

Vorwort

Die vorliegende Sammlung von Beiträgen klinisch tätiger Psychiater und Medizinhistorikern zur Entwicklungsgeschichte der Psychiatrie im 19. Jahrhundert beruht auf seit einigen Jahren intensiver gewordenen Bemühungen um die Förderung des historischen Problembewußtseins und einer angemessenen Traditionspflege im Fachgebiet der Psychiatrie. Wesentlich getragen und koordiniert werden diese von einer großen Zahl von Fachvertretern mit Interesse verfolgten Aktivitäten durch die im Jahre 1977 gegründete Arbeitsgemeinschaft „Geschichte der Psychiatrie und Neurologie“ der Gesellschaft für Geschichte der Medizin in der DDR, die auch in hervorragender Weise durch die Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie unseres Landes Unterstützung erfährt. Nach einer Reihe inzwischen durchgeführter Arbeitstagungen, die zumeist in enger Zusammenarbeit mit großen klinischen Einrichtungen (Bernburg, Brandenburg, Berlin-Herzberge) gestaltet werden konnten, war es auch möglich, spezielle Themen eingehender zu verfolgen und in Studien einmünden zu lassen, die das bisherige Gesamtbild der Fachentwicklung im 19. Jahrhundert bereichern, differenzierter gestalten und in Teilfragen auch korrigieren. Soweit es möglich war, sind neben den jeweils speziellen Themen gewidmeten Originalarbeiten auch bereits schwer zugängliche historische Dokumente (Anstaltsregulative, Behandlungsprogramme u. a.) in das Büchlein aufgenommen worden, die der Veranschaulichung zeitgenössischer Formen des Umgangs mit den Geisteskranken dienen und zugleich den historisch interessierten Leser anregen sollen, ähnliche Materialien zu bewahren und besser einzuordnen. Erfreulicherweise war es auch möglich, Psychiater und Medizinhistoriker des Auslandes für die Tätigkeit der Arbeitsgemeinschaft zu interessieren und an der Gestaltung einiger Tagungen unmittelbar mitwirken zu lassen. Einige von ihnen haben sich entschlossen, eigene Arbeiten für dieses Buch mit zur Verfügung zu stellen, wofür ihnen auch an dieser Stelle herzlich gedankt wird.

Um die für die thematisch doch recht unterschiedlichen Einzelbeiträge letzten Endes orientierend wirkenden Ideen deutlicher hervortreten zu lassen und übergreifende Aspekte des historischen Prozesses mit zur Darstellung zu bringen, ist in einem etwas umfangreicher gestalteten Einführungsbeitrag versucht worden, Grundtendenzen der Psychiatrieentwicklung im 19. Jahrhundert herauszuarbeiten. Die in diesem Übersichtsbeitrag versuchten Wertungen lehnen sich eng an die von der Arbeitsgemeinschaft beratenen und akzeptierten Thesen zur Entwicklung des Fachgebietes im 19. Jahrhundert an, die der erstmals gebildeten Sektion „Geschichte der Psychiatrie“ des 3. Symposiums der Psychiater sozialistischer Länder im Mai 1982 in Leipzig zur Diskussion vorgelegt werden konnten. Dem Leser wird es hoffentlich auf der Grundlage sowohl dieser Übersichtsarbeit, als auch der speziellen Studien, möglich werden, das 19. Jahrhundert als eine Zeit zu erfassen, in der entscheidende Weichen für die Fachgebietenentwicklung bis zur Gegenwart hin gestellt worden sind und in der auch Widersprüche im Umgang mit dem psychisch Kranken entstanden, deren optimale Lösung wohl auch heute noch nicht immer erfolgt sein dürfte. Dabei waren sich alle Autoren einig in dem Bestreben, sowohl humanistisches Erbe gebührend zu achten und für das Bewußtsein der heutigen Generationen von Fachvertretern lebendig zu halten, als auch Problematisches und Betroffen-Machendes aufzuzeigen, um das Nachdenken im Sinne einer kritischen Absetzung von der Geschichte zu fördern.

Die nach wie vor schwierige Frage, wieweit historisches Wissen und historische Besinnung heutige Entscheidungen und Einstellungen des Fachwissenschaftlers sinnvoll beeinflussen sollen und können, kann auch an dieser Stelle nicht mit einer These oder einer apodiktischen Forderung geklärt werden. Vieles hängt davon ab, wieweit historisches Wissen objektiv und hinreichend komplex gestaltet ist, vieles aber auch davon, welche Denkstile und Motivationen durch die heutigen Ausbildungsbedingungen und Praxisanforderungen vordergründig hervorgerufen werden. Die Geschichte lehrt nur den etwas, der aus ihr lernen will, und sie tut es selbst in diesem Falle nur dann, wenn über die vielgestaltigen Verbindungen von Geschichtlichem und Gegenwärtigen eigenständig nachgedacht wird. Die Resonanz und die aufgeschlossene Bereitschaft zu diesem Nachdenken, die uns bei Gelegenheit der verschiedenen Tagungen unserer Arbeitsgemeinschaft und bei vielen anderen wissenschaftlichen Veranstaltungen bisher begegnet sind, lassen uns hoffen, daß der Kreis der zur

historischen Besinnung bereiten Kollegen hinreichend groß ist, um diesem Buch einen interessierten Leserkreis zu sichern.

Wenn es darüber hinaus weitere Wissenschaftler anregen kann, eigene Beiträge zur psychiatriehistorischen Forschung und zur Traditionspflege im Fachgebiet beizusteuern, wäre der Lohn der Mühe für das Autorenkollektiv groß und ermutigend.

Achim Thom

[11]

Erscheinungsformen und Widersprüche des Weges der Psychiatrie zu einer medizinischen Disziplin im 19. Jahrhundert

Achim Thom

Wenn im folgenden Beitrag über Wesensmerkmale der Psychiatrieentwicklung im 19. Jahrhundert gesprochen werden soll, so wird die „Medizinalisierung“ der psychiatrischen Theorie und Praxis als bedeutendster Prozeß hervorgehoben werden müssen. Das 19. Jahrhundert ist die Epoche, in der praktisch alle wesentlichen Grundlagen für die Formierung der Psychiatrie als einer medizinischen Disziplin gelegt werden. Es ist die Periode, in der sich einerseits ein spezielles medizinisch-ärztliches System zur Betreuung und Behandlung psychisch Kranker herausbildet. Andererseits ist es die Epoche, in der die Wissenschaft „Psychiatrie“ als theoretisches System und als soziale Institution entsteht.

Bevor auf einige wesentliche Entwicklungen in der psychiatrischen Praxis und Theorie in den beiden nachfolgenden Hauptabschnitten eingegangen werden soll, bedarf der Begriff „Medizinalisierung“ einer Erläuterung. „Medizinisch“ meint zu Beginn des 19. Jahrhunderts etwas fast völlig anderes als zum Ausgang dieser Epoche. „Medizinisch“ heißt für die Psychiatrie des ausgehenden 19. Jahrhunderts extrem reduktionistische Verkürzung der Totalität des psychisch gestörten Menschen auf die pathobiologische Substratebene. Es heißt auch, daß nur die Haltung des distanzierten Beobachters, sein Streben um Objektivität bei der Erkenntnis des psychisch gestörten Menschen (eines Subjektes!), die einzig angemessene Haltung im Umgang mit dem Untersuchungsgegenstand der Wissenschaft Psychiatrie bildet. Durch dieses ausschließlich an den Naturwissenschaften orientierte Vorgehen verfälscht der Psychiater des ausgehenden 19. Jahrhunderts die gesellschaftlichen Anteile im Bedingungsgefüge psychischen Krankseins zu einem Naturprozeß. In dieser Skotomisierung bezogen auf den sozialen Aspekt findet die Rolle des „neutralen“, des „wertfreien“ Wissenschaftlers, der mit aus dem sozialen Bedingungsgefüge isolierten Objekten arbeitet, ihr Pendant. Die Psychiater des ausgehenden 19. Jahrhunderts übernehmen die Rolle „nützlicher und unverantwortlicher Fachleute, deren Wissen bruchlos in den Verwertungszusammenhang des Systems sich integrieren läßt“¹.

Die Medizinalisierung der Psychiatrie zu Beginn des 19. Jahrhunderts vollzieht sich unter einem anderen Begriff von Medizin. In der ersten Etappe der disziplinären Begründung der Psychiatrie meint „medizinisch“ eine umfassende anthropologische Herangehensweise, die psychosoziales ebenso beinhaltet wie biologisches. Die Medizin allgemein und in besonderem Maße die Psychiatrie verstehen sich zu Anfang des 19. Jahrhunderts als eine universelle Wissenschaft, in der geistes-, sozial- und naturwissenschaftliche Elemente bis zur Untrennbarkeit miteinander verwoben sind. Anders als für [12] den „Hirn-Psychiater“ des späten 19. Jahrhunderts ist für den „Anthropologen-Psychiater“ des frühen 19. Jahrhunderts Medizin beispielsweise auch immer Sozialmedizin.

In einen breiteren Rahmen gestellt ist die Herausbildung der vereinseitigend naturwissenschaftlichen Psychiatrie der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts Spalt- und Splitterprodukt der Auflösung der Einheit der Wissenschaften in der Seite aus dann sukzessive durchgesetzte Sicherung einer Monopolstellung der Ärzte bei der Wahrnehmung der genannten Aufgaben. Dabei ist jedoch zu bedenken, daß die Medizin gerade im 19. Jahrhundert selbst eine dynamische und folgenreiche Entwicklung durchläuft, die von einer zunächst noch stark ganzheitlichen Sicht ihres Objektes zu einer von der Dominanz der naturwissenschaftlichen Forschung geprägten eingeeengten Auffassung des vom Menschen als Person losgelösten Krankheitsgeschehens führt. In den Anfangsjahrzehnten des 19. Jahrhunderts sind deshalb die Folgen der Inbesitznahme der Praxis der Irrenbehandlung durch die Medizin von anderer Art als etwa in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts. Wer diese Unterschiede beachtet, wird auch die Folgewirkungen der „Medizinalisierung“ der Psychiatrie für die psychisch Kranken selbst in verschiedenen Etappen dieses Prozesses unterschiedlich bewerten – auf jeden Fall aber davor bewahrt bleiben, das historische Geschehen mit den Maßstäben der Medizin von heute zu beurteilen und deshalb als schlechthin und unbedingt progressiv anzusehen. Die Vielschichtigkeit und auch Widersprüchlichkeit aller dieser komplizierten Vorgänge wird erst faßbar, wenn wenigstens besonders

¹ Jetter, D.: Grundzüge der Geschichte des Irrenhauses. Darmstadt 1981.

charakteristische Entwicklungen auch im Detail gesehen und bedacht werden. Zunächst soll deshalb versucht werden, wichtige Seiten der Formierung einer medizinischen Praxis der Betreuung psychisch Kranker darzustellen.

Grundzüge der Formierung eines medizinischen Betreuungssystems psychisch Kranker

Erste Ansätze zu einem „medizinischen“ System in der Betreuung psychisch Kranker entwickeln sich zwischen 1750 und 1850 in den ökonomisch fortgeschritteneren Ländern Europas und an der nordamerikanischen Atlantikküste. Als charakteristische Merkmale dieses neuen „medizinischen“ Systems zur Betreuung psychisch Kranker können nach dem bisherigen Stand der Forschung folgende gelten:

Es entsteht als unmittelbare Folge der Herausbildung kapitalistischer Produktions- und Verkehrsformen und deshalb in verschiedenen Ländern zu unterschiedlichen Zeiten in Abhängigkeit von deren sozialökonomischen und politischen Bedingungen;

Es entsteht vor allem als soziales Instrument zur Betreuung und Versorgung des „armen“ Irren; wobei dieser soziale Auftrag besondere strukturelle und inhaltliche Eigenarten der Betreuungspraxis hervorbringt, die z. T. zu den spezifisch ärztlichen Intentionen der „medizinisch“-therapeutischen Einflußnahme in Widerspruch geraten;

[13] Es wird als eine soziale Institution zur Regelung drängender sozialer Probleme in starkem Maße von staatlichen Lenkungs- und Kontrollmaßnahmen beeinflusst und unterliegt in vielen Seiten seiner Ausgestaltung administrativen Erfordernissen bzw. juristischen Regelungen.

Es entsteht als eine soziale Institution von vornherein und durchgehend unter dem in sich widerspruchsvollen Auftrag Kranke sowohl zu verwahren, zu separieren, als auch zu heilen, zu reintegrieren. Erst in einem spannungsvollen Auseinandersetzungsprozeß zwischen diesen Orientierungen wird der kurativ-medizinische Ansatz der Psychiatrie allmählich dominierend, ohne jedoch den „Verwahrung“-Auftrag und dessen repressiven Inhalt aus der Gesamtgestalt dieses Versorgungssystems verdrängen zu können. Zeitweilig entsteht sogar die paradoxe Situation, daß eine in ihrem Selbstverständnis und Anspruch bereits „medizinalisierte“ Psychiatrie in ihrer Praxis fast ausschließlich Verwahrungspsychiatrie ist. Dieser Widerspruch zwischen rehabilitativem, reintegrativem, kurativem Anspruch und repressiver Verwahrungspraxis kennzeichnet die Psychiatrie zu Ausgang des 19. Jahrhundert in besonders krasser Form.

Um die qualitativ neuen Merkmale des der Entstehung der Psychiatrie als Wissenschaft unmittelbar vorausgehenden Systems der Irrenbehandlung sichtbar zu machen, bedarf es einen knappen Rückblicks auf die vorhergehende Entwicklungsetappe zwischen 1650 und 1750 bis 1800. In diesem letztgenannten Zeitraum sind die psychisch Kranken und die hochgradig geistig Behinderten Objekt überlieferter caritativ-kirchlicher oder neuentstehender städtisch-staatlich organisierter Formen der Armenbetreuung, in denen „arme Irre“ als eine neben vielen anderen Gruppen von Hilfsbedürftigen (Waisen, Invaliden, Obdachlosen, hilflosen alten Menschen) unter dem Aspekt eines sozialen Fürsorgeauftrags ein in der Regel bescheidenes Maß an Lebenshilfe erhalten. Sie werden jedoch noch nicht als Kranke mit besonderen Behandlungserfordernissen gesehen. Die speziellen Formen dieser Armenfürsorge sind dabei sehr verschieden und von den ökonomischen Gegebenheiten ebenso abhängig, wie von kulturellen und religiösen Traditionen. In Ländern mit einer ungebrochenen katholischen Tradition (Spanien, Österreich, Polen) sind es vor allem Klöster und von Ordensgemeinschaften geschaffene Hospitäler, die neben anderen Hilfsbedürftigen eben auch Irre aufnehmen und betreuen. Vereinzelt treten dabei Spezialisierungen auf. In den Ländern der Habsburger Monarchie, in Frankreich und in Polen sind es die „Barmherzigen Brüder“ die große spezialisierte Hospitäler betreiben. Diese „Spezialisierung“ ist aber nicht als Ausdruck einer „Medizinalisierung“ der Irrenversorgung anzusehen. Die Mitwirkung akademisch ausgebildeter Ärzte in diesen Einrichtungen ist eine seltene Ausnahme. Als Pendant dazu können die in feudalabsolutistischen Staaten mit einer protestantischen Tradition entstehenden staatlich organisierten Systeme der Armen- und Invalidenversorgung gelten. In Preußen beispielsweise funktioniert ein solches System mit einer zentralistischen

Verwaltung vor allem durch die Einrichtung von Armen- und Siechenhäusern in den Gemeinden, in anderen Staaten [14] spielen überregionale Spitäler eine größere Rolle. Für unruhige Kranke und solche mit begleitenden ernsthaften körperlichen Erkrankungen wurden dabei in vielen Fällen auch schon gesonderte Abteilungen an allgemeinen Hospitälern eingerichtet, die jedoch zumeist keine spezielle Behandlung der psychischen Erkrankung selbst ermöglichen und die in der Regel auch die schlechtesten Betreuungsbedingungen aufweisen. Die problematischen Auswirkungen dieser Einordnung des Problems der Irrenbetreuung in die Armenversorgung wurden in radikaler Form dann dort sichtbar, wo infolge der rasch voranschreitenden kapitalistischen Industrialisierung mit einem hohen Maß an Auflösung der tradierten sozialen Strukturen der Großfamilien und der Dorfgemeinschaften eine massenhafte Verelendung auftrat. In diesem vor allem in England und bald darauf auch in Frankreich einsetzenden Geschehen wurde die rasch wachsende Zahl sozial Entwurzelter (zu denen nun auch weitaus häufiger als früher von ihren Familien im Stich gelassene Irre gehörten) zu einer die öffentliche Ordnung gefährdenden Problemgruppe, der mit einer Menge restriktiver staatlicher Maßnahmen zu begegnen versucht wurde. Man sucht mit Ausweisung und Vertreibung, mit dem Verbot der Bettelei und schließlich auch mit dem Mittel der zwangsweisen Asylisierung (*lettre de chachet*) dem Problem Herr zu werden. Nach den inzwischen vorliegenden detaillierteren Darstellungen dieses Prozesses durch Dörner², Foucault³ u. a. Autoren tauchen die ersten Vorschriften zur Errichtung von „houses of correction“ in England bereits 1575 auf, entstehen dort zwischen 1700 und 1800 vor allem in Regionen mit ausgeprägtem industriellem Aufschwung mehr als 120 „workhouses“, wurden 1656 in Frankreich die ersten großen „hospiteaux generals“ gegründet und entstehen 1650 in Holland und in anderen Staaten große Zuchthäuser. Alle haben den gleichen Auftrag: die Gesellschaft von diesen störenden Gruppen zu betreuen und deren Mitglieder zu arbeitsfähigen und die sozialen Normen einhaltenden Personen zu disziplinieren. Selbst in Ländern, die den Aufschwung der neuen Produktionsweise nur begrenzt erleben und von feudal-absolutistischen Regierungsformen beherrscht bleiben, wie etwa im Kurfürstentum Sachsen, entwickelt sich dieses repressive Verwahrungssystem überraschend schnell, wovon die Errichtung eines städtischen Zucht-, Waisen- und Armenhauses in Leipzig im Jahre 1668, dessen repräsentativer Neubau bereits 1701, die Einrichtung einer großen Anstalt in Waldheim 1709 (Abb. 1) und die Schaffung einer weiteren derartigen Institution im Jahre 1771 im Schloß Hartenfels zu Torgau zeugen⁴.

Die unmittelbare Folge dieser Verschärfung restriktiver Elemente in den sozialen Strategien zur Beherrschung der gesellschaftsstörenden Formen der Armut bestand für die psychisch Kranken und geistig Behinderten in einer verstärkten Anwendung von Zwangsmaßnahmen, da diese Gruppe den strengen Forderungen nach Disziplin und regelmäßiger Arbeitsleistung am wenigsten nachzukommen imstande war. Die mehr mittelbare Folge dieser neuen Praxis einer massenhaften undifferenzierten Asylisierung kann darin gesehen werden, daß das Phänomen der psychischen Krankheit dem speziellen Interesse der Medizin noch für einen längeren Zeitraum entzogen wurde. Dies [15] währte jedenfalls solange, als sich ärztliche Tätigkeit in diesen verschiedenen „Zucht“-Anstalten auf die Behandlung besonders gravierender körperlicher Erkrankungen und eine gewisse hygienische Aufsicht beschränkte und zumeist nur nebenbei von einer kleinen Zahl beamteter Ärzte wahrgenommen wurde. Obwohl die extremen und harten Formen einer solchen ausgrenzend-asylierenden Irrenverwahrung nicht überall in gleicher Weise wirksam geworden sind, kann dieser Trend zur Abdrängung des Irrenproblems in das Feld der sozialen Fürsorge, der Armen- und Sicherheitspolitik für den Zeitraum bis etwa 1750 in den ökonomisch entwickelten Ländern, für die Zeit bis etwa 1800 in den Staaten mit noch vorwiegend feudalen Produktionsverhältnissen als dominierend angesehen werden. Eine eigentliche psychiatrische Praxis, die den psychisch Kranken in seiner Sonderstellung für die Medizin und für die Gesellschaft wieder sichtbar werden läßt, beginnt sich erst dann und dort herauszubilden, wo sich Ärzte, Pädagogen, Juristen, Philosophen und Theologen, beunruhigt durch die Ineffizienz bisheriger Versuche zur Einflußnahme und durch die inhumanen Existenzbedingungen der

² Dörner, K.: Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt/M. 1969.

³ Foucault, M.: Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt/M. 1969.

⁴ Trenckmann, U.: Die institutionell-administrative Entwicklung der Unterbringung und Behandlung Geisteskranker in Sachsen vom Absolutismus bis zur bürgerlichen Revolution. Z. ges. Hyg. 25 (1979): 536–539

Hilflosesten unter den Armen, darum zu bemühen beginnen, die konkreten Erscheinungsformen des Irreseins genauer zu erfassen, deren tieferliegende Ursachen nach dem Muster eines Krankheitsvorganges zu interpretieren und im Zuge der Ideologie der Aufklärung und des mit ihr gewachsenen Vertrauens auf die Kraft der Vernunft und der rationalen Wissenschaft neue Strategien des Umgangs mit dem „Wahnsinn“ zu entwickeln. In diesem in sich wiederum sehr vielschichtigen und komplizierten Prozeß wird aus dem Irren ein „Kranker“; aber das inzwischen weitgehend stabil gestaltete soziale System der Irrenbehandlung prägt auch diesen Neuansätzen von vornherein Züge auf, die seine Entfaltungsmöglichkeiten arg begrenzen. Diese Begrenzungen betreffen in erster Linie die Beibehaltung des Asylprinzips und des seines Wesens nach pädagogischen Ansatzes in allen Versuchen zur Bändigung und Disziplinierung der ungebärdigen „Unvernunft“. Zwar geht es nun um die Schaffung von speziellen, der Irrenbetreuung dienenden Anstalten, mit humaneren Lebensbedingungen und mit Voraussetzungen für therapeutisches Handeln – jedoch eben von vornherein um Anstalten mit einer auch „verwahrenden“ und die Gesellschaft vor den Irren schützenden Funktion. Therapie soll zwar die Heilung einer Krankheit bewirken und von Ärzten betrieben werden – jedoch erweist sie sich in ihren methodischen Inhalten als erzieherische Einflußnahme auf die Leidenschaften, auf das Verhalten.

Da eine genauere Darstellung der Formierung dieser neuen ärztlichen Praxis des Umgangs mit psychisch Kranken wegen der Vielgestaltigkeit ihrer Erscheinungsformen hier nicht möglich ist, soll im folgenden wenigstens für besonders wichtige Phasen dieses Prozesses eine kursorische Charakteristik versucht werden. Einzugehen ist dabei zunächst auf die Entwicklung in England, wo die rasche Durchsetzung kapitalistischer Produktionsformen im 18. Jahrhundert und die bereits selbstbewußte Teilnahme der Bourgeoisie an der Gestaltung der sozialpolitischen Neuerungen günstige Voraussetzungen auch für die Neugestaltung der Irrenversorgung bot. Ein bestimmender Zug des spezifischen Umgangs mit dem Irresein im bürgerlich-liberalistischen [16] England ist der „free trade of lunacy“. An die Stelle zentral-staatlich geplanter Armen- und Irrenpolitik der feudalsystematischen kontinentaleuropäischen Staaten tritt im England des ausgehenden 17. und über das 18. Jahrhundert hinweg ein „freier Markt des Wahnsinns“. Private Irrenanstalten, wohlthätige Stiftungen und lokale Einrichtungen, allesamt unternehmerisch geführt, beherrschen den Markt. Besonders bedeutsam für die Institutionalisierung einer ärztlich-psychiatrischen Praxis war hier die durch William Battie (1704–1776) 1750 initiierte Gründung einer durch private Spenden getragenen Irrenanstalt mit einem therapeutischen Auftrag, die 1751 unter seiner Leitung als „St. Lukes-Hospital“ ihre Arbeit aufnahm und deren Erfahrungen er 1758 in dem Buch „A Treatise on Madness“ publik machte. Die von Battie gegebenen therapeutischen Empfehlungen (vollständige Herauslösung der Patienten aus ihren bisherigen Lebensformen, Fernhalten aller die Nerven reizenden Bedingungen u. a.) erforderten eine erhebliche Veränderung der bis dahin üblichen undifferenzierten Verwahrungspraxis und führten, da ihre Erfolge überzeugend schienen, auch zu neuen gesetzlichen Regelungen, wie etwa 1774 zu einem neuen Gesetz über die von Ärzten in staatlichem Auftrag vorzunehmende Beaufsichtigung von privaten Irrenanstalten. Nach dem Beispiel des „St.-Lukes-Hospital“ entstanden dann auch bald von größeren Gemeinden getragene therapeutisch profilierte Irrenanstalten, etwa 1766 in Manchester (The Infirmary, Dispensary and Lunatic Asylum), 1776 in Newcastle, 1777 in York, 1790 in Liverpool und 1794 in Lancaster, die als öffentliche Einrichtungen nun auch den armen Irren bessere Existenzbedingungen boten und die sämtlich bereits unter ärztlicher Leitung standen. Parallel zu diesen praktischen Neuerungen entstand eine zeitgenössische psychiatrische Literatur, in der eine spezialisierte Therapie psychisch Kranker gefordert wurde, die Schaffung entsprechender Hospitäler bzw. Asyle als ökonomisch zweckmäßig ausgewiesen erschien und erste allgemeine Grundsätze des Baus und der Leitung von Irrenanstalten propagiert wurden. Letzteren Aspekt verkörperte etwa der von Jeremy Bentham (1748–1832) entwickelte Plan eines Inspektions-Hauses (bzw. Panopticons), dessen Bauweise ein Minimum an Aufsichtspersonal und eine besonders kostengünstige Unterbringung größerer Zahlen von Anstaltsinsassen ermöglichen sollte. Im therapeutischen Konzept dieser neuen Praxis der ärztlichen Irrenbetreuung stand die Milieugestaltung im Vordergrund, daneben die Beschäftigung der Kranken mit Arbeitsaufgaben und geselliger Kommunikation. Da ein wesentliches Moment der therapeutischen Strategie die Dämpfung aller starken Leidenschaften und Gemütsregungen

bildete, wurden jedoch auch Zwangsmittel eingesetzt und die später zum Symbol einer repressiven Behandlung der Kranken gewordene Drehmaschine ist eine typisch englische Konstruktion, die allerdings erst 1804 zum Einsatz gelangte (Abb. 2). Den dominierenden Trend in der Profilierung des therapeutischen Handelns bildete jedoch in dieser Zeit die allmähliche Zuwendung zur moralischen Erziehung (bzw. zum „moral treatment“), d. h. zur Ersetzung äußerer Zwangsmittel durch gezielte pädagogische Einflußnahmen. Einen bemerkenswerten Aufschwung nahm diese Tendenz noch nach der Jahrhundertwende des 18. zum 19. Jahr-[17]hunderts; u. a. gefördert durch wirksame staatliche Regelungen zur Verbesserung der Aufsicht über Irrenanstalten, durch strengere Festlegungen zur Aufnahme von Kranken (ab 1816 waren dazu zwei ärztliche Atteste erforderlich) und durch von praktisch tätigen Irrenärzten erarbeitete statistische Berichte auch zu Mißständen und negativen Folgen von Repressionspraktiken, unter denen relevante Arbeiten von Samuel Tuke (1813) und Robert Gardiner Hill (1839) besonders nachhaltige Resonanz fanden.

Noch schwerer überschaubar als für England ist die Periode der zur medizinischen Praxis der Psychiatrie hinführenden Reform der Irrenversorgung in Frankreich. Hier gab es zwar in den als allgemeinen Asylen konzipierten „hospiteaux généraux“ bereits vor der großen Revolution unter dem Ancien Régime eine ärztliche Betreuung der Kranken, die jedoch keine spezifischen Maßnahmen zur Behandlung des Wahnsinns als einer Krankheit kannte. Die 1790 formal erfolgende Aufhebung aller nicht gesetzlich geordneten Freiheitsbeschränkungen wurde mit einer Auflösung der genannten großen Internierungsanstalten verbunden, führte jedoch, da sich die Freilassung der Irren als unrealistisch erwies, zu deren gesonderter Internierung. Erst im Zuge einer im Detail sich sehr kompliziert gestaltenden Reform der medizinischen Ausbildung, die eine Sonderentwicklung der Psychiatrie gegenüber sonstiger medizinischer Ausbildung einleitet, und von Neuerungen in den Versorgungsformen erhielt der für eine humanere „medizinische“ Behandlung der Irren eintretende Philippe Pinel (1745–1826) 1793 (Abb. 3a) die Leitung des Hôpital de Bicêtre übertragen, wo er seine psychiatrische Reform beginnt. Ab 1795 konnte er sie in der Salpêtrière (Abb. 3 b) fortsetzen. Anknüpfend an die bereits aus England vorliegenden Erfahrungen und gestützt auf eigene systematische Beobachtungen entwickelte Pinel relativ rasch ein weitgehend geschlossenes medizinisches Konzept zur Erklärung der Geisteskrankheit, zur Differenzierung ihrer klinischen Erscheinungsformen und zu ihrer Behandlung und sozialen Betreuung, das er im Jahre 1801 in dem Werk „Traité medico-philosophique sur l’aliénation mentale ou la manie“ zusammenfassend beschrieb. Obwohl damit ein folgenreicher und gewichtiger weiterer Schritt zur Integration der Problematik der psychischen Krankheit in die Medizin getan wurde, blieb die Praxis der Irrenversorgung auch in Frankreich den historischen vorgeformten Strukturen verpflichtet. Sie blieb eine Praxis der Asylverwahrung und sie blieb eine Praxis der vorwiegend pädagogischen Einflußnahmen. Fortgesetzt wurde Pinels Ansatz vor allem durch dessen Schüler Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1772–1842), der 1838 eine relativ progressive Irrengesetzgebung in Frankreich erreichte und mit großem Engagement für die rechtliche und verwaltungspraktische Fixierung des ärztlich-medizinischen Behandlungsmonopols wirkte. Die vorhergehenden angedeuteten Entwicklungen bilden, auch wenn sie noch keineswegs in der Breite zu einer effektiven und wirklich spezialisierten ärztlichen Therapie psychischer Erkrankungen führen konnten, bis zur Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert die grundlegenden Voraussetzungen für einen raschen weiteren Fortschritt der Psychiatrie. Sie werden naturgemäß auch zur Basis der unmittelbar danach einsetzenden Bemühungen um eine Irrenreform in anderen Territorien, darunter auch in den größeren deutschen Staaten, auf deren wichtigste Schritte im folgenden noch kurz eingegangen werden soll.

In Preußen sind die ersten Gründungen von speziellen Heil- und Verwahrungseinrichtungen für psychisch Kranke im Zuge des Einflusses der französischen Aufklärung und der generellen Versuche zu einer Reform der tradierten staatlichen Strukturen zu Beginn des 19. Jahrhunderts feststellbar, u. a. 1801 in der Kurmark (s. den Beitrag über die Neuruppiner Irrenanstalt in diesem Buch) und 1805 in Bayreuth. Die Schaffung dieser neuen, nur für Irre bestimmten und zum Zwecke der Heilung mit ärztlicher Besetzung arbeitenden Einrichtungen ist mit strengeren Regelungen für die Aufnahme von Kranken verbunden (z. B. mit der Forderung nach gerichtlichen Wahnsinns- bzw. Blödsinnigkeitserklärungen).

Ein für längere Zeit in Preußen als vorbildlich geltendes Modell einer psychischen Heilanstalt und Modifizierungen dieses therapeutischen Konzepts wurde von J. G. Langermann (1768–1832) in der bereits erwähnten Anstalt in Bayreuth aufgebaut und erlangte 1805 auch die offizielle Anerkennung durch den damaligen Staatsminister v. Hardenberg. Die ganze Widersprüchlichkeit dieser einerseits progressive Momente aufweisenden Reformwerke (die beispielsweise in der Beseitigung der Kettenverwahrung, in der Differenzierung der Kranken nach klinischen Gesichtspunkten und in der aktivierenden Intention des ärztlichen Handelns bestanden) und der in ihnen ebenfalls weiterwirkenden konservativen Elemente (der strikten Disziplinierung, der Verwahrungsaufgabe und des ethischen Rigorismus in den Forderungen an den Kranken) blieb zunächst für die Praxis der Irrenbehandlung bestimmend. Ein Beispiel ist die Irrenabteilung der Charité in Berlin, wo als besonders engagierter Vertreter der zwangsweisen Disziplinierung Ernst Horn (1774–1848) die „preußische“ Interpretation der „psychischen Kurmethode“ repräsentierte. Modernere Anstaltsneubauten, in denen Therapie nach dem Muster der inzwischen in England und Frankreich schon erprobten Verfahren möglich wurde, entstanden in Preußen jedoch erst einige Jahrzehnte nach diesen genannten Anfängen, z. B. 1825 in Siegburg und danach auch in weiteren Provinzen des Landes. Auf die vielschichtigen und widersprüchlichen Interessen der an diesem weiteren Ausbau der Irrenbetreuung dann vor allem beteiligten Ständevertretungen der Provinzen und einen sukzessiv zunehmenden Drang der staatlichen Verwaltungsinstanzen zur Nutzung dieser Einrichtungen für die Sicherung der öffentlichen Ordnung ist in einigen historischen Arbeiten eingegangen worden, u. a. bei D. Blasius⁵.

Im Königreich Sachsen fand eine mit mehr Konsequenz, radikaler und stärker bereits von den in Frankreich entwickelten Ideen geprägte Reform der Irrenversorgung ebenfalls zu Beginn des 19. Jahrhunderts statt. In diesem Zusammenhang wird 1811 auf dem Sonnenstein bei Pirna eine Heilanstalt geschaffen. Sie erlangte bald einen hervorragenden und weit über die Landesgrenzen wirksamen Ruf wegen der humanen Prinzipien der Krankheitsbetreuung und der bereits weitgehend differenzierten Milieu- und Soziotherapie [19] (vgl. den Beitrag über den Sonnenstein). Ähnliche, wenn auch nicht in jedem Falle gleiches Aufsehen erregende und vergleichbar gut ausgestattete Heilanstalten für psychisch Kranke entstanden dann auch relativ rasch in weiteren deutschen Staaten (so etwa 1814 in Marsberg für das von Napoleon geschaffene Königreich Westfalen, 1827 in Hildesheim für das Königreich Hannover usw.), so daß etwa um 1840 in organisatorischer Hinsicht der Prozeß der Herauslösung der psychisch Kranken aus dem vorher diffusen Heer der als asozial und gefährlich geltenden asylierten Personen abgeschlossen war und zugleich ein neues System der ärztlichen Betreuung in speziellen Heil- und Verwahranstalten seine Konturen gewonnen und seine Praxisbewährung nachgewiesen hatte. Mit geringem zeitlichem Verzug gegenüber den deutschen Territorialstaaten entwickelt sich im Rußland des 19. Jahrhunderts jenes für feudal-absolutistische Staaten übliche zentral geleitete System zur Armen- und Irrenversorgung. Ohne daß es eine den katholischen Ordensgemeinschaften vergleichbare, angedeutet bereits „spezialisierte“ Tradition der Irrenpflege im Gebiet der orthodoxen Ostkirchen gegeben hätte, sind die Gotteswerkspitäler (Bogadelnja Spital) seit der Mitte des 18. Jahrhunderts durch die Zarenregierung zur Aufnahme psychisch Kranker verpflichtet. Am 3. 5. 1762 ergeht ein Regierungsbefehl („pravitelstwenny ukas), von den Klöstern getrennte Tollhäuser („dollgausyi“) zu errichten. 1810 existieren ungefähr 15 Tollhäuser in den russischen Gouvernements. Eine erste bereits dem medizinischen Dispositiv folgende Irrenabteilung entsteht 1771 in St. Petersburg im als Allgemeinem Krankenhaus konzipierten Obuchowschen Spital⁶. Auf Initiative des von der Zarin-Mutter Maria Feodorowna geleiteten Fürsorgerates werden zu Beginn des 19. Jahrhunderts die Anstrengungen intensiviert, Anschluß an die Entwicklungen in West- und Mitteleuropa zu finden. Der ausführliche Bericht des Vorsitzenden der sächsischen Armenhauskommission Gottlob Adolph Ernst von Nostitz und Jänkendorf über den Sonnenstein entsteht auf Ersuchen des russischen Fürsorgerates. Das als Heilanstalt für psychisch Kranke 1832 eröffnete Krankenhaus aller Leidtragenden bei St. Petersburg ist erster Ausdruck der Übernahme des medizinischen Modells zur Lösung

⁵ Blasius, D.: Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses. Frankfurt/M. 1980.

⁶ Schereschewski, A. M.: Prinzipien der Behandlung Geisteskranker im Rußland des 19. Jahrhunderts. Psychiat. Neurol. med. Psychol. 32 (1980): 424–429.

des Irrenproblems. Zum Leiter dieser ersten psychiatrischen Heilanstalt wird Friedrich Johann Herzog, ein aus Sachsen-Weimar stammender Arzt berufen.

In allen ökonomisch entwickelten europäischen Ländern ist diese Abschlußphase der Konstituierung einer neuen psychiatrischen Praxis mit der Ausprägung strenger Rechtsvorschriften für die Aufnahme in die Anstaltsbehandlung, für die staatliche Kontrolle aller Formen der Irrenbetreuung (der staatlichen Einrichtungen ebenso wie der in manchen Gebieten eine große Rolle spielenden privaten Anstaltsgründungen) und für die Fixierung der bürgerlichen Stellung der Kranken verbunden, die in der Regel einen starken Trend zur Sicherung der Gesellschaft gegen die vermeintlichen Gefährdungen durch den Irren aufweisen. Die Regelungen beugen den vielfach gefürchteten Mißbrauchsmöglichkeiten der Anstaltsbehandlung vor und bringen zugleich die reale Entmündigung des Kranken als Rechtsträger mit sich. Nach der relativ umfassenden Darstellung der Entwicklung dieser bürgerlichen Irren-[20]gesetzgebung bei E. Rittershaus⁷ entstehen solche ausführlichen Gesetzeswerke in Belgien 1836, in Frankreich und in einigen Kantonen der Schweiz 1838, in England 1845, in Norwegen 1848. In welchem starkem Maße diese Neuformierung eines staatlich geregelten Systems der ärztlichen Irrenbetreuung von den ökonomischen Bedingungen der sich entwickelnden kapitalistischen Produktionsweise abhängig ist, geht auch daraus hervor, daß dieser Prozeß in stärker von feudalen Bedingungen geprägten Gebieten viel langsamer und mit weitaus weniger Konsequenz zum Tragen kommt, etwa in Portugal, Spanien, Italien, Polen u. a. Ländern, in denen die Irrenbetreuung noch oft bis zum Ausgang des 19. Jahrhunderts weitgehend kirchlich-caritativ organisiert ist. Sofern dann auch in solchen Ländern neue Ansätze zur Entwicklung einer speziellen psychiatrischen Praxis entstehen, sind sie begleitendes Moment allmählich einsetzender sozialer Reformen oder Folge des Einflusses der sich dann alsbald auch formierenden Wissenschaft Psychiatrie, die naturgemäß ein internationales Gebilde darstellt und von wechselnden Zentren aus (zunächst ist dies England, dann Frankreich und schließlich Deutschland) auf die Beförderung relevanter Reformbemühungen ausstrahlt.

Für die generelle historische Wertung dieser Entstehungsphase der Psychiatrie als einer zunächst praktisch wachsenden Struktur einer spezialisierten ärztlichen Betreuung psychisch Kranker sind verschiedene Aspekte in Betracht zu ziehen. Zunächst ist dieser Prozeß, dessen komplizierte Entwicklungsform bisher nur angedeutet werden konnte, sicher notwendig und historisch progressiv, insofern er zu einer bereits bedeutsamen Humanisierung des Umgangs mit einer erheblich großen Zahl hilfloser und in besonderer Weise auf Fürsorge angewiesener Menschen führt und die entscheidende Voraussetzung für die sukzessive Entstehung wissenschaftlich fundierter Formen der Therapie und Rehabilitation schafft. Obwohl die ausgeprägten humanistischen Intentionen und die unbedingte Überzeugung von der Heilbarkeit der Geisteskrankheiten der maßgeblichen Verfechter dieser gesamten Reformbewegung Anerkennung und Achtung verdienen, darf jedoch nicht übersehen werden, daß die ganze Bewegung auch noch in erheblichem Maße von problematischen Traditionen der Vergangenheit mitgeprägt war und die Ansatzpunkte einer später wieder reaktionär werdenden Irrenpolitik bereits in sich barg. Zu diesen problematischen Traditionen gehört daher vor allem die Aufrechterhaltung des Verwahr- bzw. Asylierungsprinzips, das die gesamte institutionelle Gestalt der frühen Anstaltspsychiatrie entscheidend mitbestimmt. In welcher Weise dieses neue System wiederum zu Konflikten führt und die gesellschaftliche Stellung des psychisch Kranken auch in negativer Weise mitformt, wird jedoch vor allem erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts dort und in dem Maße sichtbar, wo ein sukzessiv wachsender Betreuungsbedarf nicht mehr befriedigt werden kann. Die zunehmende Überfüllung der zentralisierten großen Einrichtungen bringt für die Patienten eine Tendenz zur Ausgrenzung, Abweisung und sozial-ökonomischen Bewertung als einer Randgruppe der Gesellschaft mit sich. Darauf ist jedoch an anderer Stelle noch etwas näher einzugehen. [21]

⁷ Rittershaus, E.: Die Irrengesetzgebung in Deutschland nebst einer vergleichenden Darstellung des Irrenwesens in Europa. Berlin u. Leipzig 1927.

Die Bildung neuer kognitiver Erklärungsmuster psychischen Krankseins als Aspekt der „Medizinalisierung“

In dem Maße, in dem die ärztlich geleiteten Irrenanstalten in der psychiatrischen Praxis dominierend werden, entstehen auch neue, an das zeitgenössische medizinische Wissen unmittelbar anknüpfende theoretische Modellvorstellungen zur Beschreibung psychischer Störungen als Krankheiten. Die Praxis der ärztlichen Irrenbetreuung bildet deren Basis insofern, als sie die hinreichend gründliche und langfristige Beobachtung der Krankheitsformen und -verläufe bei größeren Populationen erlaubte und die systematische Aufarbeitung der Erfahrungen therapeutischer Bemühungen erzwang. Die Zentren entsprechender wissenschaftlicher Aktivitäten verlagern sich daher der Praxisentwicklung folgend von England über Frankreich nach Deutschland. Im Mittelpunkt der dabei erreichten Erkenntnisfortschritte stehen dabei nosologische Differenzierungen, systematische Begründungen therapeutischer Programme und vielseitigere Vorstellungen von den angemessenen erscheinenden strukturellen Bedingungen der sich dynamisch gestaltenden Bewegung zum raschen Ausbau der Versorgungsinstitutionen.

In England erschien eine erste lehrbuchartige Darstellung neuer Erfahrungen der ärztlichen Irrenbetreuung bereits 1758 von dem bereits erwähnten W. Battie; eine Reihe weiterer Arbeiten von verschiedenen Autoren folgten noch im Verlaufe des 18. Jahrhunderts⁸. Auf dem europäischen Kontinent sind rasch erfolgende Übersetzungen englischer Autoren in andere Sprachen ein Ausdruck des großen Interesses, das diesen neuen Erfahrungen entgegengebracht wird⁹. In theoretischer Hinsicht orientieren sich fast alle diese Pioniere einer eigenständigen psychiatrischen Krankheitslehre an den Grundideen der damals verbreiteten Erregungspathologie. Die unmittelbare Verursachung von psychischen Erkrankungen wird dabei entweder in überstarken Gemütsbewegungen (Leidenschaften) mit Beeinträchtigungen des erregungsleitenden Nervensystems oder in körperlichen Erkrankungen gesehen, die das Nervensystem beeinflussen und zur Disharmonie der Gemütsbewegungen führen. Die nosologischen Bestimmungen bleiben zwar zunächst noch sehr inhomogen und ganz auf äußerliche Merkmale bezogen, beinhalten jedoch auch ein sich progressiv entfaltendes Wissen um unterschiedliche Verlaufsformen psychischer Erkrankungen, die den therapeutischen Optimismus fördern. Das Spektrum der in der Behandlung eingesetzten somatischen Mittel (Brom, Opium, Kampfer u. a.) wurde zwar nicht nennenswert erweitert, jedoch zielgerichteter eingesetzt. Einen deutlichen Aufschwung erlebte die sogenannte „moralische“ Therapie im Sinne von Milieugestaltung, Psychagogik und sinnvoller Beschäftigung der Kranken. Ihre Begründung auch mit den Mitteln einer der Medizin entlehnten Krankheitslehre ist sowohl Begleitmoment und Voraussetzung der Schaffung neuer therapeutischer Institutionen, als auch Argument für den humaneren Inhalt der ärztlichen Irrenbehandlung gegenüber der repressiven Verwahrungspraxis der Zeit. Da die großen Irrenanstalten zunächst nur unzureichend mit Ärzten besetzt waren und ein speziell ausgebildetes Pflegepersonal fehlte, sind in der Praxis [22] naturgemäß weitaus häufiger Zwangsmittel zur Disziplinierung der Patienten eingesetzt worden, als die theoretischen Konzepte es vorsahen. Für die Lage der Masse der Kranken in der überaus großen Mehrheit der Verwahreinstitutionen sind diese neuen Ideen einer „moralischen“ Therapie vermutlich nicht wirksam geworden.

In Frankreich sind vereinzelt theoretische Arbeiten von Medizinern über psychische Erkrankungen auch schon vor 1800 erschienen; den repräsentativen Ausdruck einer auf Erfahrung im Umgang mit psychisch Kranken beruhenden eigentlich psychiatrischen Literatur kann jedoch erst Ph. Pinels rasch berühmt gewordene Arbeit „Philosophisch-medizinische Abhandlung über Geistesverirrungen oder

⁸ Arnold, Th.: Observations on the nature, kinds, causes and prevention of insanity, lunacy or madness. 2 Bd., Leicester 1782/1786.

Chrichton, A.: Inquiry into the nature and origine of mental derangement. 3 Bd. London 1798 (dtsh: Über Natur und Ursprung der Geisteszerrüttung. Leipzig 1798).

Pargeter, W.: Theoretisch-praktische Abhandlung über den Wahnsinn. Leipzig 1793.

⁹ Chrichton, A.: Inquiry into the nature and origine of mental derangement. 3 Bd. London 1798 (dtsh: Über Natur und Ursprung der Geisteszerrüttung. Leipzig 1798).

Haslam, J.: Beobachtungen über den Wahnsinn. Stendal 1800.

Perfect, W.: Select cases in different species in insanity, lunacy or madness. Rochester 1787.

Manie“ aus dem Jahre 1801 gelten¹⁰. Im Mittelpunkt dieses Buches standen nosologische Beschreibungen und therapeutische Empfehlungen. Auffälliges Moment ist dabei eine deutliche Abwehrhaltung gegenüber moralisierenden Beurteilungen der Kranken und ein engagierter therapeutischer Optimismus. Die vorgeschlagenen Behandlungsverfahren im Rahmen eines „traitement moral et philosophique“ lehnen sich an die in England bereits vorgeprägten Vorstellungen an und sind überwiegend pädagogischen Inhalts. Auf Zwangsmittel wird dabei keineswegs durchgehend verzichtet – ihr Einsatz soll jedoch nur dann erfolgen, wenn auf andere Weise die Voraussetzungen für eine psychagogische Einflußnahme auf den Patienten nicht gelingt. Der Bezug zur Medizin liegt weniger auf diesem therapeutischen Sektor – hier ist es primär dadurch gegeben, daß der Patient als „Kranker“ gesehen und von der moralischen und juristischen Verantwortlichkeit für sein Verhalten exkulpiert wird – als vielmehr auf der Ebene der ursächlichen Erklärung des Krankheitsgeschehens. Pinel sah in diesem Sinne die Ursachen des Wahnsinns ebenfalls im Rahmen der Erregungs- und Affektenpathologie seiner Zeit in überschießenden menschlichen Leidenschaften. Diesen sprach er eine Wirkung auf die „animalische Ökonomie“ zu, ohne diese ins Detail jedoch näher zu begründen. Eigene pathologische Untersuchungen über das Auftreten von Verletzungen und Verformungen von Schädel und Gehirn bei Geisteskrankheiten ließen ihn die von anderen bereits vermuteten kausalen Beziehungen sehr fraglich erscheinen. Diese vorwiegend auf die deskriptive Erfassung psychopathologischer Symptome und ihres Wandels im Verlauf einer Erkrankung gerichtete Vorgehensweise entsprach weitgehend den in diesen Jahrzehnten vorherrschenden methodologischen Einstellungen in der Wissenschaft, die auf objektive Erfassung des Gegebenen, möglichst theoriefreie (bzw. nicht-spekulative) Beschreibung und die Herausarbeitung von Ordnungsstrukturen orientierten. Pinels Werk wurde, wie bereits erwähnt, von J. E. D. Esquirol (Abb. 4) fortgesetzt, dessen 1838 publiziertes großes Lehrbuch auch in Deutschland eine beachtliche Resonanz fand¹¹. Neben diesen an klinischen Erfahrungen anknüpfenden und unmittelbar auf eine neue Praxis der Irrenbehandlung abzielenden Bemühungen um eine systematische wissenschaftliche Fundierung der Psychiatrie entstehen aber auch bereits kurz nach der Jahrhundertwende in Frankreich weitere Ansätze zu theoretischen Konzepten. Diese entwickeln sich im Rahmen der ersten Anfänge einer prinzipiell neuen naturwissen-[23]schaftlichen Forschungsorientierung der akademischen Medizin und liefern Erklärungsmodelle für psychisches Kranksein mittels hypothetischer Annahmen zu Veränderungen im morphologischen Aufbau und in den physiologischen Arbeitsprinzipien des menschlichen Gehirns. Zu verweisen ist hier auf die pathologischen Vorstellungen von François Xavier Bichat (1771–1802) und François Joseph Victor Broussais (1772–1838), sowie auf das Werk des seit 1805 in Paris tätigen Franz Joseph Gall (1758–1828). Der letztgenannte und auch im deutschsprachigen Raum bekanntere Autor betrachtete Geisteskrankheiten bereits als direkte Folge von Gehirnerkrankungen, wobei jedoch seine Beweisführung mit der Bezugnahme auf äußerliche Merkmale der Schädelbildung nicht zu überzeugen vermochte und später zur quasi-wissenschaftlichen „Phrenologie“ hinführte¹². Da diese in methodologischer Hinsicht am Ideal strenger Naturwissenschaft orientierten Konzeptbildungen weder schlüssige Beweise für die vermuteten Zusammenhänge liefern, noch nennenswerte Anregungen für die Entwicklung der Praxis der Irrenbehandlung vermitteln konnten, blieben sie für die sich entwickelnde Psychiatrie zunächst noch randständig und wurden erst einige Jahrzehnte später wieder aufgegriffen.

Besonderheiten weist die Entwicklung der wissenschaftlichen Vorstellungsweisen der Medizin über das Phänomen der psychischen Krankheit in Deutschland auf. Hier ist der zunächst noch sehr bescheidene Ausprägungsgrad der psychiatrischen Praxis eine Ursache für ein doch recht spekulatives Denken. Daneben sind es die spezifischen geistigen Bedingungen einer noch gänzlich von feudalsystematischen Herrschaftsstrukturen geprägten Wirklichkeit, die manche eigentümliche Akzentsetzungen im relevanten medizinisch-theoretischen Denken beeinflussen bzw. prägen. Ärztliche Berichte über auffällige Erscheinungsformen psychischer Krankheiten und erfolgreiche Heilbehandlungen tauchen

¹⁰ Pinel, Ph.: Philosophisch-medizinische Abhandlung über Geistesverirrungen oder Manie. Wien 1801.

¹¹ Esquirol, J. E. D.: Allgemeine und spezielle Pathologie und Therapie der Seelenstörungen. Leipzig 1827.

Esquirol, J. E. D.: Die Geisteskrankheiten in Beziehung zur Medizin und Staatsarzneykunde. Berlin 1838.

¹² Selpert, H. (Hrsg.): D. Galls Vorlesungen über die Verrichtungen des Gehirns und die Möglichkeit, die Anlagen mehrerer Geistes- und Gemüteseigenschaften aus dem Bau des Schädels der Menschen und Thiere zu erkennen. Berlin 1805.

in der medizinischen Literatur ab etwa 1780 häufiger auf. Der erste nennenswerte Versuch zu einer systematischen Darstellung, die 1789 in Leipzig publizierte Dissertationsschrift von J. C. L. Langermann forderte zwar gründliche Beobachtungen, konnte aber neuartige Erklärungsmuster noch nicht bieten¹³. Erst das 1803 von Johann Christian Reil (1759–1813) vorgelegte Buch über die Anwendung der „psychischen Curmethode“ fand eine größere Resonanz, obwohl es fast ausschließlich auf der Rezeption des ausländischen Schrifttums beruhte¹⁴. Das pathologische Konzept Reils unterschied sich kaum von den bereits skizzierten Auffassungen der Erregungslehre und der Rückführung des Krankheitsgeschehens auf disharmonische Affekte. Als „psychische Curmethode“ galten ihm „methodische Anwendungen solcher Mittel auf den Menschen, welche zunächst auf die Seele desselben und auf diese in der Absicht wirken, damit dadurch die Heilung einer Krankheit zustande kommen möge.“ In der ausführlichen Darstellung dieser in drei Klassen aufgeteilten Mittel ist erkennbar, daß sie überwiegend durch die Hervorrufung von Angst und Schmerzen zur Wiederherstellung des geordneten Denkvermögens hinführen sollten. Die zweifellos vorhandene humanistische Intention des Autors, der natürlich wie andere auch, letzten Endes „heilen“ wollte, erfuhr jedoch dadurch eine erhebliche Einschränkung, [24] (daß die im Einzelnen vorgeschlagenen Mittel, Sturzbäder, Züchtigungen, das Einimpfen von Krätze u. a., den Verfahren der mittelalterlichen Tortur doch sehr ähnlich waren. In radikaler Form ist das therapeutische Repertoire von Reil wohl kaum zur Anwendung gelangt, u. a. jedoch in der Praxis des bereits erwähnten Ernst Horn an der Irrenabteilung der Berliner Charité.

In den praktischen Konsequenzen ähnliche, in theoretischer Hinsicht jedoch weitaus deutlicher eigenständige Ideen zum psychischen Kranksein propagierte der seit 1811 ein Extraordinariat für psychische Therapie in Leipzig einnehmende Johann Christian August Heinroth (1773–1843), (Abb. 5). Tragend für ihn war die Vorstellung, Geisteskrankheiten seien durch einen sündhaften Lebenswandel verschuldete Zustände des Verlustes an menschlicher Freiheit und Würde. Sein 1818 erschienenes Lehrbuch enthielt neben einer langatmigen Darstellung dieser anthropologischen Deutung und einer breiten referierenden Darstellung der historischen und der zeitgenössischen Literatur vor allem ein für die Praxis ungeeignetes nosologisches Klassifikationsschema. Die therapeutischen Empfehlungen entsprechen weitgehend den damals verbreiteten Vorstellungen der „moralischen“ Erziehung, beinhalten aber auch ein beachtliches Repertoire an Zwangsmaßnahmen, die dem ethischen Rigorismus verpflichtet bleiben, mit dem die letztlich selbstverschuldeten Zustände der Unfreiheit beurteilt werden¹⁵. Heinroth fordert aber – durchaus progressiv – ebenso wie Reil, eine spezifisch ärztliche Behandlung der Irren, eine spezialisierte Ausbildung der „Seelenärzte“ und damit die volle Integration der Irrenbetreuung in die Kompetenz der Medizin¹⁶.

Obwohl auch in den erwähnten bedeutenderen Arbeiten deutscher Autoren zur Psychiatricentwicklung der medizinisch-ärztliche Ansatz und ein am Krankheitsfall deskriptiv orientiertes Herangehen überwiegt, ist der dominierende Trend der theoretischen Sichtweise in typischer Weise anders als in England und Frankreich. Maßgeblich bleibt hier ein ganzheitlich-anthropologisches Denken, dem innerpsychische Zusammenhänge und durch das subjektive Erleben vermittelte soziale Bedingungen des individuellen Lebens in stärkerem Maße bedeutsam sind. Die angenommene Eigengesetzlichkeit des „Seelischen“ und die Sonderstellung des gestörten harmonischen Zusammenwirkens von Leib und Seele im Lebensprozeß generell sind es vorwiegend, die theoretische Reflexionen hervorrufen. Die Ideen der philosophischen Anthropologie Immanuel Kants (1724–1804) und die Naturphilosophie von Friedrich Wilhelm Johann Schelling (1775–1854) wurden in verschiedenartigen Modifikationen aufgegriffen und verarbeitet. Neben Ärzten sind es weiterhin Theologen, wie Carl Philipp Moritz (1756–1793) oder Philosophen, wie Johann Christoph Hoffbauer (1766–1827) und Rudolf Hermann Lotze (1817–1881), die an der Prägung der zeitgenössischen Vorstellungen vom psychischen

¹³ Langermann, J. G.: De methodo cognoscendi curandique animi morbos stabilienda. Leipzig 1789.

¹⁴ Reil, J. Ch.: Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttung. Halle 1803.

¹⁵ Heinroth, J. C. A.: Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung. 2 Bd. Leipzig 1818.

¹⁶ Heinroth, J. C. A.: Anweisung für angehende Irrenärzte zu richtiger Behandlung ihrer Kranken. Leipzig 1825.

Kranksein mitwirken. Dabei wurde die Mitbeteiligung körperlicher Störungen bei vielen Formen von psychischen Erkrankungen keineswegs in Abrede gestellt, sondern als eine der möglichen Ursachen anerkannt. Für jede spezielle Form psychischer Krankheiten wurde jedoch immer auch der Einfluß der Persönlichkeit auf das Krankheitsgeschehen, ihrer subjektiven Aktivität ebenso, wie ihrer je einmaligen Erfahrungswelt, gesehen und [25] hoch bewertet. Unterschiedliche Gewichtungen und verschiedenartige Wertungen der am Kranksein beteiligten Faktoren lassen es zwar zu, die „Psychiker“, wie etwa Heinroth, den stark moralisierenden Karl Wilhelm Ideler (1773–1843) u. a. von den „Somatikern“, zu denen in der Regel Christian Friedrich Nasse (1778–1851) und Maximilian Jacobi (1775–1858) gezählt werden, zu unterscheiden – dürfen aber nicht übersehen lassen, daß alle damals namhafter gewordenen Psychiater in vielen grundlegenden Fragen gleiche Auffassungen vertraten. Diese Gemeinsamkeiten sind inzwischen unter wissenschaftstheoretischen Aspekten als „romantisches Konzept“ der deutschen Psychiatrie charakterisiert worden¹⁷. Dessen Wirkung auf den Erkenntnisfortschritt ist sicher widerspruchsvoll. Die Begründung neuer und den Anschluß an die sich allmählich bereits herausbildende naturwissenschaftliche Medizin ermöglichender Forschungsprogramme zur Klärung ätiologischer Zusammenhänge ist durch dieses Konzept für die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts gewiß blockiert worden. Die Erhaltung einer auf die erkrankte Person bezogenen Sichtweise mit einem noch stark ausgeprägten Interesse für die psychosozialen Momente des Krankheitsgeschehens kann dagegen durchaus als Positivum gewertet werden. Da als „Person“ jedoch der von vornherein „unmündige“ Kranke galt, der der festen Führung bedarf, mündete die humane Absicht zumeist in patriarchalische Umgangsformen, die den realen Vorbildern absolutistischer Herrschaftsformen angepaßt blieben. Die abgeschieden liegende Anstalt unter dem Regime des jeweils absolute Autorität beanspruchenden, gütigen, aber auch hart strafenden ärztlichen Leiters war das angestrebte praktische Modell dieser Psychiatrie-Vorväter. Auf diese Weise konnte der ausgrenzende und disziplinierende Inhalt der vorhergehenden Verwahrpraxis beinahe nahtlos in die jetzt unter dem Zeichen der Medizin sich entfaltende „Therapie“ der Irren eingeordnet werden. Der psychisch Gestörte galt nun zwar als Kranker und sollte, wo möglich, auch geheilt werden. Heilung hieß aber in erster Linie Wiederherstellung der Normalität im Ein- und Unterordnungsvermögen und solange diese nicht bewerkstelligt war, galt der Kranke weiterhin als gesellschaftsgefährdend und faktisch als antisozial.

Wirklich bedeutende neue Ansätze zu einer wissenschaftlich fundierten Krankheitslehre der Psychiatrie auf medizinischer Grundlage kommen im internationalen Maßstab und speziell auch in Deutschland erst nach 1850 zur Geltung. Die Aufnahmebereitschaft dafür bzw. das engagierte Bemühen um deren Fortführung waren dabei zweifellos durch die zur Jahrhundertmitte erfolgende generelle methodologische Neuorientierung der Medizin zu einem streng naturwissenschaftlichen Krankheitsverständnis bedingt¹⁸. Den Ansatzpunkt für Neuinterpretationen des Wesens psychischer Erkrankungen bildete dabei die Physiologie – den Bereich, auf den aus der Physiologie abgeleitete „funktionelle“ Erklärungsmuster Anwendung finden, bildet die Psychopathologie, insbesondere die Verlaufsgestalt psychischer Krankheiten. Eine erste relativ geschlossene Form dieses „physiologischen“ Herangehens stammte dabei von dem in Gent als Physiologe tätigen Joseph Guislain (1797–1860), dessen „Abhandlung über die Phrenopathien oder neues System der [26] Seelenstörungen“ bereits 1838 in deutscher Sprache vorlag¹⁹. Durch verschiedenartige psychische oder somatische Reize wurde nach Guislains Vorstellung im Sinne einer Überbeanspruchung der Verarbeitungssysteme des Gehirns eine zumeist regelhaft mit Hypochondrie oder Melancholie verbundene Gemütsstörung hervorgerufen, die er als „primäre“ Geisteskrankheit betrachtete. Bei ungünstigem Verlauf bzw. fehlender Behandlung erfolge dann der Übergang in die mit Verrücktheit und Blödsinn verbundenen Verstandesstörungen, die ihm als „sekundäre“ Geisteskrankheit galten. In Deutschland waren es Ernst Albrecht Zeller (1804–1877) und dessen Schüler Wilhelm Griesinger (1817–1877) (Abb. 6),

¹⁷ Trenckmann, U. u. F. Ortman: Das psychodynamische Krankheitskonzept der Romantik – Testfall für die Anwendung des Kuhnschen Paradigmabegriffs in einer Humanwissenschaft. *Z. f. Psychol.* 188 (1980): 331–339.

¹⁸ Ruff, P. W.: Die naturwissenschaftliche Medizin – Entstehung, Wesen, Kritik und Aufhebung. *Med. Diss. (B)* Humboldt-Universität Berlin 1979.

¹⁹ Guislain, J.: *Abhandlung über die Phrenopathien oder neues System der Seelenstörungen*. Stuttgart und Leipzig, 1838.

die dieses Konzept aufgriffen bzw. ausbauten. Die originellen Gedanken Griesingers in dessen bereits 1845 publizierten Werk „Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten“²⁰ fanden zunächst kaum Resonanz, wurden aber nach dessen Berufung auf den in Berlin eingerichteten Lehrstuhl für Psychiatrie im Jahre 1866 modern²¹. Trotz des hier unternommenen Versuches einer Anlehnung an den zur Naturwissenschaft tendierenden Zeitgeist der Medizin, der in der Rückführung psychischen Krankseins auf die gestörte Hirnfunktion bestand, wurde dem Person-Umwelt-Bezug und der Eigen-dynamik psychopathologischer Prozesse noch hinreichend Gewicht beigemessen – wegen des Fehlens anderer direkter Ansatzpunkte blieben diese Momente sogar fast ausschließlich bedeutsam für die therapeutischen Empfehlungen. Die auf diese Weise noch erhaltene Beziehung der Theorie zur klinischen Praxis, die sich eines in vielfachen Versuchen vor allem zur Differenzierung und Bereicherung der nosologischen Ordnungsschemata auf der Basis der „physiologischen“ Psychiatriekonzeption ausdrückt, kann ebenfalls als ein wichtiges Merkmal dieser Phase der Erkenntnisentwicklung gelten. Karl Ludwig Kahlbaum (1828–1899, Abb. 7) ist bei diesen nosologischen Untersuchungen führend wirksam²². Als ein weiteres progressives Moment kann gelten, daß Griesinger auch neue Vorstellungen zur institutionellen Struktur der psychiatrischen Versorgung einbringt, u. a. den Vorschlag, neben „Land-Asylen“ für Patienten mit langwierigen Krankheitsverläufen kleine, leicht zugängliche und den Kliniken anderer medizinischer Disziplinen gleichgestellte „Stadt-Asyle“ zur Behandlung akuter Krankheitsfälle zu errichten. Geradezu selbstverständlich war es für die Anhänger der neuen Psychiatrie-Konzeption auch, sich den programmatischen Forderungen der „Non-restraint“-Bewegung anzuschließen, die von dem Engländer John Conolly (1794–1866) mit dem 1856 erschienenen Buch „Treatment of the insane without medical restraint“ ausgelöst worden war. Nach Jetter war es zuerst die holländische Anstalt Meeremberg, in der diese Ideen Conollys aufgegriffen wurden²³. Wilhelm Griesinger bewies seine prinzipielle Zustimmung bereits bei der von ihm vorgenommenen Planung der Klinik Burghölzli bei Zürich während seiner Schweizer Lehrtätigkeit und trat dann auch in Berlin nachdrücklich für die Abschaffung von Zwangsmethoden in der psychiatrischen Therapie ein.

In den 70er und 80er Jahren schließlich erreichte die angestrebte naturwissenschaftliche Fundierung der Krankheitslehre der Psychiatrie einen Höhepunkt durch den Aufschwung der Hirnforschung und der Neurologie. Vor [27] allem bedeutsame Entdeckungen zur Struktur und Arbeitsweise des Gehirns waren es dabei, die die Hoffnung auf eine baldige endgültige Aufdeckung jener morphologischen Läsionen beförderten, durch die psychopathologische Symptome ihre endgültige Erklärung finden sollten. Anteil an dieser Entwicklung hatten vor allem Julius Eduard Hitzig (1838–1907) und Gustav Fritsch (1838–1927), die mit elektrischen Reizversuchen die bis dahin aufgenommene funktionelle Gleichwertigkeit der Großhirnrindenareale widerlegten und die Suche nach der Lokalisierung für psychische Leistungen beförderten. Der Italiener Pierre Paolo Broca (1824–1880) beschrieb im Rahmen dieser Entwicklung 1861 die mit Läsionen am Fuße des Stirnhirns verbundenen zentralen Sprachentäußerungsstörungen (motorische Aphasien). Carl Wernicke (1848–1905) beschrieb dann 1874 die zentralen Störungen des Sprachverständnisses (sensorische Aphasien) in ihrer Verbindung mit Schädigungen im oberen Schläfenlappen. Damit wurden die Aphasien zum Modellfall für die Deutung weiterer psychopathologischer Symptome, die sämtlich an einen bestimmten Ort im Gehirn gebunden gedacht wurden.

Da die Psychiatrie im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts an den Universitäten in wachsendem Maße von Wissenschaftlern vertreten wurde, die sich ihre akademische Anerkennung durch relevante naturwissenschaftliche Forschung erarbeitet hatten – neben C. Wernicke wären etwa Paul Flechsig (1847–1929) (Abb. 8) und Theodor Meynert (1833–1892) zu nennen – prägte diese neue „Hirnspsychiatrie“ das Verständnis des psychischen Krankseins durch die nachfolgenden Generationen von

²⁰ Griesinger, W.: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Stuttgart 1845.

²¹ Mette, A.: W. Griesinger. Leipzig. 1976.

²² Donalies, Ch.: Zur Systematik der Psychiatrie vor Wernicke, Kraepelin und Bonhoeffer. Psychiat. Neurol. med. Psych. 23 (1971): 411–419.

Kahlbaum, C. L.: Die klinisch-diagnostischen Gesichtspunkte der Psychopathologie. Leipzig 1878.

²³ Jetter, D.: Grundzüge der Geschichte des Irrenhauses. Darmstadt 1981.

Fachvertretern sehr nachhaltig. Dabei war die Hoffnung auf eine bald möglich werdende Herleitung aller Formen psychischer Erkrankungen aus umschriebenen morphologischen Veränderungen im Gehirn und Nervensystem begleitet von der Erwartung neuer, kausal wirkender und radikaler Therapieverfahren, denen gegenüber die bescheidenen Ansätze von Milieu- und Arbeitstherapie, sowie von psychagogischer Einflußnahme in der Anstaltspraxis als reine Kinderei erscheinen mußten. So wertvoll diese Forschungsbemühungen für die Entwicklung der Neuroanatomie und z. T. auch der klinischen Neurologie waren – ihr Ertrag für die eigentlich psychiatrische Praxis blieb sehr gering. Dies sahen nach einigen Jahrzehnten auch namhafte Vertreter dieser hirnpsychiatrischen Richtung ein, wie beispielsweise Franz Nissel (1860–1919), dessen Bilanz dieser Entwicklung lautete: „Trotzdem wir allen Grund haben stolz zu sein auf unseren Riesenanteil an der Entwicklung der Hirnanatomie, so töricht wäre es, zu verschweigen, daß die Unsumme von Arbeitskraft, Zeit und Intelligenz, welche das Studium der Hirnanatomie seit Ausgang der 60er Jahre verschlungen hat, für die klinische Psychiatrie so gut wie verloren war.“²⁴ Tatsächlich beschränkte sich das somatotherapeutische Repertoire der Psychiatrie auch um die Jahrhundertwende auf sehr bescheidene Mittel, wie der Einsatz von Brom und lauen Wannenbädern zur Sedierung und die Opiumbehandlung der Depressionen. Gefördert worden war jedoch neben dem neuroanatomischen Spezialwissen und der akademischen Reputation der Psychiatrie als einer nun schon fast gleichberechtigten medizinischen Spezialdisziplin vor allem auch ein objektivierend-distanziertes Verhältnis zum Kranken, in den [28] mehr die gestörte Funktion als die leidende Person gesehen wurde. Extreme Ausdrucksformen dieser problematischen und später direkt zu antihumanen Praxisformen führenden Einstellungen bildeten die im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts bereits Fuß fassenden Degenerationslehren und die ersten Vorstellungen, man könne der Krankheit Herr werden, indem man ihre Träger noch strikter der Asylisierung unterwirft und von der Fortpflanzung ausschließt.

Da die praktisch-klinischen Konsequenzen der „hirnpsychiatrischen“ Forschungsrichtung den dringenden Erfordernissen eines immer umfangreicher werdenden Versorgungssystems in keiner Weise gerecht zu werden vermochten, wandte sich das Interesse dann bereits um die Jahrhundertwende mehr Erfolg versprechenden neuen Ansätzen zu. Besonders herausragende Bedeutung erlangte dabei dann Emil Kraepelins (1856–1926) klinisches Konzept mit einer neuartigen Synthese zwischen den Grundannahmen der naturwissenschaftlichen Krankheitsinterpretation und der auf die klinisch relevanten Probleme der nosologischen Differenzierung und sorgsamem Verlaufsbestimmung unmittelbar bezogenen deskriptiven Erfahrungsanalyse. Da dieser Ansatz jedoch erst im 20. Jahrhundert voll zur Wirksamkeit gelangt, kann an dieser Stelle darauf nicht mehr näher eingegangen werden.

Die Gesamtbilanz der Erkenntnisentwicklung zu Grundfragen der Psychiatrie für das gesamte 19. Jahrhundert war alles in allem weniger günstig, als der rasche Aufschwung der institutionellen Formen der psychiatrischen Versorgung und die akademische Etablierung des Fachgebietes es vermuten lassen. Auf der Seite erreichter positiver Leistungen standen erhebliche Fortschritte in der deskriptiven Erfassung der Symptomatologie und der nosologischen Klassifikation auf der Grundlage klinischer Erfahrungen und eine Fülle neuer Einsichten in die Gehirntätigkeit und die Verursachung neurologischer Krankheitsformen. Nicht erreicht wurde eine akzeptable Erklärung der psychotischen Phänomene und eine hinreichend komplexe methodologische Orientierung der Untersuchungen zur Ätiologie und Pathogenese eigentlich psychiatrischer Krankheitsbilder. Am wenigsten befriedigen konnten die Ergebnisse des Suchens nach neuen und effektiveren therapeutischen Mitteln und Strategien. Dies vor allem führte neben einer Reihe von sozialen Ursachen zu dem für das Ende des Jahrhunderts und die nachfolgenden Jahrzehnte besonders starken Trend einer ständigen Insuffizienz des sich quantitativ rasch entwickelnden Versorgungssystems der Psychiatrie gegenüber dem ständig steigenden Betreuungsbedarf. Den äußerlichen Ausdruck dafür bildete der Umstand, daß eine stets steigende Zahl von Heilanstalten mit einer kontinuierlichen Erweiterung der Bettenkapazitäten nicht ausreichte, um die zu betreuenden Patienten angemessen zu versorgen. Der außerordentlich hohe Anteil an in den Anstalten verbleibenden Patienten mit chronifizierenden Verläufen war dafür maßgeblich bedeutsam. Die medizinische Kompetenz für die Krankenbehandlung war voll durchgesetzt und

²⁴ Nissel, F.: Über die Entwicklung der Psychiatrie in den letzten 50 Jahren. Archiv für Psychiatrie, 8 (1904): 510–524.

real auch insofern existent, als Ärzte die Behandlung leiteten und dabei an das medizinische Erfahrungswissen der Zeit anknüpften – der in dieser Kompetenzübernahme liegende Anspruch auf effektive Therapie konnte jedoch noch keineswegs voll [29] eingelöst werden. Welch große Zahlen von Patienten dabei von der noch keineswegs befriedigenden Leistungsfähigkeit der Psychiatrie und deren von tradierten Normen geprägten Anstaltsbewahrung betroffen waren, kann an nur wenigen statistischen Daten abgelesen werden. Für das Deutsche Reich wurden beispielsweise 1877 bereits 93 öffentliche Anstalten mit 33.023 Patienten gezählt; 1904 war die Zahl der Anstalten auf bereits 180 angewachsen, die der Patienten auf 111.951²⁵. Welche konfliktvollen Prozesse dabei auch den Auf- und Ausbau dieses Versorgungssystems im Einzelnen begleiteten, geht aus einer Reihe von speziellen Beiträgen dieses Bandes hervor – die dabei gezeigte Einsatzbereitschaft und auch Reformfreudigkeit vieler Fachvertreter verdient auch durchaus Anerkennung. Am Ende des Prozesses blieb jedoch ein Widerspruch bestimmend für die historische Situation der Psychiatrie – der Widerspruch zwischen den nur erst begrenzten Handlungsmöglichkeiten gemäß dem „Bewahrungsauftrag“ der Medizin, der die Heilung und den Schutz des Kranken in den Mittelpunkt des ärztlichen Verhaltens rückt und den erzwungenen Verfahrensweisen gemäß dem „Verwahrungsauftrag“ der Gesellschaft, der vor allem die ständige Kontrolle und Disziplinierung der „Abnormen“ forderte. Der einzelne Arzt war imstande, zwischen diesen verschiedenartigen Ansprüchen Kompromisse zu schließen und Akzente sehr verschieden zu setzen – die Psychiatrie als soziale Institution konnte dies nur sehr begrenzt, da sie keine ausreichend effektiven therapeutischen Mittel besaß und in ihren Wirkungsmöglichkeiten von den gesellschaftlichen Mächten abhängig blieb.

Wesensmerkmale der Entwicklung der Psychiatrie im 19. Jahrhundert

Im Sinne einer Zusammenfassung soll nun abschließend versucht werden, die wichtigsten Momente der Psychiatrieentwicklung im 19. Jahrhundert thesenhaft zu charakterisieren.

1. Das 19. Jahrhundert bringt die Verselbständigung der Psychiatrie zu einer medizinischen Spezialdisziplin. Hier entstehen erstmals von den zunächst noch sehr allgemeinen medizinischen Krankheitskonzepten abgehobene spezielle theoretische Systeme zur Erfassung der Gesetzmäßigkeiten psychischer Erkrankungen, deren Entwicklung mit dem allgemeinen Trend in der medizinischen Erkenntnisdynamik verbunden bleibt, deren Eigentümlichkeiten jedoch stark von noch fehlenden Einsichten in Basisprozesse des psychischen Geschehens einerseits, von vornehmlich deskriptiven Aufarbeitungen neuer klinischer Erfahrungen andererseits geprägt werden.
2. Die Grundlage für diese Verselbständigung der Psychiatrie bildet ein sich erstmals unter ärztlicher Leitung und medizinischer Kompetenz entfaltendes spezielles institutionelles System zur Betreuung und Behandlung psychisch Kranker. Dessen Anfänge entstehen bereits in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts in England; seine vollständige Ausprägung erfolgt in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts in den ökonomisch ent-[30]wickelten Ländern Europas überaus rasch. Charakteristische Etappen dieses Prozesses sind: die Auflösung undifferenzierter Internierungshäuser, die Schaffung spezialisierter Heil- und Pflegeanstalten für psychisch Kranke und die Entstehung eines vielschichtigen Systems von bereits besonderen Zwecken dienenden unterschiedlichen Formen solcher Einrichtungen.
3. Den Unterbringungs- und Behandlungsinstitutionen bleibt zunächst eine an der Tradition der vorhergehenden Irrenverwahrung anknüpfende Tendenz zur Abgrenzung gegenüber der Gesellschaft eigen. Das vorgebliche Erfordernis des Schutzes der Gesellschaft vor den Kranken spielt in der Motivation derartiger „soziofugaler“ Strukturen ebenso eine Rolle, wie die Hoffnung auf die heilsame Wirkung der ländlichen Idylle oder das zum Ende des 19. Jahrhunderts spürbare Bestreben der Verhinderung der Fortpflanzung Geisteskranker. Die alten Formen einer repressiven Disziplinierung wurden damit in weniger auffälligen Wirkungstrends der institutionellen Strukturen reproduziert und zugleich verdeckt. Eine „Humanisierung“ der Irrenbehandlung erfolgt mithin nur partiell.

²⁵ Blasius, D.: Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses. Frankfurt/M. 1980.
Blasius, D.: Psychiatrische Versorgung in Preußen, 1880–1910. Sudh. Archiv 66 (1982) 2: 105–128.

4. Im Zuge der „Medizinalisierung“ der Irrenbehandlung im Sinne der Übernahme der Betreuung durch Ärzte bleiben zunächst noch wesentliche Elemente der Einrichtungspraxis der vorhergehenden repressiven Irrenverwahrung erhalten und in der Gestalt von Milieuthherapie, Psychagogik und Arbeitstherapie bestimmend. Somato-therapeutische Mittel neuer Art werden noch nicht gefunden. Die „Medizinalisierung“ bringt damit zwar eine neue Stellung des Geisteskranken mit sich, die durchaus progressiv wirkt, ihre Beschränktheit besteht darin, daß sie ihren vollen Anspruch auf wissenschaftlich fundierte Behandlung noch nicht einzulösen vermag.
5. In Deutschland speziell steht die Herausbildung medizinischer Konzepte zur psychischen Krankheit in den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts im Zeichen naturphilosophisch unterlegten anthropologischen Denkens, wodurch zwar das Interesse für die spezielle Eigendynamik des psychopathologischen Geschehens und die Persönlichkeit der Kranken erhalten bleibt, moralisierende Beurteilungen der Krankheit und spekulative Interpretationen jedoch ebenfalls die kognitive Entwicklung behindern. Neue methodologische Ideen zur Forschungsgestaltung werden auf dieser Basis nicht entwickelt. Die Vorstellungen zur Praxis der Irrenbehandlung werden den Erfahrungen anderer Länder entlehnt – radikaler als anderswo wird jedoch der Einsatz von Zwangsmitteln propagiert. Diese Besonderheiten stehen in Beziehung zu den noch rückständigen sozialökonomischen und ideologischen Bedingungen der feudalsolutistischen Herrschaftsformen.
6. Im Rahmen des um die Mitte des 19. Jahrhunderts einsetzenden generellen Aufschwungs der naturwissenschaftlichen Forschung in der Medizin gewinnen auch in der Psychiatrie Bestrebungen zu einer entschiedeneren Rückführung psychischer Erkrankungen auf gestörte Strukturen und [31] Prozesse des Gehirns und des Nervensystems an Einfluß. Den ersten derartigen Trend repräsentiert die physiologische Interpretation der Geisteskrankheit, deren Hauptvertreter in Deutschland W. Griesinger war. Eine zweite Entwicklung in dieser Richtung knüpft an die interessanten Ergebnisse der Hirnforschung an und gewinnt in Deutschland vor allem ab 1870 erheblich an Gewicht. Positive Ergebnisse dieser Forschungsbemühungen bestehen vorwiegend in der Vertiefung des neuroanatomischen Wissens und in der Bereicherung der Erkenntnisse und der Wirkungsmöglichkeiten der klinischen Neurologie. Für die Psychiatrie im engeren Sinne bleibt der Erkenntnissertrag gering.
7. Eben diese starke Anpassung der Psychiatrie in den theoretischen Vorstellungsweisen und in der speziellen Forschung an die Ideale einer naturwissenschaftlich fundierten Medizin fordert auch ihre akademische Etablierung in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts. Die auf diese Weise sich entfaltende Universitätspsychiatrie bleibt jedoch den Erfordernissen der praktischen Versorgung der psychisch Kranken weitgehend entfremdet und fördert eine problematische Einstellung zum psychisch Kranken als Objekt, die den vorhergehenden Generationen von Anstaltspsychiatern nicht eigen war.
8. Maßgeblich bedeutsam für die letzten Endes unzureichende therapeutische Effizienz und begrenzte humane Qualität der Betreuung psychisch Kranker durch die Psychiatrie des 19. Jahrhunderts bleibt das kontinuierlich sich erhaltende Mißverhältnis zwischen stets wachsenden Zahlen von Patienten und den immer beschränkt bleibenden Potenzen ärztlicher Leistungen. Obwohl in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts auch die institutionelle Basis der psychiatrischen Versorgung eine rasche quantitative Entwicklung erfährt, bleibt infolge der viel zu hohen Anteile chronisch verlaufender Erkrankungsfälle der Aufnahmedruck erhalten und die ärztliche Besetzung völlig unzureichend. Dies alles befördert zum Ausgang des Jahrhunderts die Angst vor gravierenden negativen Folgen für die Gesellschaft und schafft damit auch die Ansätze für die Suche nach radikalen, aber im Prinzip ahumanen Lösungen des Problems der Geisteskrankheit.

Abbildungen

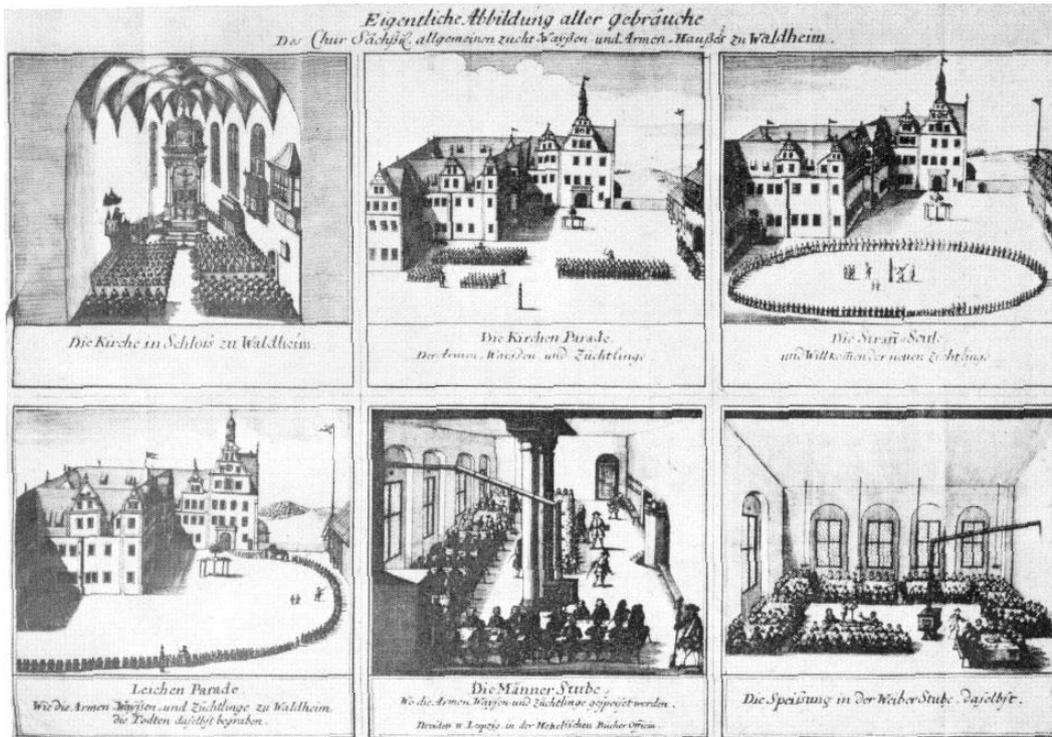


Abb. 1: Szenen aus der repressiven Verwahrungspraxis und Grundriß des landeseigenen Zucht-Waisen- und Armenhauses in Waldheim.

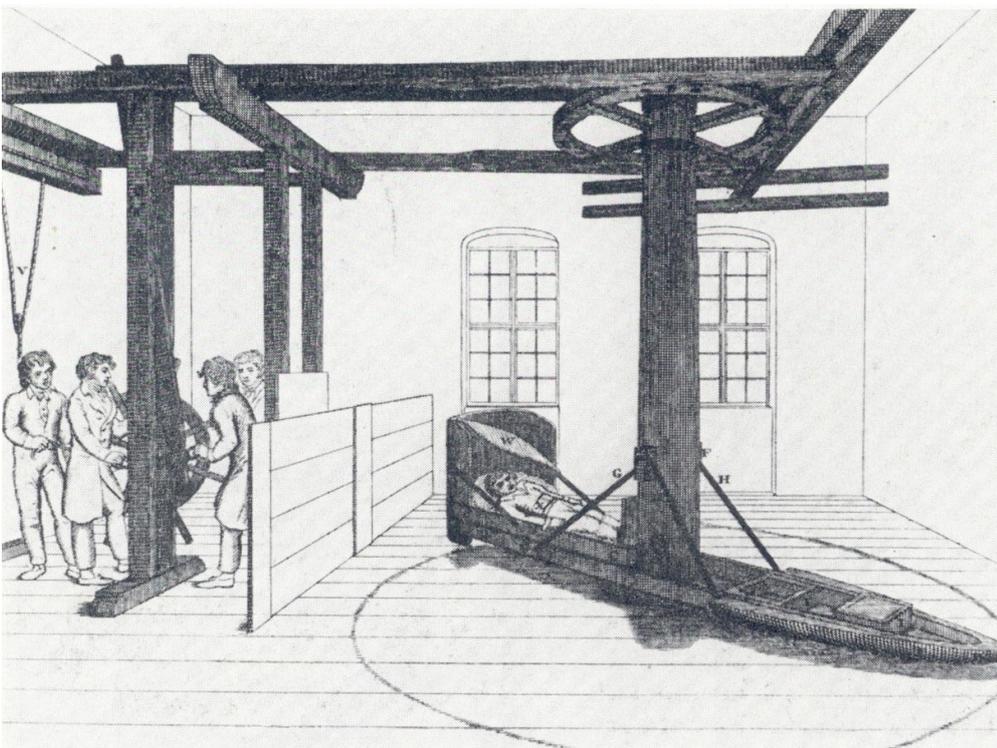


Abb. 2: Die in der Irrenanstalt der Charité, Berlin, gebräuchliche Drehmaschine, ein Beispiel für einen sich auf Zucht und Züchtigung stützenden Umgang mit dem psychisch Kranken in der Zeit der Aufklärung und Romantik.



Abb. 3a: Philippe Pinel, der Begründer der Psychiatrie als einer sich medizinisch verstehenden Disziplin in Frankreich und Initiator der Irrenreform im Gefolge der französischen Revolution

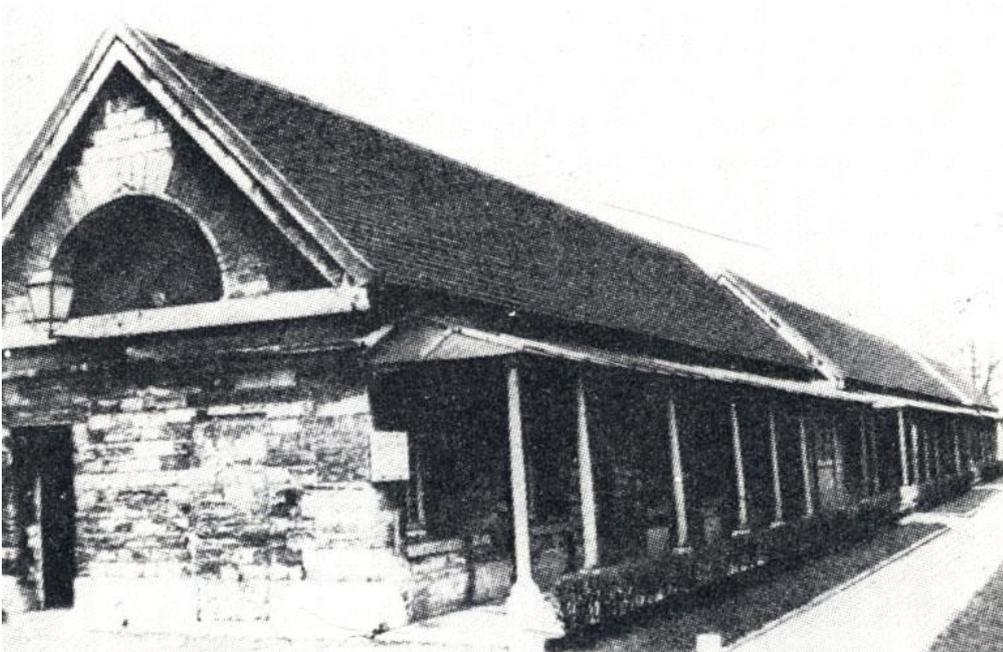


Abb. 3b: Die „Petites Loges“ zur Aufnahme chronisch Geisteskranker im Hôpital de la Salpêtrière in Paris. Wirkungs-ort Philippe Pinels seit 1775 und seines Schülers Jean Dominique Esquirol.



Abb. 4: Jean Etienne Dominique Esquirol, ein Vertreter der im Frankreich des beginnenden 19. Jahrhunderts entstehenden empirisch-sensualistischen Richtungen in der Psychiatrie.



Abb. 5: Johann Christian August Heinroth, ein Psychiater der Romantik, erhält erstmals für Europa 1811 in Leipzig eine a. o. Professur für psychische Therapie. Die Verleihung dieser Professur ist ein erster Schritt zur Verselbständigung der Psychiatrie als einer akademischen medizinischen Disziplin.



Abb. 6: Wilhelm Griesinger, prominentester Vertreter des Konzepts von der Einheitspsychose im Deutschland um die Mitte des 19. Jahrhunderts.

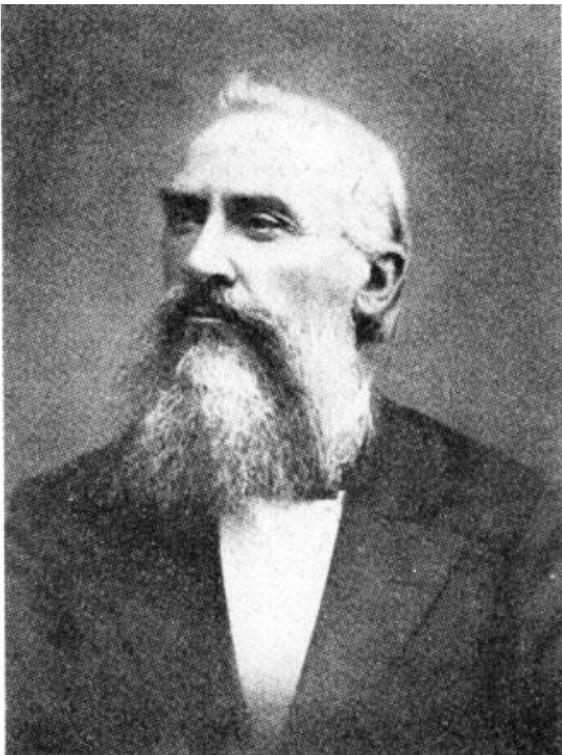


Abb. 7: Karl Ludwig Kahlbaum, seit 1866 an einer Privatirrenanstalt in Görlitz tätig, formuliert, letztlich noch auf der Grundlage des Konzepts von der Einheitspsychose, mit Ewald Hecker die Beschreibung der Krankheitsbilder Katatonie und Hebephrenie.



Abb. 8: Paul Flechsig erhält aufgrund seiner anatomischen Arbeiten über den Feinaufbau des Gehirns 1882 das Direktorat der neubauten Universitäts-Nervenlinik in Leipzig, obwohl er bis zu diesem Zeitpunkt noch keinen Patienten behandelt hatte.

Literatur

- [1] Arnold, Th.: Observations on the nature, kinds, causes and prevention of insanity, lunacy or madness. 2 Bd., Leicester 1782/1786
- [2] Blasius, D.: Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses. Frankfurt/M. 1980
- [3] Blasius, D.: Psychiatrische Versorgung in Preußen, 1880–1910. Sudh. Archiv 66 (1982) 2: 105–128
- [4] Chrichton, A.: Inquiry into the nature and origine of mental derangement. 3 Bd. London 1798 (dtsh: Über Natur und Ursprung der Geisteszerrüttung. Leipzig 1798)
- [5] Dörner, K.: Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt/M. 1969
- [6] Donalies, Ch.: Zur Systematik der Psychiatrie vor Wernicke, Kraepelin und Bonhoeffer. Psychiat. Neurol. med. Psych. 23 (1971): 411–419
- [7] Esquirol, J. E. D.: Allgemeine und spezielle Pathologie und Therapie der Seelenstörungen. Leipzig 1827
- [8] Esquirol, J. E. D.: Die Geisteskrankheiten in Beziehung zur Medizin und Staatsarzneykunde. Berlin 1838
- [9] Foucault, M.: Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt/M. 1969
- [10] Griesinger, W.: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Stuttgart 1845
- [11] Guislain, J.: Abhandlung über die Phrenopathien oder neues System der Seelenstörungen. Stuttgart und Leipzig, 1838
- [12] Haslam, J.: Beobachtungen über den Wahnsinn. Stendal 1800
- [13] Heinroth, J. C. A.: Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung. 2 Bd. Leipzig 1818
- [14] Heinroth, J. C. A.: Anweisung für angehende Irrenärzte zu richtiger Behandlung ihrer Kranken. Leipzig 1825
- [15] Jetter, D.: Zur Typologie des Irrenhauses in Frankreich und Deutschland (1780–1840) Wiesbaden 1971
- [16] Jetter, D.: Grundzüge der Geschichte des Irrenhauses. Darmstadt 1981
- [17] Kahlbaum, C. L.: Die klinisch-diagnostischen Gesichtspunkte der Psychopathologie. Leipzig 1878
- [18] Langermann, J. G.: De methodo cognoscendi curandique animi morbos stabilienda. Leipzig 1789
- [19] Mette, A.: W. Griesinger. Leipzig. 1976
- [20] Nissel, F.: Über die Entwicklung der Psychiatrie in den letzten 50 Jahren. Archiv für Psychiatrie, 8 (1904): 510–524
- [21] Pargeter, W.: Theoretisch-praktische Abhandlung über den Wahnsinn. Leipzig 1793
- [22] Perfect, W.: Select cases in different species in insanity, lunacy or madness. Rochester 1787
- [23] Pinel, Ph.: Philosophisch-medizinische Abhandlung über Geistesverirrungen oder Manie. Wien 1801
- [24] Reil, J. Ch.: Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttung. Halle 1803

[25] Rittershaus, E.: Die Irrengesetzgebung in Deutschland nebst einer vergleichenden Darstellung des Irrenwesens in Europa. Berlin u. Leipzig 1927

[26] Ruff, P. W.: Die naturwissenschaftliche Medizin – Entstehung, Wesen, Kritik und Aufhebung. Med. Diss. (B) Humboldt-Universität Berlin 1979

[27] Schereschewski, A. M.: Prinzipien der Behandlung Geisteskranker im Rußland des 19. Jahrhunderts. Psychiat. Neurol. med. Psychol. 32 (1980): 424–429

[28] Selpert, H. (Hrsg.): D. Galls Vorlesungen über die Verrichtungen des Gehirns und die Möglichkeit, die Anlagen mehrerer Geistes- und Gemüteeigenschaften aus dem Bau des Schädels der Menschen und Thiere zu erkennen. Berlin 1805

[29] Trenckmann, U.: Die institutionell-administrative Entwicklung der Unterbringung und Behandlung Geisteskranker in Sachsen vom Absolutismus bis zur bürgerlichen Revolution. Z. ges. Hyg. 25 (1979): 536–539

[30] Trenckmann, U. u. F. Ortman: Das psychodynamische Krankheitskonzept der Romantik – Testfall für die Anwendung des Kuhnschen Paradigmabegriffs in einer Humanwissenschaft. Z. f. Psychol. 188 (1980): 331–339

Quelle: Zur Geschichte der Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Hrsg. von Prof. Dr. sc. phil. Achim Thom, VEB Verlag Volk und Gesundheit. Berlin 1984.