoides* durch Krankheitsbilder, die er davon abgrenzt, zu verkleinern. Auch Saiz bemerkt, dass die Einführung einer neuen Gruppierung der psychiatrischen Krankheiten durch Kraepelin viel Widerstand hervorgerufen habe. Daran ist zu sehen, dass sich die Auffassung über Kraepelin in den vorausgegangenen Jahren grundlegend geändert hatte. Die neueren Autoren (Kölpin, Saiz) erwähnen zwar, dass es bei der Einführung von Kraepelins Nosologie Kritik gegeben hätte, ohne aber selbst Kritik an ihr zu üben. Von ihnen wird die Einteilung akzeptiert. Das ist wichtig, weil es zeigt, dass Kraepelins Nosologie eine anerkannte Basis für die Diskussion um ihre Ausgestaltung

¹⁴¹Kölpin 1908.

¹⁴²Vgl zu diesen Schwierigkeiten auch Lückcrath 1911.

¹⁴³Kölpin 1908, S. 13.

¹⁴⁴Saiz 1911.

geworden ist. Die Einteilung an sich wird nicht mehr kritisiert.

3.3.6 Abschluss

Zu einer letzten großen Auseinandersetzung zwischen Befürwortern und Gegnern von Kraepelins Lehre kommt es auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 30.05.1912 in Kiel.¹⁴⁵ Alois Alzheimer, Kraepelins Schüler, und Alfred Hoche waren gemeinsame Referenten über „*Die Bedeutung der Symptomkomplexe in der Psychiatrie*“.¹⁴⁶ Hoche hatte sich schon sechs Jahre zuvor in dem Vortrag „*Kritisches zur psychiatrischen Formenlehre*“¹⁴⁷ dafür eingesetzt, Symptomkomplexe zur Grundlage der psychiatrischen Diagnostik zu machen und nicht immer mehr eigenständige Krankheitsbilder zu schaffen. Diese Anschauung vertritt er auch auf der Versammlung. Hoche sagt, dass je nach Auffassung der Begriffe, die Dementia praecox, das manisch-depressive Irresein oder die Paranoia den Hauptteil der Diagnosen umfassen würde und kritisiert, „*daß diese Sammelkästen, [...] für wissenschaftliche und praktische Zwecke viel zu groß sind, wird im Ernste niemand bestreiten. Trotzdem unterhält der unverwüsthliche Glaube an die Findbarkeit „reiner Krankheitsformen“ das unausgesetzte Bemühen, durch Neugruppierungen und Umgruppierungen der Erscheinungen zum Ziele zu gelangen.*“¹⁴⁸

Hoche nennt als „*Hauptvertreter*“ dieser Richtung Kraepelin. Nach Hoches Erfahrungen gibt es keine reinen Krankheitsformen bei den Psychosen und die Bemühungen darum bezeichnet er als Jagd nach einem „*Phantom*“. Er vermutet, dass der Glaube, Krankheitseinheiten zu finden daher käme, dass die Fachwelt „*noch zu sehr im Bann der anatomischen Lokalisationslehre*“ stehe.¹⁴⁹

Alzheimer vertritt einen genau entgegengesetzten Standpunkt. Für ihn ergibt sich aus der Notwendigkeit, einen Therapieplan und eine Prognose aufzustellen, der zwingende Grund, die Symptombilder in Krankheiten einzuordnen. Er setzt gerade auf die Anatomie und glaubt, dass die Entdeckung der anatomischen Grundlage der Dementia praecox unmittelbar bevorstünde.¹⁵⁰

An der lebhaften Diskussion danach beteiligte sich auch Kraepelin, und es kommt

¹⁴⁵Zu dieser Kontroverse äussert sich auch Roelcke 2000.

¹⁴⁶Hoche 1912.

¹⁴⁷Siehe Hoche 1906.

¹⁴⁸Hoche 1912, S. 700.

¹⁴⁹Ebd. S. 700.

¹⁵⁰Ebd. S. 703.

dabei zur einzigen direkten Auseinandersetzung zwischen ihm und Alfred Hoche. Kraepelin empfindet die Zweifel Hoches als hinderlich für weitere Fortschritte und macht das auf anschauliche Weise deutlich: „Wenn man mit dem Zuge fahren will, ist gewiss eine Bremse nötig, noch nötiger aber eine Lokomotive; sonst kommt man überhaupt nicht vorwärts. Die Phantome, von denen Hoche spricht, nennen wir Ideale, die wir wahrscheinlich nie erreichen werden, denen wir uns aber annähern können.[...] Welchen praktischen Wert die Beschränkung auf die Feststellung von Zustandsbildern haben soll, ist unklar; man wird eben doch unter allen Umständen genötigt sein, den Kranken und ihren Angehörigen auf die Frage Antwort zu geben: Was wird der weitere Verlauf sein? Das ist aber nur möglich, wenn man den Zustandbildern zugrunde liegende Krankheitsvorgänge kennt.“¹⁵¹

In der weiteren Diskussion, die in der AZP im Anschluss an die zitierten Artikel abgedruckt wurde, gibt es sowohl Befürworter des einen, wie des anderen Standpunktes. Cramer und Siemerling, die sich auch schon früher an Diskussionen zu diesem Thema beteiligt hatten, sind Hoches Meinung. Einige Autoren äußern sich neutral, wie z.B. Neisser, der bedauert, dass „die Einseitigkeit bestimmter Lehrmeinungen die Unvollkommenheit des Erreichten schärfer betonen lasse“. Arthur Leppmann (1854-1921) berichtet in der Diskussion von Schwierigkeiten, Kraepelins Systematik in seiner Tätigkeit als Sachverständiger anzuwenden. Vor allem die schlechte Prognose hätte zu Verunsicherung geführt.¹⁵²

Als Befürworter von Kraepelins Lehre melden sich Alzheimer und Wilhelm Weygand zu Wort. Weygand bemerkt, dass „Kritizismus gewiß am Platz [sei], aber nicht ein die Forschungsfreudigkeit lähmender Skeptizismus.“¹⁵³ Im Schlusswort knüpft Hoche an die Aussage Kraepelins an und bleibt bei dessen Wortspiel: „Wenn im übrigen Kraepelin vor der Annahme dieser skeptischen Lehre warnt und meine Auffassung als eine Bremse an dem Lauf unserer Wissenschaft bezeichnet, so sollte man doch nicht vergessen, daß für die Sicherheit eines Eisenbahnzuges die Bremse unter Umständen wichtiger ist, als die Geschwindigkeit.“¹⁵⁴

Damit endet die Betrachtung über die Artikel in der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie* von 1883-1912. An der letzten Diskussion ist noch einmal zu sehen, dass sich Kraepelins Programm bis dahin schon weitgehend durchgesetzt hatte, es aber immer noch Kritik gab. Dafür, dass seine Lehre inzwischen weit verbreitet

¹⁵¹Ebd. S. 710.

¹⁵²Alle eben erwähnten Diskussionsbemerkungen finden sich im Anschluss an Hoche 1912, S. 710-712.

¹⁵³Siehe Hoche 1912, S. 711.

¹⁵⁴Ebd. S. 713.

war spricht z.B. die Äußerung Leppmanns. Er hat Kraepelins Systematik im klinischen Alltag schon angewendet und spricht über die Schwierigkeiten dabei, ohne die Klassifikation in Frage zu stellen.

Die Kritik richtet sich wie auch schon in vorangegangenen Artikeln gegen die Zusammenfassung von beobachteten Symptomen zu Krankheiten. In den Äußerungen von Hoche und seinen Anhängern liegt die Hauptkritik darin, dass sie vor allem Symptomkomplexe als diagnostische Grundlage benutzen wollen und keine explizit namentlich genannten Krankheiten. Aber auch diese Gruppe kritisiert Kraepelins Systematik nicht in bezug auf den Namen, sondern seinen Versuch einer Einteilung. Damit hat sich die Kritik in den betrachteten Jahren inhaltlich nicht geändert. In der *Allgemeinen Zeitschrift* war zu sehen, dass die Artikel über die Dementia praecox sich über die Jahre zunehmend mit klinischen Fragen zur Dementia praecox beschäftigten und nicht mehr mit ihrer Existenzberechtigung. Das zeigt, dass sich Kraepelins Systematik allmählich durchsetzte.

4 Zusammenfassung und Ausblick

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, wie sich das von dem deutschen Psychiater Emil Kraepelin (1856-1926) um 1900 neu formulierte Konzept psychiatrischer Erkrankungen in der Zeit unmittelbar danach in der Fachwelt durchgesetzt hat. Als Beispiel wurde die *Dementia praecox* (entspricht in weiten Teilen der heutigen Gruppe der Schizophrenien) als ein Aspekt seiner Klassifikation herausgegriffen. Um die Frage zu klären, wie Kraepelins Fachkollegen sein Konzept aufnahmen, wurde zuerst Kraepelins eigener Umgang mit der neuen Klassifikation und die Entwicklung seiner Nosologie am Beispiel von Kraepelins Lehrbuch nachgezeichnet. Er beschrieb in seinem Lehrbuch als erster die Dichotomie der affektiven und nicht-affektiven Psychosen. Kraepelins manisch-depressives Irresein entspricht in etwa heute den bipolaren affektiven Psychosen, die *Dementia praecox* den Schizophrenien. Diese Zweiteilung der endogenen Psychosen hat sich in Ansätzen bis in heutige Klassifikationssysteme psychiatrischer Erkrankungen in Deutschland und international gehalten (vgl. die ICD-10 und das DSM-IV).

Als Hauptquelle der Untersuchung dienten die Jahrgänge 1893-1912 der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie*, die das publizistische Organ des *Deutschen Vereins für Psychiatrie* darstellte. Damit konnte für diesen Zeitraum eine lückenlose Quellensichtung in einem der wichtigsten Diskussionsforen der damaligen Zeit stattfinden.

In der aktuellen Literatur fehlt bisher eine detaillierte Rekonstruktion der Rezeptionsgeschichte mit Reaktionen der damaligen Fachwelt, es finden sich aber zwei Thesen zur Entwicklung von Kraepelins Klassifikation. Die erste These besagt, dass Kraepelins Konzept eine kontinuierliche Weiterentwicklung von Ideen darstellt, die bereits vor Beginn seiner empirischen Forschung durch Kraepelin formuliert waren. Auf der Basis dieser vorformulierten Annahmen bezüglich der Krankheitsentität entstand ein selektiver Blick auf die Wirklichkeit der Patienten. Die zweite These postuliert eine Entstehung der Klassifikation aufgrund von Kraepelins Beobachtungen und ihre praktisch sofortige Akzeptanz, geknüpft an bestimmte Veröffentlichungen Kraepelins. Die beiden Thesen zur Entstehung von Kraepelins Programm leiten zur Fragestellung dieser Arbeit über. Es sollte geklärt werden,

ob sich Kraepelins Klassifikation entsprechend der Weiterentwicklung seiner Ideen erst allmählich und mit der Zeit durchgesetzt hat, oder ob sie aufgrund einiger bestimmter Publikationen praktisch sofort von Kraepelins Kollegen akzeptiert wurde. Es konnte anhand der Artikel nachgewiesen werden, dass Kraepelins Klassifikation sich nur allmählich und gegen anfangs erheblichen Widerstand verbreitete, was vor allem durch drei Hauptargumente gestützt wurde. Erstens belegt das der Inhalt der Artikel über die *Dementia praecox*. Zu Anfang des betrachteten Zeitraums wird noch häufig auf die Einschränkung hingewiesen, dass es sich bei Kraepelins Klassifikation um eine vorläufige Einteilung handele, die sich erst noch bewähren müsse. Eine Neuordnung der Klassifikation von psychiatrischen Erkrankungen wird oft an sich abgelehnt, selten werden jedoch Alternativen vorgeschlagen. Der Name *Dementia praecox* löst den meisten Widerstand aus, weil er unglücklich gewählt sei, um die von Kraepelin neu definierte Krankheit exakt zu beschreiben. Meistens wird der Begriff stellvertretend für die ganze Gruppe und die neue Klassifikation kritisiert. In späteren Artikeln wird über die *Dementia praecox* wie über andere etablierte Krankheiten (z.B. die progressive Paralyse) diskutiert, d.h. es werden Krankengeschichten vorgestellt, körperliche Symptome zusammengetragen und diskutiert und erste Statistiken aufgestellt. Die neu beschriebene Erkrankung an sich wird viel seltener kritisiert, es überwiegen zustimmende Artikel und Aussagen, und der Name *Dementia praecox* wird einschränkend mit dem Zusatz, dass man mit ihm noch nicht ganz zufrieden sei, akzeptiert.

Als zweites ist die Akzeptanz von Kraepelins Programm an den Diskussionsbemerkungen nach den gehaltenen Vorträgen zu sehen. Bis etwa um 1900 überwiegen die ablehnenden Stimmen nach Vorträgen zur *Dementia praecox*. Danach findet sich immer mehr Zustimmung, nach einigen späteren Vorträgen entsteht sogar überhaupt keine kontroverse Diskussion mehr.

Drittens ist es die Art der Kritik nach den Vorträgen. Kraepelins Konzept wurde so erfolgreich, weil seine Kritiker oft nur Teilaspekte seiner Nosologie herausgriffen (wie die schon lange diskutierte Katatonie), um sie negativ zu beurteilen, ohne andere Aspekte inhaltlich zu kritisieren oder eine eigene Einteilung vorzulegen.

Anhand des eben beschriebenen, sich über die Jahre ändernden Umgangs mit dem Namen *Dementia praecox* und den inhaltlichen Veränderungen in den Kritiken und Diskussionsbemerkungen lässt sich eine allmähliche Verbreitung von Kraepelins Klassifikation gut nachvollziehen.

Es stellt sich die Frage, warum gerade Kraepelins Klassifikation so einen nachhaltigen Erfolg hatte. Deshalb bleibt zu klären, ob sich sein Programm aus Ermangelung eines besseren verbreitet hat, wofür weitere Einteilungsprinzipien psychiatrischer Erkrankungen zu Kraepelins Zeit, sowohl in Deutschland als auch im Ausland ver-

glichen werden müssten. Die Verbreitung von Kraepelins Konzept könnte auch durch seine Schüler im klinischen Alltag geschehen sein, eine genaue Analyse, wer wo und wann bei Kraepelin lernte, könnte das eventuell klären. Dabei sollte der jeweilige Werdegang seiner Schüler genau verfolgt und alte Krankenblätter gesichtet werden, um eventuell eine bestimmte in Kraepelins Sinn fortgeführte Diagnostik festzustellen. Für die heutige Zeit könnte in Anlehnung daran überprüft werden, inwieweit sich die „Neokraepelinians“ noch auf die ursprüngliche Lehre Kraepelins beziehen.

In direkter Anknüpfung an die vorliegende Arbeit könnte man vor allem drei weitere Forschungsschwerpunkte verfolgen. Erstens könnte eine ähnliche Arbeit über den gleichen Zeitraum auch im Spiegel der *Allgemeinen Zeitschrift* zum manisch-depressive Irresein entstehen, um den zweiten Teil von Kraepelins Dichotomie genauer zu betrachten. Zweitens ist es sicherlich interessant, Kraepelins Konzept der Dementia praecox und die Reaktionen darauf in einer weiteren psychiatrischen Zeitschrift der damaligen Zeit zu verfolgen. Dafür bietet sich das *Archiv für Psychiatrie* an, weil dadurch die Universitätspsychiatrie im Gegensatz zur Anstaltspsychiatrie stärker betont würde. Schliesslich bleibt zu klären, ob und wie sich Kraepelins Klassifikation im Ausland durchsetzte und ab wann sie Einfluss auf heute dort angewandte Einteilungsprinzipien psychiatrischer Erkrankungen hatte.

5 Anhang

5.1 Exkurs I: Verrücktheit, Wahnsinn und Paranoia:

Als „Verrücktheit“ bezeichnete Kraepelin schon 1883 in seinem *„Compendium der Psychiatrie“* (es stellte die erste Auflage seines Lehrbuches dar) *„eine dauernde, tiefgreifende Umwandlung der psychischen Persönlichkeit...[mit] krankhafter Auffassung und Verarbeitung der äusseren und inneren Eindrücke[...] Die Helligkeit des Bewusstseins ist ungetrübt, die Besonnenheit vollkommen erhalten[...]“*.¹ In der zweiten Auflage von 1887 teilte Kraepelin die Psychosen ohne organisch klar erkennbare Ätiologie in drei Gruppen ein: die prognostisch eher günstigen affektiven Störungen, die prognostisch ungünstige Verrücktheit und der dem Ausgang nach dazwischen stehende Wahnsinn.² Ab der sechsten Auflage des Lehrbuches von 1899 stellt der Wahnsinn keine eigene Krankheitsgruppe mehr dar, sondern bildet mit verschiedenen Attributen einen Unterbegriff im Rahmen anderer Erkrankungen (z.B. depressiver Wahn bei der Melancholie). Obwohl der Begriff „Paranoia“ keineswegs mit dem früher von Kraepelin verwendeten Terminus „Verrücktheit“ identisch ist, stellt er inhaltlich eine Weiterentwicklung dar.³ Der Begriff wird von Kraepelin verwendet, um den Unterschied zur Dementia praecox deutlich zu machen. Den Gegensatz zwischen Paranoia und Dementia praecox stellt Kraepelin in der sechsten Auflage klar dar. Bei der Dementia praecox komme es zu einer *„ungemein raschen Entwicklung eines dauernden psychischen Schwächezustandes“*, ohne ein *„bleibendes, durchgebildetes Wahnsystem“* [Für die Definition der Dementia praecox wurde die vierte Auflage gewählt, weil sie sprachlich im Bezug auf den Wahn den Unterschied zur Paranoia prägnanter darstellt als von Kraepelin in der sechsten Auflage formuliert. Inhaltlich bestehen keine Unterschiede. S.F.].⁴ Die Paranoia bilde dagegen *„von Anfang an klar erkennbar ganz langsam ein dauern-*

¹Kraepelin 1883, S. 284.

²Kraepelin 1887, Inhaltsverzeichnis und S. 325 ff.

³Kraepelin 1899a, Inhaltsverzeichnis.

⁴Kraepelin 1893, S. 435.

des, unerschütterliches Wahnsystem bei vollkommener Erhaltung der Besonnenheit“ heraus.⁵

5.2 Exkurs II: Die Zählkarten⁶

Kraepelin postulierte als Bestandteile einer wissenschaftlichen Krankheitslehre vor allem drei Bereiche: Die Ätiologie (Lehre von den Krankheitsursachen), die pathologische Anatomie (spezifische Veränderungen im Nervensystem) und die Psychopathologie (Beschreibung der psychischen Symptome und ihr Verlauf). Auf Grundlage dieser drei wollte Kraepelin seine Nosologie begründen.

Schon in seinem *Compendium der Psychiatrie* stellte Kraepelin fest, dass noch keine geeigneten wissenschaftlichen Methoden zur Verfügung stünden, um spezifische Ursachen und pathologische Befunde nachzuweisen.⁷ Er konzentrierte sich deswegen vorerst auf die Psychopathologie. Während seiner Zeit in Dorpat hatte Kraepelin einen Plan aufgestellt, wie eine klinische Untersuchung diesbezüglich auszusehen habe. Die Umsetzung des Forschungsvorhabens begann Kraepelin 1891 in Heidelberg, wo er Ordinarius für Psychiatrie und Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik wurde. Er erreichte beim zuständigen Ministerium, dass die Krankenakten nicht wie zuvor bei Verlegung eines Patienten mitgegeben wurden, sondern in der Heidelberger Klinik blieben. So konnte Kraepelin die Informationen daraus auch noch zu einem späteren Zeitpunkt verwenden. Kraepelin benutzte zur Dokumentation das sogenannte System der Zählkarten. Auf kleinen Karten, die nach verschiedenen Kriterien sortiert werden konnten, wurden die individuellen Fallgeschichten in vorstrukturierter Form notiert. Als Einteilungskriterien gab es z.B. die Rubrik *Krankheitsverursachung*. Kraepelin hoffte, durch die Dokumentation des jeweiligen aktuellen psychopathologischen Befunds und des klinischen Verlaufs anhand dieser Zählkarten einer wissenschaftlichen Krankheitslehre näher

⁵Kraepelin 1899a, S. 657; Zur detaillierten Entwicklung des Paranoia-Begriffs bei Kraepelin vgl. Hoff 1995a, S. 112-114 und S. 126-142; zur Paranoia im Allgemeinen auch Kendler und Porter 1995, S. 360-371.

⁶Der Abschnitt über die Zählkarten stützt sich vor allem auf den Artikel: Roelcke 1999a, S. 107-110. Siehe dazu auch Roelcke 1996, Roelcke 1999a, sowie Weber und Engstrom 1997. Kraepelin selbst berichtet in seinen *Lebenserinnerungen* darüber: Kraepelin 1983, S. 65-71.

⁷Kraepelin 1883, S. 187-189.

zu kommen.⁸

5.3 Exkurs III: Die Einheitspsychose⁹

Der Terminus Einheitspsychose steht als Oberbegriff für eine Reihe von Anschauungen, wie sie durch verschiedene Psychiater vertreten wurden. Gemeinsam war ihnen, dass es in ihrem psychiatrischen Krankheitsverständnis nur eine Form von Psychose gab und alle verschiedenen Symptome nur als unterschiedliche Erscheinungsformen ein- und derselben Erkrankung angesehen wurden. Die verschiedenen Symptome wurden auf die Persönlichkeit der Patienten und unterschiedliche Erfahrungen sowohl der Patienten als auch der Beobachter zurück geführt. Die Vertreter dieser Anschauung waren überzeugt, dass bei veränderlicher Ausprägung der Krankheit dennoch eine gemeinsame wie auch immer geartete (z.B. organische oder psychologische) strukturelle Basis vorläge.

In Deutschland wurde die Einheitspsychose lange Zeit vor allem mit Griesinger assoziiert, vor ihm hatten im 19. Jahrhundert aber auch schon andere diese Ansicht für die Einteilung und Diagnostik psychiatrischer Krankheiten herangezogen (z. B. Reil, Jacobi und Zeller, dessen Schüler Griesinger eine Zeit lang war.) Von Griesinger stammt, wenn auch nicht in dieser kurzen Form, der Ausspruch: *Geisteskrankheiten sind Gehirnerkrankheiten*, als viel zitiertes Schlagwort im Zusammenhang mit der Einheitspsychose. Er selbst entfernte sich im Lauf der Zeit immer mehr von dieser Idee.¹⁰ Mit Kraepelins Bemühungen um eine Klassifikation, geriet das Konzept der Einheitspsychose zeitweise in den Hintergrund. Kraepelin lehnte die Vorstellung ab, dass alle Symptome Ausprägung einer einzigen Krankheit seien. Er versuchte vielmehr genau das Gegenteil zu beweisen, dass nämlich ähnliche Symptome bei ganz unterschiedlichen, klar voneinander abgrenzbaren Krankheiten vorkämen.

Im 20. Jahrhundert wandten sich wieder mehr Psychiater der Einheitspsychose zu

⁸Zur Kritik an den Zählkarten siehe Roelcke 1999a, S. 107-110, sowie Kapitel 1.2.

⁹Für eine ausführliche Darstellung siehe Berrios und Beer 1995. Darin findet sich auch eine Zusammenfassung der Geschichte der Einheitspsychose ausserhalb Deutschlands. Siehe zur Einheitspsychose im Allgemeinen auch Engstrom 2003, S. 27-28; S. 59.

¹⁰Vgl. dazu Berrios und Beer 1995, S. 321.

und modifizierten das Konzept nach ihren Vorstellungen.¹¹

5.4 Kurzbiografien wichtiger Personen

Neben Emil Kraepelin wird hier Alfred Hoche erwähnt, weil er als einer der wichtigsten Gegner von Kraepelins Lehre galt und weil er durch mehrere in dieser Arbeit erwähnte Artikel, die wichtige Diskussionen hervorriefen, in der *AZP* vertreten war. Eugen Bleuler ist deswegen ausführlicher aufgeführt, weil auf ihn der heute noch verwendete Ausdruck „Schizophrenie“ für das von Kraepelin beschriebene Krankheitsbild zurückgeht. Wilhelm Griesinger ist ein Abschnitt gewidmet weil er als Gründer des *Archivs* und Wegbereiter für die Universitätspsychiatrie (siehe Kap. 2.1.2) zur damaligen Zeit eine wichtige Rolle in der Fachwelt spielte.

Die anderen aufgeführten Personen sind entweder Autoren der hier diskutierten Artikel oder Psychiater, die wegen der von ihnen gemachten Diskussionsbemerkungen auf Versammlungen aufgefallen sind. Aus ihren Lebensläufen wurden in erster Linie die Jahre zusammengefasst, um die es in der vorliegenden Arbeit geht. Darüber hinaus wurden Eckpunkte ihres Lebens erwähnt, um Verbindungen zu anderen hier aufgeführten Psychiatern herzustellen und die Zugehörigkeit zu bestimmten Institutionen zu zeigen. Personen, die in der Arbeit vorkommen, ohne dass eine Erklärung zu ihnen folgt, waren weder bei Alma Kreuter,¹² noch in den *Biographischen Indizes* der jeweiligen Länder zu finden.

5.4.1 Emil Kraepelin (1856-1926)¹³

Emil Magnus Georg Kraepelin wurde am 15.02.1856 in Neustrelitz, Mecklenburg als jüngstes von sieben Kindern geboren. Sein Vater Karl war Schauspieler, Opernsänger und Musiklehrer. Dessen Ehe mit Emilie Kraepelin scheiterte in den 1870er Jahren. Von Emils Geschwistern erreichten drei das Erwachsenenalter. Besonders zu seinem Bruder Carl hatte Kraepelin eine enge Beziehung und unternahm mit

¹¹Ebd. S. 325-328.

¹²Kreuter 1996.

¹³Die zur Zeit detaillierteste Biografie Emil Kraepelins stammt von Eric Engstrom aus dem Jahr 2000. Sie stützt sich auf Kraepelins Autobiografie (Kraepelin 1983), seine Publikationen, persönliche Dokumente und Angaben seiner Familie (siehe Engstrom 2000). Auf diese Veröffentlichung wird in der vorliegenden Arbeit Bezug genommen.

ihm von früher Jugend an mehrere Expeditionen und Reisen.

Von 1875-1878 studierte Emil Kraepelin Medizin in Würzburg, wo er 1876 das Physikum und 1878 das Staatsexamen ablegte. 1877 verbrachte er einige Zeit an der Leipziger Universität, wo er Bekanntschaft mit Wilhelm Wundt (1832-1920) machte, der ihn für seine späteren Forschungen entscheidend mitprägte. Nach wechselnden Anstellungen wurde Kraepelin 1882 Assistenzarzt der Psychiatrischen Klinik in Leipzig. 1884/1885 übte er seine ärztliche Tätigkeit als Assistenzarzt in München, sowie als Oberarzt in Leubus und Dresden aus. 1885 wurde er als ordentlicher Professor der Psychiatrie an die kaiserlich-russische Universität in Dorpat (dem heutigen Tartu/ Estland) berufen. Im Jahr 1890 erhielt er einen Ruf nach Heidelberg, dem er 1891 nachkam. Dort führte er systematisch ein klinisches Forschungsprogramm im großen Umfang durch, das er schon in Dorpat konzipiert hatte und das schließlich zu seinem Konzept der endogenen Psychosen führte. 1903 folgte er einem Ruf als Direktor der psychiatrischen Klinik nach München, wo er 1917 dazu beitrug, dass die „Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie“ (DFA, Vorläuferin des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie) gegründet wurde. Emil Kraepelin wurde 1922 emeritiert und widmete sich bis zu seinem Tod am 07.10.1926 der Weiterentwicklung der Forschungsanstalt.

5.4.2 Alfred Hoche (1865-1943)¹⁴

Alfred Erich Hoche wurde am 1. August 1865 in Wildenhain in Sachsen als Sohn eines Pfarrers und der Tochter eines preußischen Generals geboren. Mit 13 Jahren, nach dem Tod des Vaters, wurde Hoche auf die Klosterschule Roßleben geschickt, die er bis 1882 besuchte. Bis zu seinem Physikum studierte er in Berlin, wechselte dann nach Heidelberg, wo er 1888 sein Staatsexamen ablegte und in demselben Jahr seine bei Wilhelm Erb (1840-1921) verfasste Promotion einreichte. Danach arbeitete Hoche jeweils ein Jahr lang als Assistent an der Heidelberger Kinderklinik unter v. Dusch und an der medizinischen Poliklinik unter Erb. Ab März 1890 arbeitet er bei Carl Fürstner (1848-1906) in der Psychiatrischen Klinik der Heidelberger Universität und folgte ihm 1891 nach Straßburg, wo Hoche sich in demselben Jahr habilitierte. Bis 1898 war er Oberarzt der Straßburger Psychiatrischen Klinik. Nach Unstimmigkeiten mit Fürstner ließ sich Hoche als Neurologe in Straßburg nieder. 1899 nahm er dann einen Ruf als außerordentlicher Professor für Psychiatrie an

¹⁴Die Kurzbiographie Hoches stützt sich auf den Beitrag von Schimmelpenninck 1998 in dem Buch „*Nervenärzte*“, sowie auf den betreffenden Eintrag bei Kreuter 1996, S. 584.

der Universität Straßburg an, von wo aus er 1902 als Nachfolger von Hermann Emminghaus (1845-1904) eine ordentliche Professur und das Direktorat der Psychiatrischen und Nervenlinik in Freiburg erhielt. 1906 wurde Hoche zum Geheimen Hofrat ernannt und bekam den Dr. jur. h.c. von der Universität Tübingen verliehen. 1920 verfasste Hoche zusammen mit dem Strafrechtler Karl Binding die Schrift „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“¹⁵, was ihm vor allem in neuerer Zeit wieder Kritik eintrug, am Massenmord psychisch Kranker und geistig Behinderter im Dritten Reich als maßgeblicher Urheber der zugrundeliegenden Gesetzesentwürfe Schuld gewesen zu sein.¹⁶ 1934 ließ Hoche sich emeritieren und zog nach Baden-Baden.¹⁷ Dort verfasste er in der folgenden Phase seines Lebens vor allem Gedichtbände, feuilletonistische Beiträge, Essays und autobiografische Schriften. Er starb am 16.05.1943 drei Tage nach einer Barbituratvergiftung in suicidalen Absicht, ohne das Bewußtsein wiedererlangt zu haben.

5.4.3 Eugen Bleuler (1857-1939)

Eugen Bleuler wurde am 30.04.1857 in Zollikon bei Zürich in der Schweiz geboren. Sein Vater war einfacher Landwirt und später Kaufmann. Bleuler studierte nach dem Gymnasium in Zürich Medizin und entschied sich schon während des Studiums für die Psychiatrie. Er war ab 1881 zuerst Assistent bei Schärer (1823-1890) in der Psychiatrischen Universitätsklinik in Bern. Nach Studienreisen nach Paris zu Charcot und nach England und einem Aufenthalt als Gastarzt bei Bernhard von Gudden (1824-1886) in München wurde Bleuler Assistent von August Forel (1848-1931) an der Heilanstalt Burghölzli. 1886, mit 29 Jahren, wurde er Direktor der Kantonalen Irren-Pflegeanstalt Rheinau. Von da aus erhielt Bleuler den Ruf als ordentlicher Professor der Psychiatrie der Universität Zürich und wurde Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik an der Heilanstalt Burghölzli. Dort blieb er bis zu seiner Emeritierung im Jahr 1927. Von 1909 bis 1913 gab Bleuler zusammen mit Sigmund Freud das *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschung* heraus. Mit Bleuler fanden psychoanalytische Methoden, die vor allem von Freud und C.G. Jung (1875-1961), der ab 1905 Oberarzt bei

¹⁵Hoche und Binding 1920, eine zweite Auflage folgte 1922.

¹⁶Siehe dazu Schimmelpenning 1998, S. 21 und 25.

¹⁷Schimmelpenning behauptet, dass Hohes Gesuch um Emeritierung damit zusammenhing, dass Hohes Frau Jüdin war und er mit seinem eigenen Wunsch um Ausscheiden aus dem Staatsdienst einer Zwangsemeritierung zuvor kommen wollte.

Bleuler war, erarbeitet wurden, Eingang in die Behandlung von Patienten im Burghölzli.

Bleuler war mit der Schriftstellerin Hedwig Waser verheiratet und hatte fünf Kinder. Sein Sohn Manfred Bleuler, geboren am 04.01.1903 wurde später ebenfalls Professor der Psychiatrie in Zürich und Direktor des Burghölzli. Eugen Bleuler starb am 15.07.1939 in seinem Geburtsort bei Zürich.

5.4.4 Wilhelm Griesinger (1817-1868)¹⁸

Wilhelm Griesinger wurde am 29.07.1817 in Stuttgart geboren. Sein Vater war der Stiftungsverwalter des Hospitals in Stuttgart und wurde von dem geisteskranken Klavierlehrer der Familie getötet. 1834 begann Griesinger sein Medizinstudium in Tübingen. Wegen eines drohenden Verweises mußte er 1838 nach Zürich wechseln. Nach seiner Promotion im Jahr 1838 ging er für ein Jahr nach Paris und hatte danach für ein Jahr eine Allgemeinarztpraxis in Friedrichshafen am Bodensee. Von 1840 an arbeitete Griesinger für zwei Jahre als Assistent unter Zeller an der Irrenanstalt Winnethal. Dort bereitete er sein 1845 erschienenes psychiatrisches Hauptwerk „*Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*“ schon vor. Wichtige Impulse, vor allem in Bezug auf das ihm zugesprochene Konzept der Einheitspsychose erhielt Griesinger in Winnethal von seinem Lehrer Zeller. 1843 wurde Griesinger Assistent an der Tübinger medizinischen Klinik bei seinem Jugendfreund Wunderlich (1815-1877), von dem er ab 1847 das *Archiv für physiologische Heilkunde*, an dem Griesinger seit 1841 mitgearbeitet hatt, redaktionell übernahm. Von 1849 bis 1850 war er ordentlicher Professor für Pathologie und Therapie in Kiel, bevor Griesinger für zwei Jahre Direktor der Medizinischen Schule in Kairo und Leibarzt des Vizekönigs wurde. Von 1854 bis 1859 war Griesinger dann Direktor der medizinischen Klinik in Tübingen. Danach arbeitete er für ein Jahr in der Anstalt für geistesschwache Kinder Marienberg und nahm 1860 eine Ruf nach Zürich an. Dort baute er die vorhandene Irrenanstalt in eine Klinik um, was einen Schritt weg von der Anstaltspsychiatrie in Richtung Universitätspsychiatrie darstellte. 1864 nahm Griesinger einen Ruf nach Berlin nur unter der Bedingung an, dass er nicht nur die Professur der Psychiatrie bekäme, sondern auch die Leitung der Nervenklinik und eine Poliklinik erhielt. Diese Kombination der Psychiatrie und Neurologie war von da an für ca. 100 Jahre Modell der Universitätspsychiatrie

¹⁸Die Zusammenfassung seiner Biographie stützt sich auf Dörner 1995, S. 289-293 und auf das Kapitel über Griesinger von Kirchhoff selbst aus Kirchhoff 1924, S. 1-14.

in Deutschland.

1867 gründete Griesinger die *Berliner medicinisch-psychologische Gesellschaft* (von 1879 an *Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, seit 1933 *Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie*). In demselben Jahr gab Griesinger das *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* heraus.¹⁹ Darin vertrat er die auch noch nach seinem Tod heftig kritisierte Idee, den Gegenstandsbereich der Psychiatrie um die nicht-geisteskranken neurologischen Hirn- und Nervenkrankheiten zu erweitern und die alte Tradition der „Sprechstundenpsychiatrie“²⁰ durch Polikliniken wieder aufleben zu lassen. Damit traf Griesinger vor allem bei den Anstaltspsychiatern auf Ablehnung. Er starb 1868 infolge einer Blinddarmentzündung.²¹

5.4.5 Weitere Personen

ASCHAFFENBURG, GUSTAV (1866-1944): Aschaffenburg habilitierte sich 1895 unter Kraepelin in Heidelberg im Fach Psychiatrie und blieb dort bis 1901. Bis 1904 war er dirigierender Arzt der Abteilung für geisteskranken Verbrecher im Strafgewängnis Halle/Saale. Ab 1904 war Aschaffenburg erst Leiter der Städtischen Abteilung für Nervenranke im Krankenhaus Köln-Lindenthal und ab 1919 Professor für Psychiatrie an der dort neu gegründeten Universität. Er emigrierte 1938 zuerst in die Schweiz und später in die USA, wo er auch starb.

ALBRECHT, PAUL (1870-1926): Von 1896 bis 1926 war Albrecht abwechselnd als Assistent und später als Oberarzt an der Anstalt Ueckermünde und Treptow/Rega tätig. Zuletzt wurde er 1916 Direktor in Ueckermünde, wo er bis zu seinem Tod arbeitete.

ALZHEIMER, ALOIS (1864-1915): Alzheimer kam 1902 zu Kraepelin nach Heidelberg, nachdem er seit 1888 an der Städtischen Irrenanstalt in Frankfurt a. M. gearbeitet hatte. Er ging mit Kraepelin 1904 nach München, habilitierte sich in demselben Jahr und blieb bis 1912 als außerordentlicher Professor Kraepelins Vertreter in München. Im Anschluss folgte Alzheimer einem Ruf als Ordinarius und Direktor der Psychiatrischen Klinik nach Breslau.

¹⁹Vgl. Kapitel 2.1.2.

²⁰Vgl. dazu Dörner 1995, S. 291.

²¹Zu der Zeit nach Griesingers Tod und den Umgang mit Griesingers Reformplänen vgl. Dörner 1995, S. 291-293.

BERGMANN, GOTTLÖB HEINRICH (1781-1861): Bergmann studierte und promovierte in Göttingen, ab 1827 war er Leiter der Heilanstalt Hildesheim. 1854 wurde er aus diesem Amt in den Ruhestand entlassen.

BERTSCHINGER, HANS (1870-1935): Bertschinger studierte in Heidelberg, München, Würzburg und Zürich, wo er 1897 Assistent am Burghölzli unter Forel wurde. Danach arbeitete er für sieben Jahre als Assistent bei Bleuler in der Anstalt Rheinau. Von 1904 an bis zu seinem Tod war Bertschinger Direktor in der Kantonalen Irrenanstalt Breitenau.

BINSWANGER, OTTO (1852-1929): Binswanger wurde 1880 Oberarzt an der Charité in Berlin, wo er sich 1882 habilitierte. In demselben Jahr erhielt er einen Ruf als Direktor der Landesheilanstalt und Professor der Psychiatrie nach Jena. Dort blieb er bis zu seiner Emeritierung im Jahr 1919.

BONHOEFFER, KARL (1868-1948): Bonhoeffer studierte in Tübingen und Berlin und wurde dann Assistent bei Wernicke in Breslau. 1903 erhielt er einen Ruf als persönlicher Ordinarius und Leiter der Psychiatrischen Abteilung des städtischen Krankenhauses in Königsberg. Ein halbes Jahr später wurde Bonhoeffer Kraepelin's Nachfolger in Heidelberg. 1904 ging er zurück nach Breslau als Nachfolger Wernicke's. 1912 wurde er nach Berlin als Professor der Psychiatrie berufen und wurde Direktor der Psychiatrischen und Nervenkl. der Charité. 1937 wurde Bonhoeffer emeritiert.

BROSIUS, MAX (1825-1910): Brosius eröffnete 1857 die Heilanstalt für Gehirn- und Nervenkrankheiten in Bensdorf, von wo aus er 1897 in den Ruhestand ging. Er war bis zur Einstellung der Zeitschrift 1902 Herausgeber des *Irrenfreundes*.

CRAMER, AUGUST (1860-1912): Cramer habilitierte sich 1895 in Göttingen, wo er 1900 Direktor der Heil- und Pflegeanstalt und Professor für Psychiatrie und Nervenheilkunde wurde und bis zu seinem Tod blieb.

EMMINGHAUS, HERMANN (1845-1904): 1880 wurde Emminghaus Professor für Psychiatrie an der neu gegründeten Universität in Dorpat, von wo aus er 1886 einen Ruf als erster Inhaber des Lehrstuhls für Psychiatrie nach Freiburg erhielt. 1902 wurde er in den Ruhestand versetzt.

EPPELBAUM, VERA; verh. STRASSER (1885-1941): Eppelbaum studierte in Heidelberg, Bern, Straßburg, Dorpat, St. Petersburg und Zürich. Sie promovierte 1911 über *Die Psychologie der Aussage bei der Dementia praecox* und arbeitete bei Bleuler und Jung in der Anstalt Burghölzli. Später hatte sie eine Gemeinschaftspraxis für Psychiatrie und Psychotherapie mit ihrem Mann in Zürich.

ERB, WILHELM (1840-1921): Mit 21 Jahren wurde Erb Assistent im Pathologischen Institut München, bevor er als Assistent an die Medizinische Klinik nach Heidelberg ging, wo er sich 1865 habilitierte. 1880 wurde er Professor und Leiter der Neurologischen Poliklinik in Leipzig, und erhielt 1883 den Lehrstuhl der Inneren Medizin an der Universität Heidelberg. 1891 gründete er die *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde* mit.

FLEMMING, CHRISTIAN FRIEDRICH (1799-1880): Flemming war zuerst Apotheker, bevor er 1818 begann, Medizin zu studieren. Von 1822 an war er Assistent auf dem Sonnenstein, nach 1825 dann in Schwerin. 1830 übertrug man Flemming die Leitung der neu etablierten Anstalt Sachsenberg, deren Direktor er bis zu seinem Ruhestand im Jahr 1854 war.

FOREL, AUGUST (1848-1931): Nach dem Studium wurde Forel 1873 Assistent an der Kreis-Irrenanstalt in München unter Bernhard von Gudden. 1879 ging er nach Zürich an die Anstalt Burghölzli, wo er in demselben Jahr Direktor der Anstalt und Professor der Psychiatrie wurde. 1898 gab er aufgrund vieler Schwierigkeiten seine Professur und die Leitung der Anstalt auf.

FREUD, SIGMUND (1856-1939): Studium in Wien. 1885 wurde Freud Privatdozent für Neuropathologie in Wien, zwei Jahre später eröffnete er dort eine Privatpraxis. In den folgenden Jahren entwickelte Freud die Grundlagen für die Psychoanalyse. 1902 wurde er Professor für Neuropathologie an der Universität in Wien. 1938 emigrierte er nach London.

FÜRSTNER, CARL (1848-1906): Ab 1877 war Fürstner Direktor der neuen Psychiatrischen Universitätsklinik in Heidelberg. 1891 wurde er als Jollys Nachfolger als Professor Direktor der Psychiatrischen Klinik in Straßburg, wo er 1906 starb.

GAUPP, ROBERT (1870-1953): Gaupp übernahm 1900 die Redaktion des *Centralblatts für Nervenheilkunde und Psychiatrie*. In demselben Jahr wurde er Assistent bei Kraepelin in Heidelberg und ging mit ihm 1904 nach München, wo er an

dessen Klinik Oberarzt wurde. 1906 folgte Gaupp einem Ruf als Professor und Direktor an die Nervenklinik Tübingen, wo er bis zu seiner Emeritierung 1936 blieb. Sein Nachfolger als Oberarzt in München wurde Alzheimer.

GRABE, EDUARD VON (1866-?): Grabe war von 1864 bis 1931 in Hamburg an der Irrenanstalt erst unter Reye und später unter Weygand tätig. Dort habilitierte es sich 1914 und blieb als leitender Oberarzt an der Anstalt.

GRASHEY, HUBERT (1839-1914): Grashey wurde 1886 als Nachfolger Bernhard von Guddens ordentlicher Professor für Psychiatrie in München und Direktor der oberbayrischen Kreis-Irrenanstalt. 1896 verließ Grashey diese Positionen und wurde als Obermedizinalrat Leiter der Medizinalverwaltung im Staatsministerium Bayerns. Er ging 1909 in den Ruhestand.

GUDDEN, BERNHARD VON (1824-1886): Von Gudden war nach dem Studium von 1848-1851 Assistent an der Irrenanstalt Siegburg unter Jacobi, danach bis 1855 in Illenau bei Roller. Von 1855-1869 war von Gudden Direktor der Irrenanstalt Werneck. Dann wurde er Professor der Psychiatrie in Zürich und 1872 in München. 1886 ertrank von Gudden zusammen mit König Ludwig II. von Bayern im Starnberger See.

HECKER, EWALD (1843-1909): Hecker wurde 1866 Assistent in der Irrenanstalt Allenberg, von wo aus er in demselben Jahr mit Kahlbaum nach Görlitz ging. 1876 wurde er Leiter an der Heil- und Pflegeanstalt Plagwitz. 1881 kaufte Hecker die ehemalige Wasserheilanstalt in Johannisburg am Rhein, um daraus eine Privatanstalt zu machen. Mir ihr zog er 1891 nach Wiesbaden um. Dort blieb Hecker bis zu seinem Tod

HITZIG, EDUARD (1838-1907): Hitzig übernahm 1885 die Direktion der Psychiatrischen Klinik der Universität Halle, nachdem er seit 1879 die Anstalt Nietleben in Halle geleitet hatte. Dort blieb er bis zu seiner Emeritierung im Jahr 1903.

HÜFLER, EMIL (?): Hüfler gründete 1905 die Städtische Nervenheilanstalt in Chemnitz und wurde ihr erster Direktor. 1911 ging er in den Ruhestand.

ILBERG, GEORG (1862-1942): Ilberg wurde 1902 stellvertretender Direktor der neu eröffneten Anstalt Groß-Schweidnitz und 1910 Direktor der Anstalt Sonnenstein, die er bis 1928 leitete. In den 1890er Jahren war Illberg eine Zeit lang As-

sistent bei Kraepelin gewesen (Genauere Angaben zu dieser Zeit, liessen sich nicht finden. S.F.).

JACOBI, MAXIMILIAN (1775-1858): Jacobi studierte ab 1793 Medizin in Jena. Von 1800 bis 1805 war er als Praktischer Arzt in Eutin tätig. 1805 wurde er Obermedizinalrat, zuerst in München und später in Düsseldorf. 1825 übergab man Jacobi die Leitung der Anstalt Siegburg, die damit die erste Anstalt wurde, deren Direktor ein Arzt war.

JAHRMÄRKER, MAXIMILIAN (1872-1943): 1899 wurde Jahrmärker Assistent bei Tuczek in der Landesheilanstalt Marburg. Er habilitierte sich 1902 für Psychiatrie an der Universität Marburg und übernahm 1908 von Tuczek die Leitung der Psychiatrischen Klinik und der Anstalt. 1920 wurde die Psychiatrische und Nervenklिनik der Universität Marburg eröffnet und Robert Wollenberg unterstellt. Jahrmärker behielt die Leitung der nun von der Universität getrennten Landesheilanstalt Marburg bis zu seiner Pensionierung 1937 inne.

JOLLY, FRIEDRICH (1844-1904): Nach der Eröffnung der nach Jollys Plänen gebauten Psychiatrischen Klinik in Straßburg 1886, ging er 1890 als Ordinarius für Psychiatrie und Nervenheilkunde nach Berlin, wo er 1904 als ordentlicher Professor der Psychiatrie und Direktor der Psychiatrischen und Nervenklिनik der Charité starb. 1891 übernahm Jolly die Redaktion des *Archivs für Psychiatrie und Nervenheilkunde* (s.o.).

JUNG, CARL GUSTAV (1875-1961): 1902 wurde Jung Assistent und dann Oberarzt bei Bleuler in Zürich. Von 1909 an widmete er sich nur noch seiner eigenen Praxis und seinen Veröffentlichungen. 1944 wurde er als Professor für Medizinische Psychologie an die Universität Basel berufen, gab dieses Amt jedoch wegen Krankheit noch in demselben Jahr wieder zurück.

KAHLBAUM, KARL LUDWIG (1828-1899): Kahlbaum studierte in Königsberg, Würzburg und Leipzig. Von 1856-1866 war er Arzt an der Provinzial-Irrenanstalt Allenberg, dann wechselte Kahlbaum an die Görlitzer Privat-Nervenheilanstalt, deren Leitung er 1867 übernahm. Dort blieb er bis zu seinem Tod.

KIRN, LUDWIG (1839-1899): Kirn war von 1883-1886 Professor der Psychiatrie in Freiburg. Als 1886 Emminghaus dort das neu gegründete Ordinariat erhielt, konzentrierte sich Kirn auf die gerichtliche Medizin und seine Privatpraxis.

KÖLPIN, OTTO (1876-1909): Kölpin war erst Assistent bei Wernicke in Breslau und dann bei Westphal an der Psychiatrischen Klinik in Greifswald, wo er sich 1904 habilitierte. In demselben Jahr ging er als Oberarzt zu Westphal, der inzwischen in Bonn arbeitete. Dort blieb er mit einem Jahr Unterbrechung, das er als Oberarzt in der Anstalt Andernach zubrachte, bis zu seinem Tod 1909.

KOSTER, FRIEDRICH (1822-1889): Koster studierte in Bonn und wurde 1850 erster Assistent bei Jacobi in Siegburg. 1852 ging er nach Marsfeld, wo er 1860 Leiter der Anstalt wurde. 1887 ließ sich Koster in den Ruhestand versetzen.

KRAFFT-EBING, RICHARD VON (1840-1902): Studium in Heidelberg und Zürich. 1864 wurde er Assistent bei Roller in der Anstalt Illenau. 1869 ließ er sich in Baden-Baden als praktischer Nervenarzt nieder. 1872 wurde von Krafft-Ebing Professor an der Universität Straßburg, ein Jahr später in Graz und er übernahm die Leitung der Irrenanstalt Feldhof. 1885 gab er die Leitung der Anstalt ab und widmete sich ganz seiner Professur, die 1886 auch auf die Neurologie ausgedehnt wurde. In diesem Jahr gründete er das Privatsanatorium Mariagrün bei Graz. 1889 erhielt von Krafft-Ebing einen Ruf als Direktor an die Psychiatrische Klinik in Wien. 1902 ging er in den Ruhestand.

KREUSER, HEINRICH (1855-1917): Kreuser war nacheinander von 1892 bis 1902 Direktor der Landesheilanstalt Schussenried und bis zu seinem Tod Direktor der württembergischen Anstalt Winnethal.

LAEHR, HANS (1856-1929): Hans Laehr studierte in Tübingen, Berlin und Straßburg. 1884 wurde er Assistent bei seinem Vater an der Anstalt Schweizerhof und übernahm 1889 komplett die Leitung. 1905 wurde Laehr nach dem Tod seines Vaters Hauptredakteur der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie*. 1919 ging er in den Ruhestand.

LAEHR, HEINRICH (1820-1905): Laehr studierte in Berlin und Halle. 1853 war er kurz Assistent bei Damerow in Halle-Nietleben, bevor auf einem Grundstück in Berlin-Zehlendorf die Anstalt Schweizerhof eröffnete. 1857 übernahm er die Redaktion der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie* von Damerow. Laehr wirkte auch maßgeblich an der Gründung der *Vereins Deutscher Irrenärzte* mit. Ab 1884 arbeitete auch sein ältester Sohn Hans in der Anstalt Schweizerhof. Dieser übernahm die Leitung 1889 ganz. 1903 wurde die Heinrich-Laehr-Stiftung, die vom

Deutschen Verein für Psychiatrie verwaltet wurde, ins Leben gerufen, um Projekte in der Psychiatrie zu unterstützen.

LANGE, JOHANNES (1891-1938): Ab 1917 war Lange Assistent an der neu gegründeten *Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie*. Von 1922 bis 1927 war er leitender Arzt am Städtischen Krankenhaus in Schwabing. Dann wurde Lange Leiter der klinischen Abteilung der DFA für Psychiatrie. 1930 er hielt er einen Ruf als ordentlicher Professor für Psychiatrie und Neurologie und Direktor der Klinik der Universität Breslau.

LEPPMANN, ARTHUR (1854-1921): 1889 wurde Leppman als Leiter der Beobachtungsabteilung für geistesranke Verbrecher an die Strafanstalt Moabit in Berlin berufen. Er ging 1913 in den Ruhestand.

LÖWENSTEIN, KURT (?): Löwenstein war nach 1908 Arzt in der Berliner Anstalt Herzberge. Von 1911 an arbeitete er an der Poliklinik für Nervenranke in Berlin. 1921 ging er an die Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg. Danach wurde er Arzt in der Nervenabteilung des Krankenhauses Berlin-Lankwitz.

LÜCKERATH, MAX (?-1937): Lückerrath war Assistent an der Heil- und Pflegeanstalt Bonn unter Pelmann. Dorthin kehrte er nach einigen anderen Anstellungen 1906 als Oberarzt unter Alexander Westphal zurück. 1921 wurde er Direktor der Rheinischen Provinzial-Fürsorge-erziehungsanstalt für katholische schulentlassene Zöglinge in Euskirchen.

MANSFELD, DAVID (1787-1863): Mansfeld war bis 1817 zunächst Apotheker, bevor er Medizin in Göttingen studierte. Von 1840 an war er Assistent an der Braunschweiger Irrenanstalt, wo er 1856 die Leitung übernahm. Im Jahr 1858 wurde Mansfeld Mitherausgeber der *Correspondenzblattes*. 1860 ging er in den Ruhestand.

MENDEL, EMANUEL (1839-1907): Mendel eröffnete 1868 in Berlin/Pankow eine eigene Anstalt, habilitierte sich 1873 für Psychiatrie und Nervenheilkunde in Berlin und gründete 1882 das *Neurologische Centralblatt* (s.o.). Von 1884 an lehrte er in Berlin an der Universität und gab 1885 die Leitung seiner Anstalt ab.

MESCHÉDE, FRANZ (1832-1909): Meschede war bis 1903 Direktor der 1892 errichteten Psychiatrischen Klinik der Universität Königsberg und gleichzeitig auch weiterhin Direktor der Städtischen Krankenanstalt, wo er seit 1873 dirigierender

Arzt gewesen war. Seine Nachfolger an der Königsberger Universität waren bis 1904 Karl Bonhoeffer und danach Ernst Meyer.

MEYER, ERNST (1871-1931): Meyer war ab 1898 Assistent bei Siemerling in der Psychiatrischen Klinik Tübingen. Er ging als Oberarzt mit Siemerling 1901 nach Kiel und wurde 1904 als Professor Leiter der Psychiatrischen Klinik in Königsberg. Dort blieb er bis zu seinem Tod.

MEYER, LUDWIG (1827-1900): Studium in Bonn, Würzburg und Berlin. Dort wurde Meyer 1851 Assistent und 1857 Oberarzt an der Psychiatrischen Klinik der Charité. 1858 ging er als dirigierender Arzt der Irrenabteilung des Allgemeinen Krankenhauses nach Hamburg. 1864 zog er mit einem großen Teil der Patienten in die Anstalt Friedrichsberg in Hamburg um. 1866 nahm Meyer den Ruf als Professor der Psychiatrie und Direktor der Irrenanstalt der Universität Göttingen an. Dort blieb er bis zu seinem Tod.

MEYNERT, THEODOR (1833-1892): Meynert studierte in Wien, 1865 wurde er Assistenzarzt an der Wiener Irrenanstalt. 1870 bekam er die Professur für Psychiatrie und die Leitung der Psychiatrischen Klinik der Universität. 1875 wurde Meynert Direktor der neuen Psychiatrischen Universitätsklinik im Allgemeinen Krankenhaus in Wien, wo er bis zu seinem Tod blieb.

MOREL, BÉNÉDICTE AUGUSTINE (1809-1873): Morel wurde 1848 nach mehreren ausgedehnten Reisen Leiter des „Asile de Maréville“ und 1856 Leiter im „Asile St.-Yon“. Bekannt wurde Morel vor allem durch die „Traité des maladies mentales“.²²

NEISSER, CLEMENS (1861-1940): Von 1886 bis 1902 war Neisser an der Provinzialirrenanstalt in Leubus (Schlesien) tätig, bevor er für zwei Jahre an der Pflegeanstalt Lublinitz Direktor wurde und 1904 die Leitung der Anstalt Bunzlau übernahm und bis zu seinem Ruhestand 1930 behielt.

NISSL, FRANZ (1860-1919): Nissl studierte in München und wurde im Anschluss Assistent bei Bernhard von Gudden. 1889 ging er nach Frankfurt a. M. an die Städtische Irrenanstalt. Dort lernte er Alois Alzheimer kennen. 1895 berief Kraepelin

²²Morel 1852, zitiert nach dem Index Biographique Français 1998.

Nissl als Assistent an die Heidelberger Psychiatrische Klinik. 1904 wurde er Ordinarius für Psychiatrie und Direktor der Heidelberger Klinik. 1918 ging Nissl als Leiter der histopathologischen Abteilung an die *Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie* nach München.

OEBEKE, BERNHARD (1837-1913): Oebeke war von 1896 bis 1912 Landes-Psychiater der Provinzialverwaltung der Rheinprovinz und konsultierender Arzt der privaten Irren-Heil- und Pflegeanstalt Eendenich bei Bonn.

PELMAN, CARL (1838-1916): Pelman studierte in Bonn und fing danach als Assistent in Siegburg an. Nach einigen Studienreisen wurde 1871 er Direktor der Anstalt Stephansfeld und 1875 der Anstalt Grafenberg. 1889 ging Pelman als Direktor der Provinzial-Irrenanstalt und erster ordentlicher Professor der Psychiatrie an die Universität Bonn. 1904 wurde er emeritiert. Pelman war im Vorstand des *Deutschen Vereins für Psychiatrie* und Mitherausgeber der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie*.

PICK, ALOIS (1851-1924): Pick studierte in Wien und war während dessen schon Volontär bei Meynert in Wien und Westphal in Berlin. Von 1877 bis 1886 hatte er verschiedene Assistenzarztstellen und wurde dann ordentlicher Professor und Direktor der neuen Psychiatrisch-Neurologischen Klinik der deutschen Universität in Prag. Dort blieb Pick bis zu seinem Ruhestand im Jahr 1921.

RAECKE, JULIUS (1872-1930): Raecke studierte in Heidelberg, Würzburg, Gießen und Freiburg. Er war nacheinander Assistent an der Berliner Charité, in Eberswalde, Frankfurt a. M. und in Tübingen. Von dort ging Raecke mit Siemerling nach Kiel. 1903 wurde er Alzheimers Nachfolger in Frankfurt, ging aber nach neun Monaten zurück nach Kiel zu Siemerling. 1918 nach dem Dienst als Stabsarzt im Krieg wurde Raecke außerordentlicher Professor in Frankfurt. 1919 übernahm er die internistische Leitung der Frankfurter Psychiatrischen Klinik, später dann die Fürsorgestelle für Gemüts- und Nervenranke.

REIL, JOHANN CHRISTIAN (1759-1813): Studium in Göttingen und Halle, 1788 wurde Reil Professor der Medizin und Leiter des Klinischen Instituts in Halle. 1810 ging Reil als Professor der Medizin nach Berlin, wo er auch starb.

RIEGER, KONRAD (1855-1939): Rieger war seit 1878 Assistent an der Psychiatrischen Abteilung des Juliusspitals in Würzburg unter Rinecker und arbeitete dort

das erste halbe Jahr mit Kraepelin zusammen. 1882 wurde Rieger in Würzburg habilitiert und blieb dort auch nach Rineckers Tod unter seinem Nachfolger Hubert Grashey. Nach Grashey Weggang wurde Rieger 1891 Direktor der Psychiatrischen Abteilung des Juliuspitals und blieb dort bis zu seiner Emeritierung im Jahr 1925.

REYE, DANIEL WILHELM (1833-1912): Reye studierte in Heidelberg und Göttingen und wurde 1856 Assistenzarzt in der Inneren Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses in Hamburg, ab 1858 dann in der Abteilung für Geisteskranke unter L. Meyer. 1866 ging Reye als neuer Leiter an die Anstalt Friedrichsberge in Hamburg. 1908 ging er in den Ruhestand.

RINECKER, FRANZ VON (1811-1883): 1863 übernahm Rinecker das Juliusspital in Würzburg zuerst nur die Psychiatrische Abteilung und später auch die für Syphilis und Hautkrankheiten. Grashey, Jolly, Rieger und Kraepelin waren einige seiner Schüler.

ROLLER, CHRISTIAN FRIEDRICH WILHELM (1802-1878): Roller war von 1827 an Assistent am Irrenanasyll Heidelberg und ab 1835 der dortige Leiter. 1842 wurde er Direktor der neu gegründeten Anstalt Illenau, wo er bis zu seinem Tod blieb.

ROTE, ADOLF VON (1882-1903): Von Rote studierte in St. Petersburg und wurde 1862 Direktor des städtischen Krankenhauses in Kameniec Podolski. 1867 wurde er Leiter der Irrenanstalten in Warschau, wo er bis zu seiner Emeritierung 1896 blieb.

SCHÄRER, RUDOLF (1823-1890): Schärer studierte in Bern und wurde dort Arzt am Stadt-Bernschen Inselspital und ab 1855 an der neuen Anstalt Waldau bei Bern, wo er 1859 Direktor wurde.

SCHOLZ, LUDWIG (1868-1918): Scholz war ab 1897 Leiter der Heilanstalt Waldbröl und dann von 1904 an Direktor der Provinzial-Heilanstalt bei Meseritz (später „Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz“). Von 1909 bis 1911 war er Direktor der Irrenpflegeanstalt Kosen und danach niedergelassener Nervenarzt in Bremen.

SCHUCHARDT, FEDOR (1848-1913): Nach dem Studium in Jena, Berlin Freiburg und Straßburg war Schuchardt von 1879-1882 Assistent an der Anstalt Andernach. Danach war er in Bonn tätig und ging 1886 an die Anstalt Sachsenberg. 1896 erhielt

Schuchardt einen Ruf nach Rostock als Professor der Psychiatrie und Direktor der nach seinen Plänen gebauten Anstalt Rostock-Gehlsheim. 1897 wurde er zusätzlich Leiter der Universitätspoliklinik für Nerven- und Gemütskranke.

SCHÜLE, HEINRICH (1840-1916): Von 1890 bis zu seinem Tod war Schüle Direktor der Anstalt Illenau, wo er seit 1864 schon Assistent und später leitender Arzt gewesen war. Ab 1879 war Schüle Mitherausgeber der *AZP*.

SNELL, LUDWIG (1817-1892): 1845 wurde Snell Assistent an der Anstalt Ebersbach, 1856 Direktor der Anstalt Hildesheim. Dort blieb er bis zu seinem Tod.

SNELL, OTTO (1859-1939): Snell war von 1885-1888 Assistent bei seinem Vater Ludwig Snell an der Heil- und Pflegeanstalt Hildesheim. Bis 1892 war Snell Assistent in München an der Kreis-Irrenanstalt. Von da an war er wieder für neun Jahre in Hildesheim und übernahm 1901 die neu eröffnete Heil- und Pflegeanstalt in Lüneburg, die er bis 1924 leitete und dann in den Ruhestand ging.

SIEMERLING, ERNST (1857-1931): Siemerling war von 1884 bis 1893 erst unter Carl Westphal, dann unter Friedrich Jolly Assistent der Psychiatrischen und Nervenlinik der Charité in Berlin, wo er sich 1888 habilitierte. Von 1891 an übernahm Siemerling die Redaktion des *Archivs für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* (s.o.). 1893 wurde er Professor für Psychiatrie und Neurologie in Tübingen und 1900 in Kiel, wo Siemerling 1925 emeritiert wurde.

SOMMER, ROBERT (1864-1937): Sommer war seit 1890 Assistent bei Rieger am Juliuspsital in Würzburg, wo er sich 1892 habilitierte. 1893 übernahm er die Redaktion des *Centralblatts für Nervenheilkunde und Psychiatrie*. Von 1895 bis zu seiner Emeritierung im Jahr 1933 war Sommer Professor an der Klinik für Psychiatrie der Universität Gießen.

THOMSEN, ROBERT (1858-1914): Thomsen war von 1888 bis 1914 Leiter der Hertz'schen Privatanstalt in Bonn.

TUCZEK, FRANZ (1852-1925): Tuczek studierte in Berlin und München. 1879 wurde er Assistent an der Provinzial-Irrenanstalt in Marburg, 1891 Oberarzt. 1894 verlieh man ihm den Professorentitel für Psychiatrie und übergab ihm die Leitung der Landes-Heilanstalt Marburg (ehemals Provinzial-Irrenanstalt), mit der später die Psychiatrische Klinik der Universität verbunden wurde.

WERNICKE, CARL (1848-1905): Nachdem Wernicke von 1875 bis 1878 Assistent an der Charité in Berlin gewesen war, ließ er sich dort als Nervenarzt nieder. 1885 ging er als Extraordinarius nach Breslau, wurde dort Ordinarius und gleichzeitig Direktor der Psychiatrischen Klinik und Leiter der Städtischen Irrenanstalt. 1904 folgte er einem Ruf nach Halle, wo er ein Jahr später starb.

WESTPHAL, CARL (1833-1890): Westphal studierte in Berlin, Heidelberg und Zürich. 1858 wurde er Assistent in der Abteilung für Geisteskranke an der Charité in Berlin. Von 1865-1868 war er Assistent unter Griesinger, zeitweilig auch in der inneren Abteilung. Nach Griesingers Tod kehrte Westphal in die Irrenabteilung zurück und übernahm 1869 die Leitung der Abteilung für Geistes- und Nervenkrankte an der Charité und das Lehramt für Psychiatrie und Neurologie. Dort blieb er bis zu seinem Tod.

WESTPHAL, ALEXANDER (1863-1941): Alexander Westphal war der Sohn des Psychiaters Carl Westphal. Er habilitierte sich 1894 in Berlin unter Jolly, übernahm 1900 die Leitung der Greifswalder Universitätsklinik für Psychiatrie und ging 1904 als Direktor der Psychiatrischen und Nervenklinik und der Heil- und Pflegeanstalt nach Bonn. Dort blieb er bis zu seiner Emeritierung 1928.

WEYGAND, WILHELM (1870-1939): Weygand war von 1897 bis 1899 Assistent bei Kraepelin in Heidelberg. 1899 ging er nach Würzburg, wo er sich unter Rieger habilitierte und 1903 die Leitung der dortigen Poliklinik für psychisch und nervöse Kranke übernahm. 1908 ging er nach Hamburg, wo er zuerst Leiter der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg wurde und 1919 eine Professur für Psychiatrie an der neu gegründeten Universität erhielt. Weygand wurde 1934 emeritiert.

WILMANN, KARL (1873-1945): Wilmanns wurde 1902 Assistent bei Kraepelin in Heidelberg. Bevor er 1904 Oberarzt in Heidelberg unter Nissl wurde, arbeitete er eine Zeit lang psychiatrisch am badischen Arbeitshaus Kifflau. 1906 habilitierte er sich in Heidelberg und wurde dort 1918 der Nachfolger Nissls als Professor der Psychiatrie und Neurologie und Direktor der Psychiatrisch-Neurologischen Klinik. 1933 wurde er aus politischen Gründen aus diesem Amt entlassen.

WOLLENBERG, ROBERT (1862-1942): Wollenberg war von 1888 bis 1891 Assistent bei Carl Westphal an der Berliner Charité und wurde dann Oberarzt in Halle, wo er sich 1892 habilitierte. Von 1898 bis 1901 war Wollenberg in Hamburg tätig,

bevor er Professor in Tübingen als Nachfolger Siemerlings wurde. 1906 ging er als Ordinarius nach Straßburg und wurde 1921 Professor in Breslau, wo er bis zu seiner Emeritierung 1930 blieb.

WUNDERLICH, CARL (1815-1877): Während des Studiums in Tübingen lernte Wunderlich Griesinger kennen. Dort wurde er 1846 Professor der Medizin und Direktor der Medizinischen Klinik. 1850 ging er nach Leipzig, wo er eine Privatpraxis hatte und das St. Jacobs-Hospital leitete.

WUNDT, WILHELM (1832-1920): Wundt studierte in Tübingen, Heidelberg und Berlin und interessierte sich schon früh für die Physiologie des Nervensystems. Nach einigen Anstellungen bei Physiologen in Heidelberg ging er 1874 nach Zürich und 1875 nach Leipzig, wo er Professor der Physiologie wurde. Dort gründete Wundt das erste Institut für experimentelle Psychologie in Deutschland, wo auch Emil Kraepelin arbeitete. 1915 wurde Wundt emeritiert.

ZELLER, ERNST ALBERT (1804-1877): 1834 wurde die Anstalt Winnethal eröffnet, deren erster Leiter Zeller wurde. Trotz mehrerer Berufungen blieb er dort bis zu seinem Tod. Danach übernahm sein ältester Sohn die Leitung der Anstalt.

5.5 Danksagung

Ich danke Herrn Prof. Dr. med. Volker Roelcke für den Vorschlag dieses interessanten Themas, das mir sehr viel Spaß gemacht hat und für seine Hilfe bei der Bearbeitung. Besonders danke ich ihm für die schnellen und klaren Antworten auf meine vielen Fragen. Bedanken möchte ich mich auch bei den Diplom-Bibliothekarinnen Frau Evelyn Österreich und Frau Kathrin Hoffmann aus dem Institut für Medizin- und Wissenschaftsgeschichte der Universität zu Lübeck für deren kreative Ideen und Lösungsvorschläge bei Problemen mit der Literatursuche.

Ich danke Tobias Kraus und Kai Labusch für die Hilfe mit dem Computer, Martin Böhme zusätzlich auch für die Hilfe bei der englischen Zusammenfassung.

Zuletzt danke ich meinen Eltern, ohne die das alles nicht möglich gewesen wäre und die mir bei meinen Entscheidungen bezüglich meines Berufswegs immer vertraut haben.

5.6 Lebenslauf

Name: Silke Feldmann

Geburtstag und -ort: 29.09.1978 in Berlin-Charlottenburg

Eltern: Rainer Feldmann, Finanzbeamter und
Mechthild Feldmann, geb. Tänzler, Angestellte

Schulbildung: 1985-1987: Chamisso-Grundschule Berlin
1987-1991: Borsigwalder-Grundschule Berlin
1991-1998: Humboldt-Oberschule Berlin-Tegel

Abitur: 1998 an der Humboldt-Oberschule Berlin-Tegel,
Leistungskurse Musik und Latein

Studium: 1998-2000: Vorklinik an der Universität zu Lübeck, Physikum
2000-2001: Erster klinischer Abschnitt, Erstes Staatsexamen
Wintersemester 2001/2002: Auslandsaufenthalt an der
„Rijksuniversiteit Groningen“
2002-2004: Zweiter klinischer Abschnitt, Zweites Staatsexamen

Promotion: Sommersemester 2001 Beginn der Promotion am Institut für Medizin- und
Wissenschaftsgeschichte der Universität Lübeck bei Prof. Volker Roelcke

Praktisches Jahr: 2004/2005 in der Klinik für Chirurgie und der
Klinik für Innere Medizin der Sana-Klinik in Lübeck
Bis Juli 2005 in der Klinik für Anästhesiologie des Klinikums
Neustadt in Holstein

Abschluss: Drittes Staatsexamen am 18. Oktober 2005 abgelegt

5.7 Kurzzusammenfassung Deutsch

Die Verbreitung der Kraepelinischen Krankheitslehre im deutschen Sprachraum zwischen 1893 und 1912 am Beispiel der Dementia praecox

In der vorliegenden Arbeit wird der Frage nachgegangen, wie sich das von dem deutschen Psychiater Emil Kraepelin um ca. 1900 neu formulierte Konzept psychiatrischer Erkrankungen unmittelbar danach in der Fachwelt durchgesetzt hat. Beispielhaft wurde die Dementia praecox (entspricht weitgehend der Gruppe der heutigen Schizophrenien) als eine Kategorie seiner neuen Klassifikation herausgegriffen. Als Hauptquelle der Untersuchung dienten die Jahrgänge von 1893 bis 1912 der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie*, um die Rezeption der Anfänge wie auch die Zeit bis zur Konsolidierung von Kraepelins Systematik zu erfassen.

In der aktuellen Literatur fehlt eine genaue Rekonstruktion der Rezeptionsgeschichte von Kraepelins Klassifikation, es finden sich jedoch zwei Hauptthesen zur Entwicklung seiner Nosologie. Die erste besagt, dass sein Konzept eine kontinuierliche Weiterentwicklung von Ideen darstellt, die bereits vor Beginn seiner empirischen Forschung formuliert waren. Auf der Basis dieser vorformulierten Annahmen bezüglich der Krankheitsentität entstand ein selektiver Blick auf die Patienten. Die zweite These postuliert die Entstehung der Klassifikation aufgrund von Kraepelins Beobachtungen und ihre sofortige Akzeptanz durch die Fachwelt, geknüpft an bestimmte Veröffentlichungen Kraepelins.

Anhand der folgenden Ergebnisse, lässt sich eine nur allmähliche Verbreitung gegen anfangs erheblichen Widerstand von Kraepelins Klassifikation in den Jahren zwischen 1893 und 1912 nachvollziehen: Zu Beginn des betrachteten Zeitraums wird seine Klassifikation als Ganzes kritisiert und der Name Dementia praecox an sich abgelehnt. Später wird über sie wie über andere etablierte Krankheiten diskutiert, d.h Symptome zusammengetragen und verglichen und Statistiken aufgestellt. Des Weiteren werden die Diskussionsbemerkungen nach Vorträgen zur Dementia praecox im Lauf der Zeit weniger kritisch, und am Ende überwiegt Zustimmung. Drittens konnte Kraepelins Konzept so erfolgreich werden, weil oft nur Teilaspekte seiner Nosologie (wie die schon lange diskutierte Katatonie) negativ beurteilt und andere Aspekte inhaltlich nicht kritisiert wurden, sowie keine alternative Einteilung vorgelegt wurde.

5.8 Kurzzusammenfassung Englisch

Dementia Praecox as an Example for the Spread of Kraepelin's Nosology in German Psychiatry between 1893 and 1912

This thesis considers the question of how the classification of psychiatric disorders that was newly formulated by the German psychiatrist Emil Kraepelin around 1900 spread through the scientific community directly after its inception. Dementia praecox (which corresponds largely to what is today classified as schizophrenia) was chosen as an example for one aspect of his classification.

The volumes from 1893-1912 of the *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, the official journal of the *Deutscher Verein für Psychiatrie*, served as the main source for this investigation.

The current literature contains two main theses on how Kraepelin's classification developed. The first thesis posits that it developed continuously from ideas that he had already formulated before starting his empirical studies and that these preconceived notions influenced his interpretation of the patients' conditions. In contrast, the second thesis holds that Kraepelin's nosology grew out of his observations and was accepted as an immediate consequence of certain key publications. To date, the literature does not contain a detailed reconstruction of how Kraepelin's ideas were received in the scientific community of the time.

We were able to show that Kraepelin's classification spread only slowly and against considerable initial resistance. As evidence, three main arguments were brought forth: First, early published reactions to Kraepelin's ideas mainly criticize the new classification and the name Dementia praecox itself, while later reactions treat Dementia praecox like any established disease and focus on clinical and statistical aspects. Second, the acceptance of Kraepelin's ideas can be judged by the comments and discussions that talks on Dementia praecox generated. Up until ca. 1900, these talks were met mainly with scepticism, while later talks generated increasingly positive reactions; in some cases, there was no controversial discussion at all. Third, the style in which Kraepelin was criticized shows that even his opponents were not able to find convincing arguments against his framework as a whole but criticized only partial aspects of his nosology (e.g. catatonia, which had been the subject of intense discussion for some time).

Literaturverzeichnis

Die Seitenangaben im Literaturverzeichnis, die mit einem Stern versehen sind, stammen aus dem Literaturteil der *Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie*, der eine jährliche Zusammenstellung der Literatur des Vorjahres darstellt. Auch im Original befindet sich hinter den Seitenzahlen ein Stern.

- [Albrecht 1905] ALBRECHT, Paul: Zur Symptomatologie der Dementia praecox. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1905), Nr. 62, S. 659–686
- [American Psychiatric Association 1980] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3. Auflage. Washington, DC, 1980
- [American Psychiatric Association 1994] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4. Auflage. Washington, DC, 1994
- [Arolt u. a. 2004] AROLT, Volker ; DILLING, Horst ; REIMER, Christian: *Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie*. 5. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York : Springer, 2004
- [Aschaffenburg 1898] ASCHAFFENBURG, Gustav: Die Katatoniefrage. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1898), Nr. 54, S. 1004–1026
- [Aschaffenburg 1901a] ASCHAFFENBURG, Gustav: [Diskussion zu] Klinische Formen der Wochenbettpsychosen. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1901), Nr. 58, S. 487–489
- [Aschaffenburg 1901b] ASCHAFFENBURG, Gustav: Klinische Formen der Wochenbettpsychosen. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1901), Nr. 58, S. 346–349

- [Aschaffenburg und Schüle 1898] ASCHAFFENBURG, Gustav ; SCHÜLE, Heinrich: [Diskussion zu] Die Katatonie / Zur Katatonie-Frage. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1898), Nr. 55, S. 60–67
- [Baller 1911] BALLER, [N.N.]: Spannungsercheinungen am Gefäßsystem und ihre differenzialdiagnostische Verwertbarkeit für die Dementia praecox. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1911), Nr. 68, S. 612–625
- [Bernstein 1903] BERNSTEIN, Alexander: Ueber die Dementia praecox. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1903), Nr. 60, S. 554–570
- [Berrios und Beer 1995] BERRIOS, German ; BEER, Dominic: Unitary Psychosis Concept: Clinical Section. In: G.BERRIOS, R.Porter (Hrsg.): *A History of Clinical Psychiatry*. London : The Athlone Press, 1995, S. 313–335
- [Berrios und Hauser 1988] BERRIOS, German ; HAUSER, Renate: The early Development of Kraepelin's Ideas on Classification. In: *Psychological Medicine* (1988), Nr. 18, S. 813–821
- [Berrios und Hauser 1995] BERRIOS, German ; HAUSER, Renate: Kraepelin: Clinical Section Part II. In: G.BERRIOS, R.Porter (Hrsg.): *A History of Clinical Psychiatry*. 280-291. London : The Athlone Press, 1995
- [Bertschinger 1911] BERTSCHINGER, Hans: Heilungsvorgänge bei Schizophrenen. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1911), Nr. 68, S. 209–222
- [Binswanger u. a. 1904] BINSWANGER, Otto ; SIEMERLING, Ernst ; CRAMER, August ; WESTPHAL, Alexander ; HOCHÉ, Alfred ; WOLLENBERG, Robert: Lehrbuch der Psychiatrie. Jena : Fischer, 1904
- [Binswanger u. a. 1911] BINSWANGER, Otto ; SIEMERLING, Ernst ; CRAMER, August ; WESTPHAL, Alexander ; HOCHÉ, Alfred ; WOLLENBERG, Robert: Lehrbuch der Psychiatrie. 3. Auflage. Jena : Fischer, 1911

- [Blashfield 1984] BLASHFIELD, Roger: *The Classification of Psychopathology - Neo-Kraepelinian and Quantitative Approaches*. New York, London : Plenum Press, 1984
- [Bleuler 1908] BLEULER, Eugen: Die Prognose der Dementia praecox (Schizophreniegruppe). In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1908), Nr. 65, S. 436–464
- [Bleuler 1911] BLEULER, Eugen: *Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig, Wien : Deuticke, 1911
- [Brunn 1925] BRUNN, Walter v.: *Das deutsche Medizinische Zeitschriftenwesen seit der Mitte des 19. Jahrhunderts*. Berlin : Idra, 1925
- [Damerow 1841] DAMEROW, Heinrich: P[ro] m[emoriam] An Deutschlands Irrenärzte. In: *Medizinische Zeitung* (1841), Nr. 10, S. 33–41
- [Daraszkievicz 1892] DARASZKIEWICZ, Leon: *Ueber Hebephrenie, insbesondere deren schwere Form*. Dorpat, Dissertation, 1892
- [Dörner 1995] DÖRNER, Klaus: *Bürger und Irre*. 3. Auflage. Hamburg : Europäische Verlagsanstalt, 1995
- [Engstrom 2000] ENGSTROM, Eric ; W.BURGMAIR, M.Weber (Hrsg.): *Emil Kraepelin „Persönliches“ Selbstzeugnisse*. M. Farin, Belleville Verlag, 2000
- [Engstrom 2003] ENGSTROM, Eric: *Clinical Psychiatry in Imperial Germany. A History of Psychiatric Practice*. Ithaca, London : Cornell University Press, 2003
- [Eppelbaum 1911] EPPELBAUM, Vera: Zur Psychologie der Aussage bei der Dementia praecox (Schizophrenie). In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1911), Nr. 68, S. 763–798
- [Grabe 1904] GRABE, Eduard v.: Ein Fall von episodischer Katatonie bei Paranoia. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1904), Nr. 61, S. 40–57

- [Hecker 1871] HECKER, Ewald: Die Hebephrenie. In: *Virchows Archiv* (1871), Nr. 52, S. 394–429
- [Heilemann 1910] HEILEMANN, [N.N.]: Blutuntersuchungen bei Dementia praecox. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1910), Nr. 67, S. 414–419
- [Hoche 1904a] HOCHÉ, Alfred: [Diskussion zu] Über die Einteilung und Benennung der Psychosen mit Rücksicht auf die Anforderungen der ärztlichen Prüfung. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1904), Nr. 61, S. 737–740
- [Hoche 1904b] HOCHÉ, Alfred: Eintheilung und Benennung der Psychosen mit Rücksicht auf die Anforderungen der ärztlichen Prüfung. In: *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* (1904), Nr. 38, S. 1070–1080
- [Hoche 1906] HOCHÉ, Alfred: Kritisches zur psychiatrischen Formenlehre. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1906), Nr. 63, S. 559–563
- [Hoche 1912] HOCHÉ, Alfred: Die Bedeutung der Symptomkomplexe in der Psychiatrie, besonders im Hinblick auf das manisch-depressive Irresein. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1912), Nr. 69, S. 699–713
- [Hoche und Binding 1920] HOCHÉ, Alfred ; BINDING, Karl: *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form.* Leipzig : Meiner, 1920
- [Hoenig 1995] HOENIG, Johannes: Schizophrenia: Clinical Section. In: G.BERRIOS, R.Porter (Hrsg.): *A History of Clinical Psychiatry.* London : The Athlone Press, 1995, S. 336–348
- [Hoff 1995a] HOFF, Paul: *Emil Kraepelin und die Psychiatrie als klinische Wissenschaft. Ein Beitrag zum Selbstverständnis psychiatrischer Forschung.* Berlin, Heidelberg, New York : Springer, 1995 (Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie 73)

- [Hoff 1995b] HOFF, Paul: Kraepelin: Clinical Section-Part I. In: G.BERRIOS, R.Porter (Hrsg.): *A History of Clinical Psychiatry*. London : Athlone, 1995, S. 261–279
- [Howells 1991] HOWELLS, J. G. (Hrsg.): *The Concept of Schizophrenia: Historical Perspectives*. Washington, DC : American Psychiatric Press, 1991
- [Hüfler 1908] HÜFLER, Emil: Über die katatonischen Anfälle. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1908), Nr. 65, S. 469–470
- [Ilberg 1898] ILBERG, Georg: Die Bedeutung der Katatonie. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1898), Nr. 54, S. 417–426
- [Index Biographique Français 1998] INDEX BIOGRAPHIQUE FRANÇAIS: *Französischer Biographischer Index*. 2. Auflage. München : Saur, 1998
- [Jahrmärker 1908] JAHRMÄRKER, Maximilian: Endzustände der Dementia praecox. In: *Zentralblatt für Nervenheilkunde* (1908), Nr. 19 N.F., S. 489–497
- [Jahrmärker und Bleuler 1908] JAHRMÄRKER, Maximilian ; BLEULER, Eugen: [Diskussion zu] Endzustände der Dementia praecox. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1908), Nr. 65, S. 470–480
- [Kahlbaum 1874] KAHLBAUM, Karl L.: *Die Katatonie oder das Spannungsirresein*. Berlin : Hirschwald, 1874
- [Kaiser 1901a] KAISER, Otto: Beiträge zur Differentialdiagnose der Hysterie und Katatonie I. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1901), Nr. 58, S. 957–969
- [Kaiser 1901b] KAISER, Otto: Beiträge zur Differentialdiagnose der Hysterie und Katatonie II. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1901), Nr. 58, S. 1126–1159

- [Kaiser 1902] KAISER, Otto: Beiträge zur Differentialdiagnose der Hysterie und Katatonie III. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1902), Nr. 59, S. 66–83
- [Keil 1985] KEIL, Gundlof: Deutsche psychiatrische Zeitschriften des 19. Jahrhunderts. In: G.NISSEN, G.Keil (Hrsg.): *Psychiatrie auf dem Wege zur Wissenschaft. Psychiatrie-historisches Symposium anlässlich des 90. Jahrestages der Eröffnung der "Psychiatrischen Klinik der Königlichen Universität Würzburg"*. Stuttgart, New York : Thieme, 1985, S. 28–35
- [Kendler und Porter 1995] KENDLER, Kenneth ; PORTER, Roy: Delusional Disorder - Clinical Section. In: G.BERRIOS (Hrsg.): *A History of Clinical Psychiatry. The Origin and History of Psychiatric Disorders*. London : Athlone, 1995, S. 360–371
- [Kirchhoff 1924] KIRCHHOFF, Theodor: *Deutsche Irrenärzte. Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens*. Bd. II. Berlin : Springer, 1924
- [Kirn 1897] KIRN, Ludwig: [Rezension] Kraepelin, Psychiatrie, ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte; 5. Auflage. (1897), Nr. 53, S. 429–430
- [Klipstein 1906a] KLIPSTEIN, [N.N.]: [Diskussion zu] Über die hebephrenischen Formen der Dementia praecox Kraepelins. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1906), Nr. 63, S. 759–760
- [Klipstein 1906b] KLIPSTEIN, [N.N.]: Über die hebephrenischen Formen der Dementia praecox Kraepelins. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1906), Nr. 63, S. 512–540
- [Kölpin 1908] KÖLPIN, Otto: Über Dementia praecox, insbesondere die paranoide Form. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1908), Nr. 65, S. 1–17
- [Korsakow 1893] KORSAKOW, Sergej: *Lehrbuch der Psychiatrie*. Moskau, 1893

- [Kraepelin 1883] KRAEPELIN, Emil: *Compendium der Psychiatrie*. Leipzig : Abel, 1883
- [Kraepelin 1887] KRAEPELIN, Emil: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*. 2. Auflage. Leipzig : Abel, 1887
- [Kraepelin 1893] KRAEPELIN, Emil: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*. 4. Auflage. Leipzig : Abel, 1893
- [Kraepelin 1896a] KRAEPELIN, Emil: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*. 5. Auflage. Leipzig : Barth, 1896
- [Kraepelin 1896b] KRAEPELIN, Emil: Ueber Remissionen bei Katatonie. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1896), Nr. 52, S. 1126–1127
- [Kraepelin 1897] KRAEPELIN, Emil: Ziele und Wege der klinischen Psychiatrie. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1897), Nr. 53, S. 840–848
- [Kraepelin 1899a] KRAEPELIN, Emil: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*. 6. Auflage. Leipzig : Barth, 1899
- [Kraepelin 1899b] KRAEPELIN, Emil: Zur Diagnose und Prognose der Dementia praecox. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1899), Nr. 56, S. 254–263
- [Kraepelin 1901] KRAEPELIN, Emil: III. Vorlesung. Die Dementia praecox. In: *Einführung in die Psychiatrische Klinik*. 1. Auflage. Leipzig : Barthel, 1901, S. 21–31
- [Kraepelin 1903] KRAEPELIN, Emil: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Bd. I Allgemeine Psychiatrie. 7. Auflage. Leipzig : Barth, 1903
- [Kraepelin 1905a] KRAEPELIN, Emil: [Diskussion zu] Fragestellung der klinischen Psychiatrie. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1905), Nr. 62, S. 845–848

- [Kraepelin 1905b] KRAEPELIN, Emil: Fragestellungen der klinischen Psychiatrie. In: *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie* (1905), Nr. 16, N.F., S. 573–590
- [Kraepelin 1913] KRAEPELIN, Emil: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Bd. III Klinische Psychiatrie, II. Teil. 8. Auflage. Leipzig : Barth, 1913
- [Kraepelin 1983] KRAEPELIN, Emil ; H. HIPPIUS, D.Ploog (Hrsg.): *Lebenserinnerungen*. Berlin : Springer, 1983
- [Kraepelin und Lange 1927] KRAEPELIN, Emil ; LANGE, Johannes: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. 9. Auflage. Leipzig : Barth, 1927
- [Kreuter 1996] KREUTER, Alma: *Deutschsprachige Neurologen und Psychiater: ein biographisch-bibliographisches Lexikon von den Vorläufern bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts*. München, New Providence, London, Paris : Saur, 1996
- [Laehr 1894] LAEHR, Heinrich: Ein Blick rückwärts. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1894), Nr. 50, S. 3–30
- [Leibbrand und Wettley 1961] LEIBBRAND, Werner ; WETTLEY, Annemarie: *Der Wahnsinn. Geschichte der Abendländischen Psychopathologie*. Freiburg : Alber, 1961
- [Löwenstein 1908] LÖWENSTEIN, Kurt: Beitrag zur Differential-Diagnose des katatonischen und hysterischen Stupors. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1908), Nr. 65, S. 790–813
- [Lückerath 1911] LÜCKERATH, Maximilian: Zur Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und Hysterie. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1911), Nr. 68, S. 312–329
- [Marx 1972] MARX, Otto: Wilhelm Griesinger and the History of Psychiatry. In: *Bulletin of the History of Medicine* (1972), Nr. 46, S. 519–544

- [Mayer-Groß 1929] MAYER-GROSS, Willy: Die Entwicklung der klinischen Anschauungen Kraepelins. In: *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* (1929), Nr. 87, S. 30–42
- [Meyer 1901] MEYER, Emil: Zur Klinik der Puerperalpsychosen. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1901), Nr. 58, S. 700–706
- [Meyer 1908] MEYER, Emil: Zur Prognose der Dementia praecox. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1908), Nr. 65, S. 467–469
- [Morel 1852] MOREL, Bénédicte A.: *Etudes Clinique: Traité Théorétique et Pratique des Maladies Mentales*. Paris : Masson, 1852
- [Mucha 1898] MUCHA, [N.N.]: Beiträge zur Kenntnis der Katatonie. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1898), Nr. 55, S. 429–439
- [Peters 1991] PETERS, Uwe: The German Classical Concept of Schizophrenia. In: J.G. HOWELLS (Hrsg.): *The Concept of Schizophrenia: Historical Perspectives*. 1. Auflage. Washington : American Psychiatric Press, Inc., 1991, S. 62–73
- [Raecke 1908] RAECKE, Julius: Zur Prognose der Katatonie. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1908), Nr. 65, S. 464–467
- [Roelcke 1996] ROELCKE, Volker: Die Wissenschaftliche Vermessung der Geisteskrankheiten. Emil Kraepelins Lehre von den endogenen Psychosen. In: H. SCHOTT (Hrsg.): *Meilensteine der Medizin*. Dortmund : Harenberg, 1996, S. 389–395
- [Roelcke 1999a] ROELCKE, Volker: Laborwissenschaft und Psychiatrie. Prämissen und Implikationen bei Emil Kraepelins Neuformulierung der psychiatrischen Krankheitslehre. In: C. GRADMANN, T.Schlich (Hrsg.): *Strategien der Kausalität. Konzepte der Krankheitsverursachung im 19. und 20. Jahrhundert*. Pfaffenweiler : Centaurus, 1999, S. 93–116
- [Roelcke 1999b] ROELCKE, Volker: Quantifizierung, Klassifikation, Epidemiologie: Normierungsversuche des Psychischen bei Emil Kraepelin. In: W. SOHN, H.Mertens (Hrsg.): *Normalität und Abweichung*. Opladen : Westdeutscher Verlag, 1999, S. 183–200

- [Roelcke 2000] ROELCKE, Volker: Naturgegebene Realität oder Konstrukt? Die Debatte über die „Natur“ der Schizophrenie, 1906 bis 1932. In: *Fundamenta Psychiatrica* (2000), Nr. 14, S. 44–54
- [Roelcke 2002] ROELCKE, Volker: Die Entwicklung der Psychiatrie zwischen 1880 und 1932. In: R.v.BRUCH, B.Kaderas (Hrsg.): *Wissenschaften und Wissenschaftspolitik*. Stuttgart : Steiner, 2002, S. 109–124
- [Roelcke 2003] ROELCKE, Volker: Unterwegs zur Psychiatrie als Wissenschaft: Das Projekt einer „Irrenstatistik“ und Emil Kraepelins Neuformulierung der psychiatrischen Klassifikation. In: E.ENGSTROM, V.Roelcke (Hrsg.): *Psychiatrie im 19.Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum*. Basel : Schwabe, 2003 (Medizinische Forschung 13), S. 169–188
- [R[ote 1894] R[OTE, Adolf v.: [Rezension] Korsakow, S. S.: Lehrbuch der Psychiatrie. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1894), Nr. 50, S. 766–770
- [Saiz 1911] SAIZ, Georg: Dementia praecox und Paranoia hallucinatoria chronica. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1911), Nr. 68, S. 444–481
- [Sammet 2000] SAMMET, Kai: „Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland“. *Wilhelm Griesinger im Streit mit der konservativen Anstaltspsychiatrie 1865-1868*. Münster, Hamburg, London : Lit, 2000
- [Schimmelpenning 1998] SCHIMMELPENNING, Gustav: Alfred Hoche. In: H.SCHLIACK, H.Hippius (Hrsg.): *Nervenärzte, Biographien*. Stuttgart, New York : Thieme, 1998, S. 21–29
- [Schindler 1990] SCHINDLER, Thomas-Peter: *Psychiatrie im Wilhelminischen Deutschland*, Institut für Geschichte der Medizin der Freien Universität Berlin, Medizinische Fakultät, Dissertation, 1990

- [Scholz 1897] SCHOLZ, Ludwig: Ueber Pubertätsschwachsinn. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1897), Nr. 53, S. 912–932
- [Schott 1905] SCHOTT, August: Beitrag zur Lehre von der katatonischen Verrücktheit. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1905), Nr. 62, S. 257–284
- [Schüle 1898] SCHÜLE, Heinrich: Zur Katatonie-Frage. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1898), Nr. 54, S. 515–552
- [Schüle 1901] SCHÜLE, Heinrich: Klinische Beiträge zur Katatonie. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1901), Nr. 58, S. 221–242
- [S[nell 1894] S[NELL, Otto]: [Rezension] Kraepelin, Emil: Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Aerzte - Vierte, vollständig umgearbeitete Auflage. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1894), Nr. 40, S. 66*
- [Snell 1900] SNELL, Otto: [Rezension] Kraepelin, Emil: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte - Sechste vollständig umgearbeitete Auflage. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1900), Nr. 57, S. 60*
- [Thomsen 1907] THOMSEN, Robert: Dementia praecox und manisch-depressives Irresein. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1907), Nr. 64, S. 631–654
- [Tölle 1999] TÖLLE, Rainer: *Psychiatrie einschließlich Psychotherapie*. 12. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York : Springer, 1999
- [Tomaschny und Meyer 1909] TOMASCHNY, [N.N.] ; MEYER, Emil: Die körperlichen Erscheinungen bei Dementia praecox. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1909), Nr. 66, S. 845–883
- [Tuczek 1903] TUCZEK, Franz: Ueber Begriff und Bedeutung der Dementia. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1903), Nr. 60, S. 942–957

- [Weber und Engstrom 1997] WEBER, Matthias ; ENGSTROM, Eric: Kraepelin's Diagnostic Cards. The Confluence of Empirical Research and Preconceived Categories. In: *History of Psychiatry* (1997), Nr. 8, S. 375–385
- [Weltgesundheitsorganisation 1999] WELTGESUNDHEITSORGANISATION: Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien. In: *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Übersetzung: H. Dilling*. 3. Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle : Huber, 1999
- [Wilmanns 1907] WILMANN, Karl: Über die Differentialdiagnose der "funktionellen Psychosen". In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1907), Nr. 64, S. 682–686
- [Wolfsohn 1907] WOLFSOHN, Ryssia: Zur Heredität bei Dementia praecox. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1907), Nr. 64, S. 347–362
- [Zablocka 1908] ZABLOCKA, Marie-Emma: Zur Prognosestellung bei der Dementia praecox. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1908), Nr. 65, S. 319–339