

Cornelius Borck · Armin Schäfer (Hg.)
Das psychiatrische Aufschreibesystem

Cornelius Borck, Armin Schäfer (Hg.)

Das psychiatrische Aufschreibesystem

Wilhelm Fink

Gedruckt mit freundlicher Genehmigung der
FernUniversität in Hagen und der Universität zu Lübeck

Umschlagabbildung:
Historisches Psychiatriearchiv,
Heilanstalt Strecknitz

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen
Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Dies betrifft auch die Vervielfältigung
und Übertragung einzelner Textabschnitte, Zeichnungen oder Bilder durch alle Verfahren
wie Speicherung und Übertragung auf Papier, Transparente, Filme, Bänder, Platten und
andere Medien, soweit es nicht §§ 53 und 54 UrhG ausdrücklich gestatten.

© 2015 Wilhelm Fink, Paderborn
(Wilhelm Fink GmbH & Co. Verlags-KG, Jühenplatz 1, D-33098 Paderborn)

Internet: www.fink.de

Einbandgestaltung: Evelyn Ziegler, München
Printed in Germany
Herstellung: Ferdinand Schöningh GmbH & Co. KG, Paderborn

ISBN 978-3-7705-5773-8

Inhalt

CORNELIUS BORCK, ARMIN SCHÄFER Das psychiatrische Aufschreibesystem	7
--	---

I. NOTIEREN

SOPHIE LEDEBUR Verstetigen eines Moments. Zum Verfahren des stenographischen Protokollierens in der Psychiatrie.	29
--	----

VOLKER HESS Die Buchhaltung des Wahnsinns. Archiv und Aktenführung zwischen Justiz und Irrenreform	55
--	----

MAX GAWLICH Tabellen, Kurven, Schocks. Somatische Therapien und ihre Aufschreibesysteme	77
---	----

II. BEOBACHTEN

JOHANNES KASSAR Ein Fall, zwei Affen, zwei Seelen. Über die psychiatrische Formatierung eines infamen Lebens	95
--	----

BIRGIT STAMMBERGER Der psychologische Versuch als Schreib-Experiment. Erkundungen von Aufschreibepraktiken im Spannungsfeld von Psychiatrie und Psychoanalyse	119
--	-----

PETRA FUCHS UND WOLFGANG ROSE „Unter Wahrung der gegenseitigen Kompetenzen“ Pädagogische Beobachtungen in den Krankenakten der psychiatrischen Kinderbeobachtungsstation an der Charité (1921-1933)	135
--	-----

III. SCHREIBEN

SONJA MÄHLMANN Der Realitätstest. Die Zeitung von gestern in der Psychiatrie um 1900	155
---	-----

RUPERT GADERER ,Querulantenwahnsinn'. Papierflut, Graphologie und Rechtsgefühl.	181
SOPHIA KÖNEMANN Anamnesen – Anekdoten – Abenteuer. Fabulieren im Aufschreibesystem der Psychiatrie.	201
IV. AUFMERKEN/SORTIEREN	
NOVINA GÖHLSDORF Wie man aufschreibt, was sich nicht zeigt. Autismus als Widerstand und Anreiz früher kinderpsychiatrischer Aufzeichnungen	225
MARIETTA MEIER Progredienter Verlauf. Koordinaten einer Krankengeschichte	245
Abbildungsverzeichnis	265
Autorinnen und Autoren.	269

Das psychiatrische Aufschreibesystem

1.

Im 19. Jahrhundert wurde in den psychiatrischen Kliniken die patientenbezogene Dokumentation etabliert. Die Dokumentation erfolgte in Form einer Krankenakte, welche die offene Struktur eines Heftes oder Albums besaß und zwischen ihren Deckeln Schriftstücke und Dokumente versammelte, die in irgendeinem Bezug zum Patienten standen. Die Ärzte erhoben eine Anamnese, zeichneten ihre Beobachtungen auf, trugen auf Formblättern ausgewählte Angaben ein, baten Patienten und Angehörige um schriftliche Äußerungen, reizten sie zur Abfassung von Ego-Dokumenten an, sammelten ihre Schriften und Zeichnungen oder leiteten ihre Briefe nicht weiter. Die Krankenakten waren ein Element in einem weit verzweigten Aufschreibesystem, das bis in die Infrastruktur der Klinik, die Publikationskultur der Disziplin, aber auch in die Justiz und in den sozialen Umgang mit Psychiatriepatienten hinein reichte.

Der Begriff des psychiatrischen Aufschreibesystems, der an Friedrich Kittlers wegweisende Begriffsschöpfung anknüpft,¹ soll Techniken und Verfahren bezeichnen, die in der Psychiatrie die Herstellung, Adressierung, Speicherung und Verarbeitung von Daten ermöglichen. Der Begriff lenkt das Augenmerk auf die Aufzeichnung von Phänomenen, die Erhebung und Archivierung von Befunden und deren Weiterverarbeitung. Er eröffnet insofern eine epistemologische Perspektive, die eine *Science in action* in den Blick nimmt.² Anhand der Techniken und Verfahren des Notierens, Beobachtens, Schreibens und Verarbeitens kann nicht nur die Entwicklung psychiatrischer Bürokratie nachgezeichnet, sondern auch verfolgt werden, wie die psychiatrischen Methoden ein Wissen formieren, Machtkonstellationen errichten und Ontologien des Wahnsinns herstellen.

Das psychiatrische Aufschreibesystem ist nicht der Dreh- und Angelpunkt, an dem fasslich würde, wie die Psychiatrie tatsächlich funktionierte. Weder ist es in der Psychiatrie ein primäres Ordnungssystem wie die Architektur, noch geben die Akten besonderen Aufschluss über Diskurse und Praktiken der Psychiatrie. Als Dokumente klinischer Routinen verzeichnen sie oft nur, was als Abweichungen von der geregelten Praxis vorfällt.³ Das Aufschreibesystem entwickelt jedoch eine Eigenlogik, die in, mit und neben der Verwissenschaftlichung der Psychiatrie zu

1 Friedrich A. Kittler, *Aufschreibesysteme 1800 · 1900*, München: Wilhelm Fink, 1985.

2 Siehe Bruno Latour, *Science in action. How to follow scientists and engineers through society*, Cambridge, MA.: Harvard University Press, 1987.

3 Vgl. Harold Garfinkel, „Good‘ organizational reasons for ‚bad‘ clinical records“, in: ders., *Studies in Ethnomethodology*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1967, S. 186-207.

entziffern ist: Es treibt sowohl die Überwachungs- und Kontrollfunktion der Psychiatrie an, die in der Einschließung der Patienten besteht, als auch die medizinisch-wissenschaftliche Funktion. Zwar definierte es weder die Wissenschaftlichkeit der Psychiatrie noch verbürgte es deren disziplinäre Identität. Dennoch brachte es epistemische Effekte hervor und setzte eine Dynamik in Gang, welche die psychiatrischen Nosologien stabilisierte und wieder in Frage stellte, gefundene Differenzierungen permanent über sich hinaus trieb und Klinik und Forschung zu einem nicht abzuschließenden Projekt werden ließ.

Was immer in einer Akte stand, konnte Aufmerksamkeit erzeugen für etwas, das in der Akte (noch) fehlte. Das Aufschreibesystem fachte nicht nur einen regelrechten Exzess von Untersuchungen an, die undeutliche und zweifelhafte Phänomene klären, flüchtige Symptome festhalten und unsichere Diagnosen stabilisieren sollten, sondern reichte auch in den Kern psychiatrischer Beobachtung. So wurden die für die Administration erforderlichen Angaben zur Biographie der Patienten, zu Herkunft, Status, Vorgeschichte, aber auch Ego-Dokumente oder Briefe von Angehörigen und Verwandten mit ihrer Aufnahme in die Akte zu Kristallisationskeimen möglicher psychiatrischer Beobachtungen und Auswertungen. Nicht zuletzt aufgrund der Offenheit psychiatrischer Dokumentation konnten die Grenzen dessen, was überhaupt von Relevanz war, nicht abgesteckt werden, und es ließ sich zudem nicht festlegen, unter welchen Bedingungen psychiatrische Beobachtungen gelingen. Der Selbstlauf des psychiatrischen Aufschreibesystems drohte auch Effekte zu verstärken oder gar hervorzubringen, die vom Wahnsinn ununterscheidbar waren. So wie die Internierung jene Psychosen erzeugen konnte, welche die Psychiater zu erforschen und zu therapieren versuchten, so produzierte auch das Aufschreibesystem neuartige Wahninhalte, Symptome, Krankheitseinheiten und Persönlichkeitstypen, wie etwa die Querulanz und die querulatorische Persönlichkeit demonstrieren.

Das psychiatrische Aufschreibesystem hatte seine Anfänge in den Verwaltungsaufgaben, die aus der Situierung der psychiatrischen Anstalt zwischen dem psychisch auffälligen Individuum und dem Staat resultierten. Die Geschichte der psychiatrischen Krankenakten zeigt, wie eine Beurteilung psychiatrischer Patienten von Beginn an von den Forderungen der Verwaltung durchwoben war und von Erwartungen angetrieben wurde, dass Geistesstörungen therapiert werden können: Die Kostenträgerfrage setzte einen Verwaltungsakt in Gang, in dessen Durchführung medizinische Beurteilungen rationale Begründungen für neue therapeutische Handlungen generieren konnten. Patienten konnten in andere Anstalten abgeschoben, interessante Fälle für Klinik und Forschung aber nur akquiriert werden, wenn die Darstellung dieser Fälle mit dem Verwaltungsregime konform war, wie umgekehrt das Durchlaufen dieser Routine dem Akt der medizinischen Beurteilung juristische Legitimation verlieh. Das psychiatrische Aufschreibesystem bezeichnet keinen Nullpunkt psychiatrischen Wissens, sondern weist auf eine Vorgängigkeit der Verfahren des Notierens, Aufschreibens und Ordnen hin.

2.

In der naturwissenschaftlichen Medizin setzte sich im 19. Jahrhundert die Auffassung durch, „daß Krankheiten spezifische Störungen seien, die bei allen Individuen gleichartige Veränderungen hervorrufen“.⁴ Auch wenn Krankheiten individuell variierten, wurden sie hauptsächlich durch die sogenannte „Natur der Störung“⁵ bestimmt. Die Entdeckung der Ursachen von spezifischen Krankheiten, wie z. B. Infektionen, trug maßgeblich zur Durchsetzung eines kausalen Krankheitsmodells bei, das schließlich zum Inbegriff der Verwissenschaftlichung in der Medizin wurde: Die Ursachen definierten Krankheiten und waren Grundlage für Aussagen über Verlauf und Ausgang der Fälle. Auch die Psychiatrie stützte sich im Zuge ihrer Verwissenschaftlichung, die in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts voranschritt, auf dieses Modell: Man suchte nach den Ursachen der als Alienation, Irrsinn, Wahnsinn oder Geisteskrankheit bezeichneten Störungen im Gehirn und in den Nerven. Die allgemeine Heuristik, der die Psychiatrie folgte, fasst ein Lehrsatz zusammen, der Wilhelm Griesinger zugeschrieben wird: „Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten.“⁶ Die psychiatrische Forschung selbst erfolgte lange Zeit entweder am Tiermodell – man seziierte Tiere, um die Funktionsweise des menschlichen Gehirns zu entschlüsseln – oder arbeitete auf der Grundlage eines post mortem erhobenen pathologischen Befunds, der an der Leiche aufzeigen sollte, welche Veränderungen im Gehirn des Erkrankten stattgefunden hatten. Zum einen dienten Paralyse und Demenz, die mit charakteristischen Veränderungen der Gewebestruktur einhergehen, als Modellerkrankungen und stellten eine Korrelation von Geisteskrankheiten mit Veränderungen des Gewebes in Aussicht. Zum anderen hatten die Untersuchungen der Gehirne von Patienten mit Schlaganfällen und Sprachstörungen eine regelrechte Anatomie der Sprache zutage gefördert und so die Hoffnung genährt, dass die beobachtete funktionelle Gliederung der Großhirnrinde bis in die Verzweigungen psychiatrischer Krankheitsbilder verlängert werden könnte.

Die Erwartung, dass die Pathologie die ätiologischen Fragen klären würde, erfüllte sich allerdings nicht, weil sie für zahlreiche Erkrankungen keine aussagekräftigen Ergebnisse lieferte. „Man kann indessen nicht sagen“, resümierte Emil Kraepelin den Stand der Forschung, „dass bis heute die Ergebnisse der pathologisch-anatomischen Untersuchung des Gehirns das Verständniss der Geistesstörungen wirklich wesentlich gefördert haben. [...] Ganz abgesehen davon, dass uns der eigentliche Zusammenhang zwischen Gehirnveränderung und psychischer Anomalie völlig räthselhaft bleibt, lässt uns der Sectionsbefund gerade bei einer

4 Johanna Bleker, „Der Wandel der medizinischen Prognostik unter dem Einfluß der naturhistorischen Methode im 19. Jahrhundert“, in: *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte* 2 (1979), S. 79-86, hier S. 79.

5 Ebd.

6 Zu der verkürzenden und einseitigen Rezeption Griesingers, die in dieser Zuschreibung kulminiert, siehe Heinz Schott, Rainer Tölle, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitsformen, Irrwege, Behandlungsformen*, München: C.H. Beck, 2006, S. 77.

Reihe der tiefgreifendsten Formen des Irreseins noch immer gänzlich im Stiche“.⁷ Zwar wurden weiterhin Präparate erstellt und hochfliegende Erwartungen an die Hirnforschung geknüpft, wie nicht zuletzt psychiatrische Lehrbücher demonstrieren, die eine ätiologische Gliederung des Stoffgebiets auf pathologischer bzw. physiologischer Grundlage unternahmen.⁸ Den Psychiatern wurde aber seit den achtziger Jahren des 19. Jahrhunderts zunehmend klar, dass die Pathologie nicht der Königsweg zur Verwissenschaftlichung des Fachs sein konnte, sondern allenfalls ihr krönender Abschluss: „Wenn die einzige Ueberzeugung, welche heute wohl von allen Irrenärzten rückhaltlos geteilt wird, richtig ist, wenn wirklich alle Psychosen an krankhafte Prozesse in der Hirnsubstanz gebunden sind, dann dürfen wir den Nachweis pathologischer Spuren daselbst mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit von einer besser gerüsteten näheren oder fernerer Zukunft erwarten.“⁹

In den Kliniken und Anstalten erzeugte eine steigende Zahl von Patienten einen Handlungsdruck.¹⁰ Die Psychiatrie verfügte zwar durchaus über therapeutische Maßnahmen. Die Erforschung der Ätiologien kam aber nur in winzigen Schritten voran. Man konnte das kausale Modell der Allgemeinmedizin nicht mit gleichem Erfolg in die Psychiatrie übernehmen, weil bei den sogenannten Geisteskrankheiten der Nexus zwischen Ursache und Wirkung ungleich schwieriger zu bestimmen war als etwa bei einer Infektion. Zwar ließen sich Infektionskrankheiten trotz des Durchbruchs bei der Ursachensuche noch nicht behandeln. Dennoch weckten solche Erfolge der ätiologischen Forschung hohe Erwartungen auch in der Psychiatrie. Pathologie und ätiologische Forschung konnten aber nicht die drängenden Probleme der Kliniken und Anstalten lösen, die immer mehr Patienten aufzunehmen und zu versorgen hatten.

Die Psychiatrie musste neue Wege der Forschung einschlagen. In dieser Situation schlug Kraepelin ein klinisch-empirisches Forschungsprogramm vor. Die psychiatrische Forschung sollte auf drei Säulen beruhen: auf der Pathologie, auf den Ergebnissen der experimentellen Psychologie und auf der klinischen Beobachtung. Es wurden mikroskopische Präparate des Gehirns und Rückenmarks hergestellt und umfangreiche neuropathologische Sammlungen angelegt;¹¹ die Methoden der Experimentalpsychologie zogen in die Psychiatrie ein;¹² die klinischen Untersu-

7 Emil Kraepelin, „Die Richtungen der psychiatrischen Forschung. Vortrag, gehalten bei der Uebnahme des Lehramtes an der Kaiserlichen Universität Dorpat“, in: ders., *Kraepelin in Dorpat 1886-1891*, hg. v. Wolfgang Burgmair, Eric J. Engstrom, Albrecht Hirschmüller u. a., München: belleville, 2003, S. 55-80, hier S. 59f.

8 Siehe z. B. Paul Möbius, *Diagnostik der Nervenkrankheiten*, 2. Aufl. Leipzig: Vogel, 1894.

9 Kraepelin, „Die Richtungen der psychiatrischen Forschung“ (wie Anm. 7), S. 59f.

10 Im Jahr 1877 gab es im Deutschen Reich 93 öffentliche Anstalten mit knapp 32.000 Insassen; 24 Jahre später war die Zahl der Anstalten auf 164 gestiegen, während die Zahl der Insassen auf 98.954 angestiegen war. Siehe Eric J. Engstrom, *Clinical Psychiatry in Imperial Germany. A History of Psychiatric Practice*, Ithaca, London: Cornell University Press, 2003, S. 30f.

11 Vgl. Walter Spielmeier, *Technik der mikroskopischen Untersuchung des Nervensystems*, Berlin: Julius Springer, 1924.

12 Emil Kraepelin, „Der psychologische Versuch in der Psychiatrie“, in: *Psychologische Arbeiten*. Erster Band, hg. v. ders., Leipzig: Wilhelm Engelmann, 1896, S. 1-91, hier S. 4.

chungsmethoden wurden systematisiert und verbessert. Zwar konnte er seine Nosologie, die grundsätzlicher Kritik ausgesetzt war, nicht durchsetzen. Seine Vorschläge leiteten aber eine Verwissenschaftlichung der Psychiatrie ein. Die neuen psychiatrischen Untersuchungs- und Testmethoden galten als „der eigentliche Wendepunkt in der Entwicklung der klinischen Psychiatrie bei ihrer Umwandlung zu einer methodischen Wissenschaft“.¹³ Kraepelins neues Forschungsprogramm sah vor, „ausser den körperlichen Zuständen der Hirnrinde auch die psychischen Erscheinungen gesondert zu erforschen. Wir erhalten auf die Weise“, so erklärte er, „zwei Reihen innig mit einander verbundener, aber ihrem Wesen nach unvergleichbarer Tatsachen, das körperliche und das psychische Geschehen. Aus den gesetzmässigen Beziehungen beider zu einander geht das klinische Krankheitsbild hervor“.¹⁴

Kraepelin beschränkte die methodisch angeleitete Aufzeichnung von Phänomenen und die Sammlung von Daten keineswegs auf das Labor, sondern zielte ebenso auf methodische Strenge am Krankenbett. Jedoch waren die in der psychiatrischen Klinik beobachteten Phänomene bzw. Symptome vielfach unklar und mehrdeutig. Kraepelin betonte in seinen Vorlesungen immer wieder diese „für den Anfänger verwirrende Schwierigkeit“,¹⁵ dass die Krankheitszeichen opak, der Augenschein trügerisch und die meisten Krankheitsursachen unbekannt waren. Die Psychiatrie war auf eine Beobachtung der Phänomene und Symptome zurückgeworfen, ohne diese Zeichen in einen stabilen nosologischen Zusammenhang einordnen zu können. Sie musste offenlassen, wie die Zustände von Gehirn und Nerven mit den körperlichen und psychischen Symptomen der Erkrankten zusammenhingen und war sich nicht einmal im Klaren, welche Phänomene wie als Symptome aufzufassen waren. Das neue Forschungsprogramm bot aufgrund seiner systematischen Geschlossenheit immerhin eine Aussicht auf Erfolg, wenn auch nur in ferner Zukunft:

Von der endgültigen Lösung der im vorstehenden gekennzeichneten Aufgaben ist die Psychiatrie leider nur allzu weit noch entfernt. Sie ist eine junge, im Werden begriffene Wissenschaft, und sie muss sich in harten Kämpfen erst langsam die Stellung erobern, die ihr nach Massgabe ihrer wissenschaftlichen und praktischen Bedeutung gebührt. Kein Zweifel, dass sie sich dieselbe erringen wird – stehen ihr doch dieselben Waffen zu Gebote, die sich auf den übrigen Gebieten der Medizin so glänzend bewährt haben: die klinische Beobachtung, das Mikroskop und das Experiment.¹⁶

13 Robert Sommer, *Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungs-Methoden*, Berlin: Urban & Schwarzenberg, 1899, S. 2.

14 Emil Kraepelin, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*, 5. vollst. umgearb. Aufl., Leipzig: J. A. Barth, 1896, S. 6f.

15 Emil Kraepelin, *Einführung in die psychiatrische Klinik, Dreissig Vorlesungen*, Leipzig: J. A. Barth, 1901, S. IV.

16 Emil Kraepelin, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. I. Band: *Allgemeine Psychiatrie*, 7. vielfach umgearb. Aufl. Leipzig: J. A. Barth, 1903, S. 11.

3.

Auch wenn um 1900 in der Psychiatrie weitgehend Einigkeit darüber bestand, dass identifizierbare Krankheitseinheiten tatsächlich existieren, waren Identifikation, Abgrenzung und Einteilung der Krankheiten zumeist strittig. Theodor Ziehen zählte „etwa 60“ psychiatrische Klassifikationen.¹⁷ Die Verwirklichung des Forschungsprogramms, das auf den Säulen der klinischen Beobachtung, der mikroskopischen Pathologie des Gehirns sowie physiologischen und psychologischen Experimenten beruhte, wurde durch zahlreiche Hindernisse blockiert, die von der Datenerhebung über die Auswertung der Befunde bis zur Errichtung einer überzeugenden Krankheitslehre reichten. Obwohl die Aufzeichnungen von Phänomenen und Zuständen ausgeweitet wurden und der Umfang der psychiatrischen Aufzeichnungen stetig anwuchs, schienen die Schlüsse, die gezogen wurden, fraglich: Die psychischen Störungen ließen sich nicht durch objektive Methoden erklären. Die Grenzen psychiatrischer Erkenntnis waren, wie Robert Gaupp einräumte, eng gesteckt:

Muss das Gebiet psychologischer Analyse und Deutung psychotischer Erscheinungen immer dem Reiche der Subjektivität, der Willkür angehören? Sind wir hier an einer Grenze unserer Erkenntnis, weil das psychische Geschehen beim Geisteskranken nach einem ganz anderen ‚psychischen Mechanismus‘ von statten geht als beim Gesunden? Wäre dem wirklich so, dann bliebe die Psychiatrie für alle Zeiten die verkümmerte, ich möchte fast sagen idiotische Schwester der anderen medizinischen Disziplinen.¹⁸

Um 1800 wurde der Wahnsinn als eine Störung der Seele bzw. des Zusammenspiels ihrer Vermögen definiert. Während damals noch weitgehend unbekannt war, wie die einzelnen Vermögen funktionieren und über welche Leistungsfähigkeit sie verfügen, setzte im 19. Jahrhundert eine experimentelle Erforschung des Verhaltens, der Wahrnehmung, der Denkvorgänge und des Gedächtnisses ein. So konnte mit den neuen Methoden der experimentellen Psychologie präzise ermittelt werden, wie Sinneseindrücke aufgenommen wurden, über welche Merkfähigkeit eine durchschnittliche Versuchsperson verfügte, wie schnell sie fehlerfrei im Kopf rechnen konnte oder wann sie bei welcher Tätigkeit ermüdete. Physiologische Studien, etwa zum komplexen Reflexverhalten von Tieren, gaben Anlass, über eine schon bald zu entschlüsselnde „Mechanik des Gehirnbau“ als Grundlage einer naturwissenschaftlichen Psychiatrie zu spekulieren.¹⁹ Der Einsatz technischer Medien zur Aufzeichnung von Phänomenen eröffnete Möglichkeiten einer objektiven Diagnostik: Die Beobachtungen am Krankenbett sollten durch die graphische Me-

17 Theodor Ziehen, „Tagesfragen“, in: *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie* 1:2 (1897), S. 99-104, hier S. 101.

18 Robert Gaupp, „Über die Grenzen psychiatrischer Erkenntnis“, in: *Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie* 14 (1903), S. 1-14, hier S. 12.

19 Theodor Meynert, *Zur Mechanik des Gehirnbau*, Wien: Wilhelm Braumüller, 1874.

thode, durch Photographie, Stenographie und den Phonographen ergänzt werden, um die Symptome der Erkrankungen aufzuzeichnen und systematisch auszuwerten.²⁰

Der Einsatz technischer Medien und die Ausweitung experimentalwissenschaftlicher Forschungen nährten vielfach Erwartungen an eine objektive Grundlegung der Psychiatrie. Der Gießener Psychiater Robert Sommer erhoffte von der systematischen Prüfung der Gehirnfunktionen seiner Patienten eine regelrechte „Psychoneurologie“: „Wir haben uns bemüht, die Geisteskrankheiten, sowie ihre willkürlichen und unwillkürlichen Aeusserungen als Naturerscheinungen zu betrachten und die verschiedenen Methoden zur Analyse derselben festzustellen.“²¹ Die neuen Möglichkeiten zur Vermessung der Seelentätigkeiten ließen immer neue technisch generierte Messreihen entstehen. Aber auch die Aufzeichnungen von Kurven, Reaktionszeiten, Physiognomien und Visualisierungen konnten die erhoffte objektive Basis für die klinische Forschung und die Diagnostik nicht herstellen. Die Messungen waren zwar objektiv, aber weder eindeutig noch homogen. Stattdessen erzeugten sie eine unübersichtliche Gemengelage empirischer Daten. Oswald Bumke konstatierte den Ertrag von nahezu drei Jahrzehnten Forschung wie folgt: „Für die Untersuchung des Gedankenablaufs sind im Laufe der letzten Jahrzehnte mehrere neue experimentelle Methoden angegeben worden. Daß wir ihnen manche Erfolge verdanken, soll nicht bestritten werden, aber diese Erfolge sind größtenteils rein wissenschaftlicher und zum guten Teil mehr psychologischer als psychopathologischer Art.“²² 1909 hatte der Internationale Medizinische Kongress in Budapest eigens ein Komitee zum „Studium der normalen psychischen Leistungen in ihren Beziehungen zu psychopathologischen Erscheinungen“ eingerichtet. 1922 publizierte Otto Lipmann die Ergebnisse der vom Komitee in Auftrag gegebenen Prüfung der „psychologischen Hilfsmittel für die psychiatrische Diagnostik“ und musste bereits im Vorwort einräumen: „Eine neue Methode aufzustellen bedeutet oft nicht nur keine Verbesserung der Methodik, sondern insofern eine Verschlechterung, als die durch die verschiedenen Methoden gewonnenen Ergebnisse an exakter Vergleichbarkeit verlieren. Wir wollen die gegenwärtige Lage in all ihrer Unzweckmäßigkeit vor Augen führen und vor weiterer Zersplitterung warnen!“²³

Weder die Suche nach pathologischen Gehirnveränderungen noch das Projekt einer experimentalpsychologischen Fundierung der Psychiatrie konnten unmittelbare Erfolge vorweisen. Mittels Analysen von Reaktionszeiten, Wahrnehmungs-

20 Anfang des 20. Jahrhunderts erschienen zwei Atlanten der Psychiatrie, die auf der Basis solcher technischer Verfahren erstellt wurden. Siehe Wilhelm Weygandt, *Atlas und Grundriss der Psychiatrie*, München: Lehmann, 1902; August Alber, *Atlas der Geisteskrankheiten im Anschluss an Sommer's Diagnostik der Geisteskrankheiten*. Mit einem Vorw. von R. Sommer, Berlin: Urban & Schwarzenberg, 1902.

21 Robert Sommer, *Diagnostik der Geisteskrankheiten für praktische Ärzte und Studierende*, Wien: Urban & Schwarzenberg, 1894, S. 3, S. V.

22 Oswald Bumke, *Die Diagnose der Geisteskrankheiten*, Wiesbaden: Bergmann, 1919, S. 108.

23 Otto Lipmann, *Handbuch psychologischer Hilfsmittel der psychiatrischen Diagnostik*, Leipzig: J. A. Barth, 1922, S. V; vgl. auch S. III.

schwollen, Sinnesreizen und Assoziationsschritten konnten zwar viele Befunde erhoben, aber keine ätiologische Systematik der Geistesstörungen fundiert werden. Die Suche nach objektivierbaren Repräsentationen produzierte eine solche Vielzahl messbarer Parameter, dass keine Standardisierung der Messungen die Datenflut zu stabilisieren vermochte und das Forschungsprogramm seine eigenen Ziele zu unterterminieren drohte.

4.

Die Forderung nach objektiven Methoden ist kein spezifisches Merkmal der Psychiatrie, sondern allgemeines Kennzeichen der Institutionalisierung wissenschaftlicher Praktiken im 19. Jahrhundert. Methodenstreit und Grundlagenkrise sind insbesondere für jene Fächer charakteristisch, die human-, sozial- und naturwissenschaftliche Methoden kombinieren. Als im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts an zahlreichen medizinischen Fakultäten psychiatrische Lehrstühle geschaffen wurden, setzte eine Diskussion über wissenschaftliche Methoden und die Klassifikation psychischer Störungen ein, die auch ein neu gewonnenes professionelles Selbstbewusstsein der Psychiater dokumentierte.

Die Psychiatrie hatte nämlich lange Zeit, wie Kraepelin kritisierte, in einem Stadium verharret, das über die oberflächliche Aufzeichnung von Äußerungen und Befunden kaum hinaus reichte: „Es wird kaum in Abrede gestellt werden können, dass für die wissenschaftliche Betrachtung und auch im Vergleiche mit anderen medizinischen Gebieten das Verfahren, nach dem wir den Seelenzustand unserer Kranken feststellen, ein recht rohes genannt werden muss; es hat fast mehr Ähnlichkeit mit dem Vorgehen des Untersuchungsrichters, als mit einer naturwissenschaftlichen Erforschung. Leider ist es weniger schwer, diesen Mangel zu erkennen, als ihm abzuhelpfen.“²⁴ Die Verwissenschaftlichung führte die Psychiatrie auf ihren Ausgangspunkt in der Krankenbeobachtung zurück, die nunmehr durch eine geregelte Praxis vorangetrieben werden sollte: „Vor allem wird uns die Beobachtung am Krankenbette eine möglichst umfassende und eingehende Kenntnis der klinischen Krankheitsformen zu liefern haben. Wir müssen lernen, aus der fast unübersehbaren Mannigfaltigkeit der Einzelerfahrungen nach und nach das Regelmässige und Wesentliche herauszuschälen, und auf diese Weise zu einer Abgrenzung und Gliederung der zusammengehörigen Beobachtungsreihen gelangen.“²⁵ An die Stelle des impressiven Urteils am Krankenbett musste eine objektive Beobachtung von Krankheitszeichen und Symptomen treten.

Sommer verfasste 1899 ein *Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden*, dessen Prinzipien „systematisch aus der Natur des zu untersuchenden Objectes ab[ge]leitet“ waren.²⁶ Er widmete sich einerseits den neuen technischen Un-

²⁴ Kraepelin, *Psychiatrie* (wie Anm. 16), S. 355.

²⁵ Ebd., S. 3.

²⁶ Sommer, *Lehrbuch* (wie Anm. 13), S. 3.

tersuchungs- und Aufzeichnungsverfahren, andererseits galt sein Augenmerk einer neuen Beobachtungspraxis, die gegenüber den hergebrachten Verfahrensweisen abgegrenzt wurden. Denn die ältere Vorgehensweise sei, wie Sommer insinuierte, spontan und naiv gewesen und erstellte Aufzeichnungen, die in hohem Maße von subjektiven Urteilen geprägt waren: „Man beschrieb die Handlungen des Kranken, besonders sein Benehmen bei der Aufnahme, bei der Verbringung in bestimmte Abtheilungen, beim Baden, ferner das Verhalten zu der Hausordnung, kurz das Anstaltsleben in groben und feineren Zügen.“ Und man versah diese Beschreibungen mit „unerwiesenen Behauptungen, Urtheilen und Schlüssen, die sich in Form von fremdländischen Namen (hypochondrisch, melancholisch, paranoisch u.s.f.) oder anderen Sammelbegriffen (schwachsinnig, verwirrt u.s.f.) auch jetzt noch in den meisten ärztlichen Acten und Gutachten finden.“ Der Schlüssel zum Status einer echten Wissenschaft lag deshalb in einer systematischen Aktenführung: „Wir müssen uns bei der Führung von ärztlichen Acten gewöhnen, die Methode der exacten Beschreibung, wie sie im Gebiet der Nervenpathologie im engeren Sinne längst eingeführt ist, in entsprechender Weise bei psychopathisch bedingten Bewegungen durchzuführen.“²⁷ Andernfalls werde der „subjectiven Fälschung von Seiten des Beobachters dabei Thür und Thor geöffnet“, da die „von den Kranken vorgebrachten Worte [...] associativ umgebildet, die eigenartigen Wortbildungen, welche sich bei gewissen Zuständen finden, [...] im Sinne bekannter Worte verändert und dadurch ihres originalen Charakters beraubt, eine Reihe von Lautäusserungen, für deren Darstellung die Sprache keine entsprechenden Wortbildungen hat, [...] ausgeschaltet“ werden: „kurz eine Reihe von wesentlichen Merkmalen gehen bei dem Wege durch die Auffassung des Beobachters und durch das Gebiet der Sprache verloren.“²⁸

Sommer war keineswegs der erste, der bemerkt hatte, dass die Arten und Weisen, wie die Psychiater ihre Beobachtungen notierten, ihre Daten ordneten und ihre Akten führten, weitreichende Auswirkungen auf Klinik und Forschung hatten. 1818 warnte Ernst Horn vor der „Verwechslung eines willkürlichen Rasonnements mit faktischen Umständen, die allein aufgezeichnet werden sollten“²⁹ und entwickelte standardisierte Bögen. Sommer konnte also bereits auf eine etablierte Praxis zurückblicken, wenn er die zentrale Rolle und Funktion der Aktenführung für die Beobachtung der Symptome, bei der Untersuchung des Patienten und für die Klassifikation der Krankheiten herausstellte:

Vor der Darlegung der Methoden, die zu einer genaueren Feststellung des psychischen Befundes führen können, werfen wir nochmals einen Blick auf die übliche Art eine psychiatrische Krankengeschichte zu führen. Die zufälligen Beobachtungen bei den Visiten in Verbindung mit den Berichten des Personals werden eingetragen, dabei

²⁷ Ebd., S. 4.

²⁸ Ebd., S. 140f.

²⁹ Ernst Horn, *Oeffentliche Rechenschaft über meine zwölfjährige Dienstzeit als zweiter Arzt des Königlichen Charité-Krankenhaus zu Berlin, nebst Erfahrungen über Krankenhäuser und Irrenanstalten*, Berlin: Realschulbuchhandlung, 1818, S. 212. Mit Dank an Heinz-Peter Schmiedebach.

werden zusammenfassende Begriffe aus der jeweils herrschenden Terminologie angewendet, die nicht einmal allgemein giltig ist, sondern fast von jedem auf Grund der eigenen Erfahrungen mit etwas anderem Inhalt ausgestattet wird. [...] – Kurz die reine Beobachtung wird sofort durch eine Menge von Schlüssen, Betonungen, Auslassungen verunstaltet, so dass schliesslich etwas ganz anderes schriftlich festgelegt wird, als in der Natur, das heisst in dem Kranken vorgegangen ist. Dabei werden meist nur gelegentliche Beobachtungen verwendet. Bei jeder Visite werden andere Fragen gestellt. Oft macht dann ein anderer Arzt bei dem gleichen Kranken Visite, fragt nach seiner Manier und trägt nun mit Urtheilen verflochtene Beobachtungen in die Krankengeschichte ein. Der anfänglich gefasste diagnostische Begriff wird dabei oft zur Richtschnur der weiteren Beobachtung, indem alles, was zu der vorgefassten Meinung nicht passt, vernachlässigt wird.³⁰

Wenn Sommer im Vorwort seines Lehrbuchs erklärte, dass er „unter Verzicht auf Hypothesen und Theorien an dem Werkzeug geschmiedet“³¹ habe, artikuliert er einen ungebrochenen szientifischen Optimismus, der im Positivismus seinen Rückhalt fand.

Weil die Ätiologie der Geisteskrankheiten ungeklärt blieb und die Nosologie mit problematischen Krankheitsbegriffen operierte, war die Diagnostik auf eine präzise Beschreibung der Phänomene und Symptome zurückgeworfen. Die Diagnosestellung wurde jedoch erschwert, weil weder der Schluss von den Krankheiten auf ihre Ursachen noch eine sichere Ableitung der Krankheitseinheit von den Symptomen möglich war: Obwohl Phänomene wie Verwirrtheit, Halluzination, Delirium und Demenz gute Indikatoren einer psychischen Erkrankung waren, konnte etwa ein Delirium durch ein entzündliches Fieber, durch eine Alkoholvergiftung, durch einen Hirntumor usw. ausgelöst werden. „Der Mannigfaltigkeit der Grunderkrankungen steht eine große Gleichförmigkeit der psychischen Bilder gegenüber“³², resümierte Bonhoeffer die desillusionierenden Ergebnisse der Ursachenforschung. Der momentane Blick auf den Patienten konnte immer nur trügerische, transitorische und unklare Zeichen erhaschen. Deshalb musste der Beobachtungszeitraum ausgedehnt und der Wandel der Zeichen und Zustände protokolliert werden. Es galt, unter den uneindeutigen und fluktuierenden Phänomenen, die an den Patienten zu beobachten waren, zuallererst diejenigen Symptome auszumachen, die über die Zeit hinweg ein konsistentes Aggregat bildeten und somit die Identifizierung einer klinischen Einheit rechtfertigten.

Die Diagnose war nicht die Erfassung eines Jetzt, sondern des gesamten Verlaufs einer Erkrankung und sollte Entstehungsgeschichte, Entwicklung und Ausgang in den Blick nehmen. Dazu umfasste sie eine stetige Beobachtung in der Klinik sowie die Erstellung einer biographischen Anamnese, die vor die Geburt zurück und bis in die Verzweigungen der Familie des Kranken hinein reichte. Die klinische Beob-

30 Sommer, *Lehrbuch* (wie Anm. 13), S. 154.

31 Ebd., S. III.

32 Karl Bonhoeffer, *Die symptomatischen Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen und inneren Erkrankungen*, Leipzig: Deuticke, 1910, S. 123. Mit Dank an Rainer Herrn.

achtung wurde zu einem nicht abzuschließenden Prozess. Jede erneute Einweisung setzte nicht nur stets die gleichen Verwaltungsabläufe in Gang, sondern ließ auch die Krankenakte anschwellen. Akten aus Aufenthalten in anderen Einrichtungen wurden ebenso zur Abschrift eingefordert wie Unterlagen aus Gerichtsprozessen oder Gutachten. Jeder Fall besaß einen Verlauf, der wiederum Teil einer Verzweigungsgeschichte psychischer Störungen war: Die Erfassung familiärer Konstellationen verschob die Aufmerksamkeit hin auf erbliche Faktoren und reizte die Suche nach ätiologischen Perspektiven im erstarkenden eugenischen Diskurs an. Von Anfang an wurde das klinisch-empirische Forschungsprogramm der Psychiatrie auch auf statistischen Grundlagen verfolgt.³³ Auch wenn die Ärzte behaupteten eine Kunst auszuüben, die auf Erfahrungen beruht, die etwas anderes seien als eine Anwendung von statistisch aufbereitetem Wissen, fasste die statistische Durchdringung des Wissens auch in der Psychiatrie Fuß. Die Verwaltungslogik der Anstalten hatte eine Buchhaltung des Wahnsinns geboren. Die Schlüssel für statistische Erhebungen und Aufstellungen provozierten eine Debatte über die Klassifikation psychiatrischer Erkrankungen. Die psychiatrische Diagnostik sollte eine mehr oder minder stabile Korrelation von Zuständen mit Verlaufsformen anhand statistisch aufbereiteter Daten leisten, die wiederum die nosologische Einteilung fundieren sollte. Anhand protokollierter Zeichen zu Herkunft und Verlauf sollte die Krankheit als gesetzmäßiger Ablauf mit einem erwartbaren Ausgang definiert werden. Diagnose und Prognose wurden dadurch auf der epistemologischen Ebene, also auf der Ebene, auf der der Erkenntnisgegenstand hergestellt wird, miteinander verknüpft – und beides im Prozess der Krankenbeobachtung verankert.

5.

Notieren, Beobachten, Ordnen und Sortieren waren der implizite Kern der psychiatrischen Methodenlehre: Sie konstituierten psychiatrische Erkenntnisobjekte und strukturierten nicht zuletzt den Alltag der Klinik. Ungeachtet der allgemein geteilten Überzeugung der Psychiater, dass der Wahnsinn ein beobachtbares Phänomen darstellte, blieben nicht nur seine Grenzen und Übergänge unscharf und problematisch. Vielmehr wurde angesichts der umfassenden und detaillierten Aufzeichnung, Speicherung und Verarbeitung von Daten zunehmend unklar, welche Phänomene den Wahnsinn überhaupt definierten. Jedenfalls wuchsen die psychiatrischen Archive trotz stets knapper Arbeitszeitressourcen an. Bei einer Durchsicht von Anstaltsbudgets aus den Jahre 1886 bis 1902 stieß Joseph Starlinger, Leiter der niederösterreichischen Heil- und Pflgeanstalt Mauer-Öhling, trotz gesunkener Personalausgaben auf erheblich gestiegene Kosten für „Kanzleierfordernisse“: „Nach-

33 Vgl. Volker Roelcke, „Unterwegs zur Psychiatrie als Wissenschaft: Das Projekt einer ‚Irrenstatistik‘ und Emil Kraepelins Neuformulierung der psychiatrischen Klassifikation“, in: *Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum*, hg. v. ders., Eric J. Engstrom, Basel: Schwabe, 2003, S. 169-188.

dem Tinte und Papier allgemein nicht verzehrt zu werden pflegen, kann ihr Mehrverbrauch nur als direkte größere Arbeitsleistung gedeutet werden.“³⁴ Das Aufschreibesystem erzeugte eine Fülle von Daten und ließ den Umfang der Archive anschwellen.

Trotz einer gesteigerten Aufmerksamkeit auf die Art und Weise, wie Beobachtungen erhoben, Befunde ausgewertet, Akten geführt und Krankengeschichten geschrieben wurden, spielten die Diskussionen zumeist nur eine Nebenrolle in der professionellen Selbstverständigung und blieben auf eine Propädeutik beschränkt. Zwar wurde eine unbewusste Filterung und Bahnung von Klinik und Forschung durch unbemerkte Vorurteile, Hypothesen und Theorien bemerkt, aber die Reflexion auf Rolle und Funktion dieser Praktiken verharnte im Schema von Befund und Bedeutung. Die Psychiater bemerkten zwar die epistemischen Effekte der etablierten Beobachtungsregime und Befundungsstrategien, aber ignorierten die damit verbundene Gelegenheit zum grundsätzlichen Nachdenken über die epistemologische Dynamik von Aufschreibepraktiken. Die im Aufschreibesystem liegende Herausforderung sollte schlicht durch den Positivismus einer Untersuchungsmethode gezähmt werden, als ob eine geordnete Beobachtung und ein geregeltes Schreiben den psychopathologischen Untersuchungsmethoden hinreichende Transparenz verleihen würden.

Obwohl die Psychiatrie nosologische Entitäten konstituiert, Klassifikationen aufgestellt und wieder verworfen, Beobachtungen mit Untersuchungen und immer neuen Tests kombiniert hatte und ihre klinische Praxis institutionell fest verankert war, gelang ihr weder die dauerhafte Stabilisierung eines theoretisch-konzeptionellen Rahmens noch die Definition und Sicherung ihres Gegenstandsbereichs. Als theoretisch interessierter Psychiater polemisierte Eugen Bleuler deshalb gegen ein „autistisch-undisziplinierte[s] Denken in der Medizin“ – und musste eingestehen: „Ich stecke selbst in den Fehlern, die ich rüge, mitten drin.“³⁵ Was Bleuler festhält, kann bis in das Aufschreibesystem zurückverfolgt werden: Die gesteigerte Aufmerksamkeit für eine geregelte Beobachtung und Dokumentation führte zu Exzessen der Protokollierung und Verschriftlichung sowie zu einem „Denken“, das durch die Produkte dieses Systems in Gang bzw. in den von den Aufzeichnungsverfahren vorgezeichneten Bahnen gehalten wurde. Das psychiatrische Aufschreibesystem war die Keimzelle einer Produktivität, die untergrub, was sie garantieren sollte: die Disziplin.

Für einen Kritiker der Psychiatrie, der außerhalb der Disziplin stand, lag deren Kern in einem Selbstlauf von Aufzeichnungen und Beobachtungen. „Wer von den [...] Koryphäen der Psychiatrie hat sich nicht mit der Aufzeichnung der Beobachtungen begnügen müssen und mit der Benennung der Symptome? Wie viele von ihnen geben mit einer lobenswerten Selbstironie in den Vorlesungen zu, daß

³⁴ Joseph Starlinger, „Streifzüge durch das Budget der n.-ö. Landesirrenanstalten“, in: *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift* 10:32 (1908), S. 265-270, hier S. 268.

³⁵ Eugen Bleuler, *Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung*, 3. Aufl., Berlin: Julius Springer, 1922, S. 6.

sie nur beobachten, aber nicht helfen können?“³⁶ Joseph Roth beschrieb 1930 in der Berliner Zeitschrift *Das Tagebuch* als (journalistischer) Hörer psychiatrischer Vorlesungen und aufgrund eigener Erfahrungen als Angehöriger – er hatte seine Ehefrau in eine psychiatrische Klinik bringen müssen – die Hilflosigkeit einer Disziplin, die der „Diktatur“ einer leeren Wissenschaft unterstand: „Es gibt außerordentlich gescheite, kritische, sympathische Psychiater, denen es kein Vergnügen ist, ein Metier zu betreiben, das ein Justizwachtmeister ebensogut besorgen könnte. Einige lehnen sich gegen die Diktatur einer Wissenschaft auf, die in Wirklichkeit aus (nicht hundertprozentig sicheren) Beobachtungen und leeren Nomenklaturen besteht.“³⁷

6.

Seit dem Ende des 19. Jahrhunderts dokumentieren die Versuche, den Begriff des Wahnsinns zu definieren, hauptsächlich die Schwierigkeiten, überhaupt eine Definition des Begriffs aufzustellen. Das Wort „Wahnsinn“ kann psychiatrischer Terminus oder alltägliche Sammelbezeichnung sein. Allerdings rückt die Psychiatrie den Begriff „Wahnsinn“ immer mehr an den Rand ihrer wissenschaftlichen Terminologie: Das Wort verliert seine Stellung in der Wissenschaftssprache, weil es nicht mehr die Sachverhalte und Ereignisse erfasst, die für eine Erforschung, Diagnose und Therapie von psychischen Krankheiten ausschlaggebend sind. Auch wenn es noch auf die Verschiebung, Alteration oder Negation eines Sinns sowie die Symptomatik einer Wahnbildung verweist, spielt es in Klinik und Forschung kaum mehr eine Rolle. „Wahnsinn“ ist für Medizin und Psychiatrie ein viel zu vager Begriff. Was anderweitig als „Wahnsinn“ verhandelt wird, ist wiederum keine bloße Zusammenfassung, Übernahme oder Popularisierung eines medizinisch geprägten Begriffs, sondern die Sammelbezeichnung für ein Magma von Phänomenen.

Im 20. Jahrhundert trieb das psychiatrische Aufschreibesystem eine Entwicklung voran, die auch zur Auflösung des Begriffs Krankheit führte. Im 21. Jahrhundert spricht die Psychiatrie nicht mehr von Krankheit. Die American Psychiatric Organisation und die Weltgesundheitsorganisation haben in ihren diagnostischen Manualen, dem DSM und der ICD, den Begriff ‚Krankheit‘ aufgegeben und durch ‚disorder‘ bzw. ‚Störung‘ ersetzt. So erklärt die Diagnosekommission der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde in ihrer im Auftrag der WHO herausgegebenen, deutschen Bearbeitung der 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, der sogenannten ICD-10: „Konzeptuell wird im vorliegenden Kapitel V [das psychischen Störungen und Verhaltensstörungen gewidmet ist, AS/CB] versucht, einem zumindest teilweise ‚atheoretischen‘ Ansatz

³⁶ Joseph Roth, „Erwiderung“ [*Das Tagebuch*, 02.08.1930], in: ders., *Werke. Band 3: Das journalistische Werk 1929-1939*, hrsg. und mit einem Nachwort von Klaus Westermann, Köln: Kiepenheuer & Witsch, 1991, S. 225-228, hier S. 227.

³⁷ Joseph Roth, „Psychiatrie“ [*Das Tagebuch*, 28.06.1930], in: ebd., S. 215-221, hier S. 220.

folgend, auf Begriffsbildungen wie etwa Neurose, Psychose und Endogenität zu verzichten und diese durch Einführung einer deskriptiven, an diagnostischen Kriterien orientierten Klassifikation zu ersetzen. So ersetzt der Begriff der Störung den Begriff der Krankheit weitgehend.³⁸ Störung ist das „standardisierte, im DSM benutzte Allzweckwort“.³⁹

Der atheoretische Ansatz des DSM bzw. der ICD klammert Erklärungen ein, wodurch die Störungen hervorgerufen werden. Diese Einklammerung verwandelt die Phänomene, die an den Patienten beobachtet werden und die bislang auf eine bestimmte Krankheit hindeuteten, in Konstellationen verschiedenartig ausgeprägter Abweichungen, die zu Störungen gruppiert werden können. Störungen sind von Krankheiten dadurch unterschieden, dass für sie keine biomedizinische Ursache, wie z. B. eine genetische Mutation, eine Infektion, ein Trauma oder ein Tumor, anzugeben ist – und zwar nicht, weil die Forschung bislang nicht in der Lage war, diesen Zusammenhang aufzuklären, sondern weil die klinischen Varianten epistemologisch und ontologisch als bloße Phänotypen von den verursachenden Mechanismen abgekoppelt sind. Die Revisionen der Klassifikationssysteme machen aus dem Kernprojekt einer Verwissenschaftlichung der Psychiatrie durch die Errichtung einer ontologisch gesicherten Krankheitsklassifikation ein mobiles Arbeitsinstrument zur flexiblen Verklammerung von Störungen und Mechanismen.

Die strategische Umstellung von Krankheiten auf Störungen impliziert eine programmatische Neutralität gegenüber ätiologischen Erklärungen. Der Nexus zwischen den nosologischen Entitäten und ihren Ursachen wird gelöst und stattdessen nach statistischen Zusammenhängen gesucht zwischen klinisch konstituierten Krankheitsentitäten und dem, was neurowissenschaftlich oder genetisch als Mechanismen psychischer Krankheiten beschrieben werden wird. DSM und ICD favorisieren mithin Forschungsprogramme, die nach genetischen Prädispositionen suchen oder mittels neurowissenschaftlicher Forschungen Geistesstörungen als Gehirnkrankheiten identifizieren wollen. Ian Hacking hat in seiner Besprechung der jüngsten Revision des DSM darauf hingewiesen, dass eine Kritik zu kurz greift, die das DSM-5 als Ausdruck einer neuen biopolitischen Medikalisierung von gesellschaftlich stigmatisierter Abweichung begreift: „The *DSM* is not a representation of the nature or reality of the varieties of mental illness [...]. I am saying it is founded on a wrong appreciation of the nature of things. It remains a very useful book for other purposes. It is essential to have something like this for the bureaucratic needs of paying for treatment and assessing prevalence.“⁴⁰

38 Horst Dilling, Werner Mombour, Martin H. Schmidt, „Vorwort zur deutschen Übersetzung“, in: *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*, hg. v. dies., 4. Aufl., Bern, Göttingen, Toronto: Hans Huber, 2004, S. 11-13, hier S. 12.

39 Ian Hacking, *Multiple Persönlichkeit. Zur Geschichte der Seele in der Moderne*, München: Carl Hanser, 1996, S. 26.

40 Ian Hacking, „Lost in the Forrest“, in: *London Review of Books* 15:35 (8. August 2013), S. 7f., hier S. 8.

DSM und ICD gehen davon aus, dass eine qualitative Differenz zwischen Gesundheit bzw. Normalität und Störung besteht, auch wenn im einzelnen Fall diese Unterscheidung nicht immer klar zu treffen ist. Und es bestehe, so die Zusatzannahme, ein qualitativer Unterschied zwischen den einzelnen Störungen, auch wenn einzelne Phänomene in verschiedenen Störungen verzeichnet werden können. Die Kriterien für den Einschluss oder Ausschluss von Phänomenen in verschiedenen Kategorien von Störungen behaupten ihre Gültigkeit dadurch, dass sie statistische Ungleichverteilungen abbilden. Ausgangspunkt der psychiatrischen Klassifikation sind nicht mehr die Kerngruppen der seit über hundert Jahren etablierten Krankheitsentitäten, sondern die als Krankheitsphänomene registrierten Abweichungen von als normal gewerteten psychophysischen Funktionen. Während die epistemologische Schwelle, an der psychiatrische Erkenntnis begann, Anfang des 20. Jahrhunderts oberhalb des Individuums verlief, das mit seiner Erkrankung der Repräsentant einer Krankheitseinheit war, sollen nunmehr genetische, neurowissenschaftliche, physiologische und psychologische Forschungen Phänomen-spezifische Mechanismen unterhalb der im Individuum repräsentierten Krankheitseinheit freilegen. Die wissenschaftliche Aufklärung über den Wahnsinn sowie seine interindividuelle Variabilität wird durch ein Feld multipler Kopplungen von Abweichungen ersetzt.

Die zentrale Strategie der operationalisierten Diagnostik, das Konzept der Ursache aus der Beschreibung von Phänomenen auszuklammern, hat eine längere Geschichte als die Diskussionen um die aktuelle Revision des DSM-5 vermuten lassen. In der Psychiatrie sind solche Beschreibungen üblich: Man kann eine deskriptive Psychopathologie bis zu den Anfängen der Psychiatrie zurückverfolgen. Der Psychiater und Historiker German E. Berrios sieht sogar die ungebrochene Kontinuität einer Episteme, die von den Anfängen der wissenschaftlichen Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts bis zur operationalisierten Diagnostik in der zeitgenössischen Psychiatrie reicht. Er fasst die unter Psychiatern wie Historikern weit verbreitete Auffassung, dass die Beschreibung der Störungen ein weitgehend neutrales Verfahren sei, wie folgt zusammen:

Almost universally, a language (descriptive psycho-pathology) (DP) is now used to record the symptoms of mental disease, and it consists of a vocabulary, a syntax, assumptions about the nature of behaviour, and some application rules. This language was composed in Europe during the first half of the nineteenth century, and has proved to be surprisingly stable. [...] From the point of view of the history of psychopathology, the period stretching from the middle of the nineteenth century to the present will be here regarded as an ‚episteme‘.⁴¹

Drei Faktoren gewährleiten laut Berrios die Stabilität der psychiatrischen Episteme: ein einheitlicher Denkstil, die Natur der Störungen und die Beschreibungssprache. Wird die epistemische Ordnung in dieser Weise unterhalb der Krankheits-

41 German E. Berrios, *The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century*, Cambridge: Cambridge University Press, 1996, S. 1f.

entitäten angesetzt, lässt sie den Streit über den ontologischen Status und die Abgrenzung klinischer Krankheitsbilder zu einem leeren Oberflächenphänomen werden.

Die These, dass es eine stabile Episteme der Psychiatrie gebe – sofern sie nicht auf die Oberfläche der unsicheren Krankheitsentitäten, sondern auf der objektiven Basis der Störungen aufsetze –, kaschiert, dass das psychiatrische Aufschreibesystem eine grundlegende Transformation des Fachs herbeigeführt hat, die nicht zuletzt an einer Absenkung der epistemologischen Schwelle festzumachen ist: Angetrieben wurde diese Entwicklung durch den Versuch, die klinische Forschung auf eine sichere deskriptive Grundlage zu stellen. Karl Jaspers veröffentlichte 1913 seine *Allgemeine Psychopathologie*, die gerade nicht den Anspruch erhob, Krankheiten zu identifizieren und voneinander abzugrenzen, sondern, bescheidener, die Grundlagen für eine verlässliche Deskription der Symptome zu legen. Er beschrieb nicht nur die bereits etablierten Krankheitseinheiten anhand ihrer Symptome, sondern vielfach auch bloße Aggregate von Störungen bzw. Symptomgruppen. Jaspers leitete mit seiner verstehenden Psychiatrie, die vielfach als humanistische Alternative zur biologischen Psychiatrie begriffen wurde, eine Absenkung der epistemologischen Schwelle an, die nunmehr mitten durch das Individuum bzw. den einzelnen Fall verlief. Die Ausweitung der Deskription ließ nicht nur die Archive anschwellen, sondern drohte die klinischen Einheiten aufzulösen. Die Symptombeschreibungen konnten, wie Jaspers im Vorwort einräumte, auch in einer bloßen Bestandsaufnahme verharren: „In vielen Teilen waren einfach registrierende Aufzählungen bisher konstatiertes, noch zusammenhangloser Tatsachen und einzelner bisher nur tastender Versuche nicht zu umgehen.“⁴²

Wie in anderen Zweigen der Medizin verwandelt auch in der Psychiatrie die basale Operation der Beschreibung den Patienten in einen Fall. Die psychiatrische Erkenntnisoperation beschränkt sich keineswegs auf die Subsumption des Falls unter einen Krankheitsbegriff oder auch die Feststellung, dass eine Subsumption nicht möglich sei. Vielmehr wurde diese Erkenntnisoperation in der Psychiatrie in einen Zustand der Vorläufigkeit überführt und in der Schwebe gehalten: Der Vergleich der Fälle untereinander und das Festhalten von Ähnlichkeiten und Differenzen war die entscheidende Operation, nicht aber die Rubrizierung des Falls unter einen Oberbegriff. Man könnte zugespitzt formulieren: Der Fall selbst wurde zum Erkenntnisgegenstand. Die epistemologische Schwelle verlief nunmehr mitten durch das Individuum. Die Absenkung der epistemologischen Schwelle implizierte nicht, dass der Krankheitsbegriff aufgegeben wurde. Aber die psychiatrische Erkenntnis begann nicht mehr mit der Krankheit, die wie eine Spezies war, sondern bereits mit der Beschreibung des Individuums, sofern es in einen Fall verwandelt wurde.

Während Kraepelin die postulierte unbekannt biologische Ursache als eine Art regulative Idee diente, welche die Einheit der Krankheit sicherte, kam Jaspers ohne

⁴² Karl Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfadens für Studierende, Ärzte und Psychologen*, Berlin: Julius Springer, 1913, o.P. (Vorwort).

diese Annahme aus. Er ließ offen, warum es mehr oder minder stabile Aggregate von Symptomen gab. Die unbekannte Ursache der Krankheit war nicht mehr eine regulative Idee, die mit einem regelmäßigen Verlauf der Krankheit korrespondiert, sondern sie spielte für die Klinik gar keine Rolle mehr. Auch wenn Jaspers in die Tradition deskriptiver Psychopathologie eingeordnet werden kann, ist der Schluss von der Beschreibung auf eine psychiatrische Episteme fragwürdig: Von der Etablierung der Krankheitsklassifikation über die Diskussion der konkurrierenden Systeme und die Einführung einer deskriptiven Psychopathologie bis zu den aktuellen Revisionen mit ihrer Ersetzung von Krankheiten durch Störungen erstreckt sich ein langwieriger Aushandlungsprozess über die Wirklichkeit psychischer Störungen auf dem Boden der vom Aufschreibesystem generierten Fakten.

Das atheoretische Konzept der Störung tritt im Namen der Therapie auf. In Ermangelung stabiler Verknüpfungen zwischen Klinik und Therapie sollen auf dem Umweg über die Störungen und die an ihnen beteiligten Krankheitsphänomene Patientengruppen mit einheitlichen, neurowissenschaftlich oder genetisch definierten Abweichungen aufgefunden werden, die sich mit den wiederum neurowissenschaftlich und neurophysiologisch nachweisbaren Effekten therapeutischer Maßnahmen in Verbindung bringen lassen. Diagnostik und Therapie werden also unter Umgehung der epistemischen Unsicherheiten der Klinik im Register der Befunde kurzgeschlossen. Am Horizont dieser im Aufschreibesystem generierten Dynamik einer Herabsetzung der epistemologischen Schwelle steht heute die Identifikation genetischer Prädispositionen für psychische Störungen und ihre molekularbiologische Koppelung mit den Wirkmechanismen von Psychopharmaka, um psychiatrische Erkrankungen präventiv zu therapieren.⁴³ Das alte Problem der Identifikation und Sicherung psychiatrischer Krankheitsentitäten wäre damit umgangen bzw. ausgehebelt: An die Stelle schlecht zu stabilisierender klinischer Entitäten tritt die individuelle Varianz genetischer Informationen, die unmittelbar mit dem Register pharmakologischer Interventionen kurz geschlossen wird, deren Erfolg sich gerade daran bemessen lassen soll, dass sich dank präventiver Intervention gar keine Störung mehr manifestiert.

7.

Michel Foucault hat die These aufgestellt, dass der Umgang mit dem Wahnsinn nicht abbildet, welchen Stand die Humanität in einer Gesellschaft erreicht habe, sondern dass sich die Moderne vielmehr über den Ausschluss des Wahnsinns als Geisteskrankheit konstituiert. Dieser Ausschluss hat endlose Diskurse über den Wahnsinn angetrieben, die Gegenstand der in diesem Band versammelten Fallstudien sind. Die Zirkulationen zwischen dem Ausschluss des Wahnsinns und den diskursiven sowie nichtdiskursiven Praktiken entzifferte Foucault als eine „anthro-

⁴³ Vgl. Florian Holsboer, „Die Zukunft der Depressionsforschung“, in: *Der Nervenarzt* 81 (2010), S. 1306-1316.

pologische Konstellation“, die in Auflösung begriffen sei. Denn die Einführung der Psychopharmaka veranlasste ihn zur These, dass die Fortschritte der Medizin zwar nicht „wirklich die Geisteskrankheiten beseitigen“ werden, aber sie „das Gesicht des Wahnsinns aus unserer Kultur verschwinden“ lassen, so wie die Pharmakologie „die Säle der Erregten in große laue Aquarien verwandelt“ habe.⁴⁴ Wenn im 21. Jahrhundert Hirnforschung, biologische Psychiatrie und Neuroenhancement regieren, die keinen Begriff des Wahnsinns mehr erfordern, scheint der Nexus von Ausschluss des Wahnsinns und Diskursproduktion in Auflösung begriffen und eine kulturwissenschaftliche Erforschung des Wahnsinns obsolet zu werden. Aber die Kräfte und Konventionen des psychiatrischen Aufschreibesystems wirken weiter. Medizinanthropologische und wissenschaftsethnographische Studien zeigen, welche Effekte die Interaktionen von Experten, Patienten und anderen Mitgliedern der Gesellschaft unter den aktuellen biomedizintechnischen Bedingungen generieren. Eine kulturwissenschaftliche Analyse des Aufschreibesystems der Psychiatrie vermag aufzudecken, wie Wissensstrategien und Selbsttechniken, wie menschliche und nichtmenschliche Akteure zusammenspielen und die Phänomene von Wahnsinn und Geisteskrankheit transformieren.

Die Beiträge dieses Sammelbandes gehen auf den Workshop *Wahrheit und Methode: Notieren, Ordnen, Schreiben in der Psychiatrie* der DFG-Forschergruppe „Kulturen des Wahnsinns: Schwellenphänomene der urbanen Moderne“ zurück. Sie liefern keine Geschichte des psychiatrischen Aufschreibesystems, vielmehr wollen sie das Ineinandergreifen von Aufschreibesystem und psychiatrischem Diskurs auf verschiedenen Ebenen und am Beispiel verschiedener psychiatrischer Praktiken untersuchen. Die Beispiele stammen aus Deutschland, der Schweiz, Italien und Amerika und umfassen einen Zeitraum von etwa 150 Jahren.

Das psychiatrische Aufschreibesystem ist zwar eine Art Maschine im Zentrum des psychiatrischen Diskurses, aber diese Maschine folgt keinem einheitlichen Bauplan, sondern einer verteilten Logik. Die Effektivität des Aufschreibesystems bemisst sich nicht an der Verwissenschaftlichung der Psychiatrie, sondern allenfalls an seiner über alle Fehlschläge hinweg erfolgreichen Transformation. Jedenfalls ist das Aufschreibesystem nicht der Schlüssel zu einer (verlorenen) Praxis der Psychiatrie, die es nur punktuell und lückenhaft dokumentiert. Anhand der Dokumente lässt sich aber rekonstruieren, wie die Techniken des Notierens, Beobachtens, Schreibens und Verarbeitens psychiatrische Objekte konstituierten, die mittels dieser Verfahren zuallererst ihre Konturen gewannen. Diese basale Selbstreferentialität des psychiatrischen Aufschreibesystems steuerte eine psychiatrische Praxis über weitgehend blinde Resonanzen. Die als unwissenschaftlich wahrgenommenen Anfänge in einer Anstaltspraxis, die Instabilität psychiatrischer Klassifikationssysteme, die geringen Fortschritte hochfliegender Forschungsprogramme haben die Psychiater schon früh zu einer Methodenkritik und einer Hinterfragung ihrer Beobach-

⁴⁴ Michel Foucault, „Der Wahnsinn, Abwesenheit eines Werks“, in: ders., Schriften in vier Bänden; Dits et Ecrits, Bd. 1 1954-1969, hg. v. Daniel Defert und François Ewald, Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2001, S. 539-550.

tungen gebracht. Trotz Kritik und Reform der Psychiatrie blieb jedoch weitgehend unbemerkt, wie das Aufschreibesystem die Psychiatrie regierte. Und ausgerechnet die Versuche einer diagnostisch-methodischen Absicherung haben den Selbstlauf des psychiatrischen Aufschreibesystems weiter angetrieben. Vieles spricht dafür, dass auch die jüngsten Transformationen der Psychiatrie ähnliche Effekte haben werden.

I. NOTIEREN