

# Das Krankheitskonzept Demenz in der Medizin der deutschen Romantik

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie (Dr. phil.)  
durch die Philosophische Fakultät der  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von Günter Meyer  
aus Berlin

Betreuer: Prof. Dr. Bernhard Dieckmann

Düsseldorf ▪ Februar 2014

D61

## **Abstract**

Meyer

Günter

Das Krankheitskonzept Demenz in der Medizin der deutschen Romantik.

Wie wurden dementielle Symptome in der Medizin der deutschen Romantik medizinisch, philosophisch, juristisch, literarisch und ikonographisch beschrieben? Die Medizin der Romantik als Ausgangspunkt zu wählen, begründet sich in der These, dass in dieser Epoche die Geburtsstunde der modernen medizinischen Psychiatrie zu terminieren ist. Grundlage für den Diskurs bildet Kants Anthropologie. Als sein philosophischer Gegenspieler für die Medizin und insbesondere für die Psychiatrie muss Schelling betrachtet werden, der anfänglich ein Anhänger der Brownschen Idee war, sich später aber davon distanzieren wird und so von seinem Freund und Arzt Andreas Röschlaub entfremdet. Dieser gilt als der vehementeste Vertreter des Brownianismus und entwickelt eine eigene Nosologie, die auch die Psychiatrie und damit verbunden dementielle Symptome im Alter einzuordnen versucht. Zu seinen größten Gegenspielern und Gegnern zählt u.a. Hufeland, der sich sehr in der Tradition Kants sieht und zwischen Romantik und Aufklärung spirituell anzusiedeln ist. Inmitten dieser Konflikte und Auseinandersetzungen erwächst der eigentliche Spiritus Rectus der modernen Psychiatrie und Demenzforschung: Johann Christian Reil, Schöpfer des Wortes „Psychiatrie“. Eine frühe Beschreibung eines Demenzkranken finden wir bei Karl Phillip Moritz in seinem Magazin „Erfahrungsseelenkunde“. In der bildenden Kunst stellt sich die Frage, ob Wilhelm Kaulbach mit seiner Zeichnung „Narrenhaus“ eine erste bildliche Darstellung eines dementiellen veränderten Menschen abgegeben hat.

How were symptoms of dementia described in German Romanticism medically, philosophically, legally, iconographically, and in literature? If the birth of modern medical psychiatry can be dated to this period, choosing medicine in the Romantic period is a logical point of departure. Kant's anthropology forms the foundation for this discourse. In terms of medicine and

psychiatry in particular, Schelling can be considered Kant's philosophical adversary, because Schelling was initially a proponent of Brown, though later he distanced himself from them, which led to an estrangement from his friend and physician Andreas Röschlaub. The latter is considered the most vehement advocate of Brownianism and developed his own nosology that tries to categorize psychiatry and symptoms of dementia in the elderly. One of his greatest adversaries and opponents was Hufeland, who saw himself very much in a Kantian tradition and can be positioned spiritually between Romanticism and Enlightenment. From the very center of all these conflicts and disputes emerged the real *spiritus rector* of modern psychiatry and research on dementia: Johann Christian Reil, who coined the term "psychiatry." An early description of somebody suffering from dementia can be found in Karl Phillip Moritz's journal *Erfahrungsseelenkunde*. It might well be argued that in the field of fine arts, Wilhelm Kaulbach's drawing *Narrenhaus* is the first visual representation of a person suffering from dementia.

*Abstract**Inhaltsverzeichnis*

3

|    |  |           |
|----|--|-----------|
| 00 | Einleitung - Methodologische Überlegungen                    | 5 – 26    |
| 01 | Demenzen   | 27 – 37   |
| 02 | Geschichte der Demenz  | 38 – 47   |
| 03 | Das Alter um 1800  | 48 – 71   |
| 04 | Medizin der Romantik   | 72 – 84   |
| 05 | John Brown   | 85 – 91   |
| 06 | Kant und die Anthropologie im pragmatischer Hinsicht         | 92 – 99   |
| 07 | Schellings Naturphilosophie                                  | 100 – 108 |
| 08 | Christoph Wilhelm Hufeland                                   | 109 – 114 |
| 09 | Johann Christian Reil  | 115 – 141 |
| 10 | Johann Christian August Heinroth                             | 142 – 150 |
| 11 | Carl Wilhelm Ideler  | 151 – 160 |
| 12 | Andreas Röschlaub  | 161 – 169 |
| 13 | Johann Christoph Hoffbauer                                   | 170 – 178 |
| 14 | Samuel Hahnemann   | 179 – 188 |
| 15 | Ernst Horn   | 189 – 198 |
| 16 | Friedrich Nasse  | 199 – 206 |
| 17 | Lokalisationstheorie um 1800                                 | 207 – 220 |
| 18 | Carl Gustav Carus  | 221 – 229 |
| 19 | Vormundschaften und Gutachten im ausgehenden 18. Jahrhundert | 230 – 237 |
| 20 | Karl Phillip Moritz  | 238 – 247 |
| 21 | Vergessen in der Literatur                                   | 248 – 261 |
| 22 | Ikonographie dementiell veränderter Menschen                 | 262 – 291 |
| 23 | Kant als Pflegefall  | 292 – 305 |
| 24 | Fazit  | 306 – 309 |
|    | <i>Literatur</i>   | 313 – 347 |
|    | <i>Abbildungen</i>   | 349 – 353 |



## 00 . Einleitung - Methodologische Überlegung

Der Zusammenhang zwischen Krankheit und Kultur ist in der Literatur mehrfach beschrieben worden. Ebenso vertraut erscheint uns die These, dass Krankheiten ganze Epochen charakterisieren und sowohl den medizinischen als auch den kulturellen Diskurs bestimmen können. Susan Sontag kreiert dafür den Begriff „Krankheit als Metapher“ und leitet davon die Theorie ab, Krankheitsbegriffe besäßen eine eigenständige Aura und könnten sich zum Synonym für gesellschaftliche Ängste entwickeln. In ihrem Essay beschreibt sie dieses Phänomen beispielhaft an den Krankheiten Tuberkulose, Krebs und Aids.<sup>1</sup>

Wirft man einen näheren Blick auf die kulturelle Bedeutung der Tuberkulose, so wird erkennbar, wie diese im frühen 19. Jahrhundert zunächst romantisiert, am Ende des selben Jahrhunderts aber proletarisiert wurde. Ungeachtet der Wandlung des Images, war Infektion eine Modekrankheit und beherrschte das Vokabular gesellschaftlicher Ängste. Susan Sontag weist auf eine Passage in Stendhals „Armance“ hin, in der die Mutter des Romanhelden Octave de Malivert sich nicht traut, das Wort Tuberkulose auszusprechen, aus Sorge, mit der Aussprache die Realität erst zu schaffen.<sup>2</sup> Dem Begriff allein wird eine derartig magische Kraft zugeschrieben, dass die Erwartungshaltung genährt ist, eine Inkarnation zu bewirken. Zwischen Volksglauben, literarischen und ikonographischen Zeugnissen sowie medizinischen Abhandlungen entsteht so eine Einheit von gegenseitigen Abhängigkeiten. Wolfgang Alber und Jutta Dornheim umschreiben diese Symbiose als „medikale Kultur“.<sup>3</sup> Diese Bezeichnung erlaubt die Öffnung, über eine enge philologisch-historische Fragestellung hinaus, die Krankheit im gesamten gesellschaftlichen Kontext zu betrachten.

Mit diesem Ansatz beschreibt Robert Jütte den medizinischen Alltag in der

---

<sup>1</sup> Sontag S (2005) Krankheit als Metapher. Aids und seine Metaphern. (2. Aufl.) Frankfurt/Main.

<sup>2</sup> Ebd., S. 10.

<sup>3</sup> Alber W; Dornheim J (1983) Die Fackel der Natur vorgetragen mit Hintansetzung allen Aberglaubens. Zum Entstehungsprozeß neuzeitlicher Normsysteme im Bereich medikaler Kultur. In: Held J (Hrsg.) Kultur zwischen Bürgertum und Volk. Berlin, S. 165.

frühen Neuzeit und verwendet neben dem Terminus „medikale Kultur“ auch den Ausdruck „medikales System“.<sup>4</sup> Volker Roelke fasst die Möglichkeit des medikalen Systems wie folgt zusammen: „Das analytische Konzept der medikalen Kultur ist Ausdruck einer Erweiterung sowohl des Gegenstandsbereichs als auch des Theorie- und Methodenrepertoires der Medizingeschichte: Zusätzlich zur Geschichte der Medizin als Wissenschaft und zur Geschichte des ärztlichen Standes, seiner Repräsentanten und Institutionen werden in dieser gleichzeitig erweiterten und relativierenden Perspektive die Deutungen und Handlungen der Kranken sowie in systematischer Weise die kulturelle Bedingtheit jeglicher gesundheits- und krankheitsbezogener Vorstellungen und Praktiken in den Blick genommen.“<sup>5</sup>

Mit diesem Ansatz kommt man dem Begriff „Metapher“ näher, der in der Medizin eine kulturelle Konnotation bewirken soll. Allerdings ist der Terminus in Philosophie und Kulturwissenschaft belegt. Susan Sontag definiert „Metapher“ in Zusammenhang mit vorhandenen Urängsten, die im kulturellen Kontext fähig sind, eine Wirkung auszuüben. So vermerkt sie: „Obwohl die Art, wie Krankheit Mystifikationen schafft, vor einem neuen Erwartungshintergrund zu sehen ist, weckt die Krankheit selbst [...] höchst altmodische Arten von Ängsten. Jede Krankheit, die man als Geheimnis behandelt und heftig fürchtet, wird als im moralischen, wenn nicht wörtlichen Sinne ansteckend empfunden.“<sup>6</sup> Sontag verknüpft mit der Metapher eine Form der Mystifikation und rückt damit in die Nähe von Hans Blumenberg. Der Begründer der philosophischen Metaphorologie sieht den Ursprung der Metapher in der Mythologie begründet. In seinem Werk „Arbeit am Mythos“<sup>7</sup> entwickelt er in Abgrenzung zum Logos eine Vorstellung von Mythos, das die Welt narrativ und nicht, wie eben der Logos, argumentativ erklärt. Bezogen auf das Verhältnis von Mythos und Metapher kommt Blumenberg zu der Erkenntnis: „Dementsprechend ist die Typologie von Metapherngeschichten darauf aus, Aspekte – vielleicht neue Aspekte – des geschichtlichen Sich-

---

<sup>4</sup> Jütte R (1991) Ärzte, Heiler und Patienten. Medizinischer Alltag in der frühen Neuzeit. München, S. 10.

<sup>5</sup> Roelke V (1998) Medikale Kultur: Möglichkeit und Grenzen der Anwendung eines kulturwissenschaftlichen Konzepts in der Medizingeschichte. In: Paul H; Schlich T (Hrsg.) Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven. Frankfurt/Main, S. 62.

<sup>6</sup> Sontag S (2005) Krankheit als Metapher. Aids und seine Metaphern. (2. Aufl.) Frankfurt/Main, S. 10.

<sup>7</sup> Blumenberg H (1979) Arbeit am Mythos. Frankfurt/Main.



verstehens der Philosophie zu gewinnen und zu differenzieren. Dabei werden vor allem die Übergänge die Spezifität der Metapher und ihrer Ausdrucksfunktion schärfer heraustreten lassen. Ein solches Phänomen des Übergangs ergibt sich im Verhältnis von Mythos und Metaphorik.<sup>8</sup> Metaphern bestimmen demzufolge unser kognitives Verständnis und üben Einfluss aus auf gedankliche Konzepte über unsere Welt.

In Anlehnung an Blumenbergs Metaphorologie erweitert der Germanist und Theologe Franz Josef Wetz die Bandbreite des Mythos, allerdings immer noch in Opposition zur Vernunft: „Heute wie damals gilt der Mythos als das Andere der Vernunft, in dem sich die verlorene Einheit und der abgestürzte Sinn der entfremdeten Lebenswelt und des entheiligten Weltalls wiederentdecken lassen. In diesem Sinne nehmen gegenwärtig die einen den Mythos als eine der Wissenschaft ebenbürtige, wenn nicht sogar überlegene Wirklichkeitsdeutung wahr, während andere bloß seine ästhetischen Potentiale zu bewahren suchen. Dritte wiederum begründen die Notwendigkeit der Mythen mit dem mythischen Bewußtsein des Menschen, das auf eine nicht-empirische, nicht-wissenschaftliche Realität bezogen sei. Sie alle glauben an die Möglichkeit mythischen Denkens, ohne allerdings zu sagen, welche Mythen sie noch wirklich für überzeugend halten.“<sup>9</sup> Wie auch immer der Mythos - und im erweiterten Verständnis die Metapher - bewertet wird, die Aufgabe scheint zu sein, den unbeschreiblichen Teil der Wirklichkeit narrativ greifbar zu machen. Lässt sich ein derartiges Verständnis auch anwenden auf die Herausarbeitung medizinischer Konzepte? Die Medizin präsentiert sich gerne mit dem Selbstverständnis, Ausdruck reiner Rationalität zu sein - eine Geisteshaltung, die selbst als Mythos identifiziert werden könnte, da sie mit der Hybris einer Naturbeherrschung einhergeht.<sup>10</sup> Dennoch umfasst der Begriff Metapher nicht das gesamte diskursive System des medizinischen Handelns.

Einen anderen Einstieg erlaubt uns vielleicht die Mode. Im soziologischen Verständnis gibt die Mode eine Normierung vor, die auch das Sozialverhalten zu bestimmen vermag. Dass auch Krankheiten einer Modewelle zu unterliegen scheinen, hat „Die Zeit“ vor einigen Jahren mit einer Serie von Artikeln zu

---

<sup>8</sup> Blumenberg H (1998) Paradigmen zu einer Metaphorologie. Frankfurt/Main, S. 111.

<sup>9</sup> Wetz FJ (2004) Hans Blumenberg. Hamburg, S. 103.

<sup>10</sup> Vgl. Bergmann A (2004) Der entseelte Patient: Die moderne Medizin und der Tod. Berlin, S. 11.

untermauern versucht. „Krankheiten haben ein Image“, so Harro Albrecht in seinem Artikel<sup>11</sup> und er belegt, wie sehr dieses Image Einfluss sowohl auf das diagnostische Verhalten der Ärzte wie auf die Verteilung von Forschungsgeldern ausübt. Er vergleicht beispielsweise die Ausstattungen der Stationen für krebskranke Kinder mit jenen für nieren- und herzkranken Kinder. Da die Krebserkrankung eine viel stärkere mediale Aufmerksamkeit genießt, verfügen diese Projekte über einen um ein Vielfaches höheren Etat als die für die Versorgung und Forschung in der Kardiologie-Abteilung für sterbenskranke Kinder.

Ein ebenso anschauliches Beispiel für unterschiedliche Bewertungen zeigt der Vergleich von Sepsis und Aids. Bereits Susan Sontag hat Aids als einen modernen Mythos beschrieben, dass „für jede beliebige mythologische Bedrohung“<sup>12</sup> stehen kann. Vergleicht man aber hinter der medialen Aufmerksamkeit die Zahlen miteinander, lässt sich kaum nachvollziehen, warum die Sepsis nicht ebenso als eine Bedrohung wahrgenommen wird. Im Jahr 2005 starben 750 Menschen in Deutschland an dem HI-Virus, demgegenüber standen 60 000 Todesfälle infolge einer Sepsis. Dennoch genießen Forscher an HIV höheren Ruhm als Wissenschaftler, die sich um die Sepsis verdient machen. Im Dezember 2005, so Bas Kast<sup>13</sup>, verlieh die damalige Bundesgesundheitsministerin Bundesverdienstkreuze an Wissenschaftler, die sich ein Verdienst im Kampf gegen Infektionskrankheiten erworben hatten. Unter den 14 Preisträgern kamen acht aus der Aids- und einer aus der Sepsisforschung. Diese Hinweise verdichten die These vom Modeverhalten in der Medizin.

Bereits in den 20er Jahren des vergangenen Jahrhunderts machte Ludwik Fleck eine vergleichbare Beobachtung anhand der Syphilisforschung. Im Fokus seiner Betrachtung stand die sog. „Wassermann-Reaktion“. In dem von Schäfer und Schnelle verfassten Kommentar zu Flecks Analysen heißt es dazu: „Daß über die Wassermann-Reaktion überhaupt eine so gewaltige serologische

---

<sup>11</sup> Albrecht H (2005) Volkskrankheiten: Auf einem Auge blind. In: DIE ZEIT 10.11.2005 Nr. 46.

<sup>12</sup> Sontag S (2005) Krankheit als Metapher. Aids und seine Metaphern. (2. Aufl.) Frankfurt/Main, S. 124.

<sup>13</sup> Kast B; Albrecht H (2005) Volkskrankheiten: Sepsis und Aids. In: DIE ZEIT 21.12.2005 Nr. 52.

Forschungsaktivität hatte einsetzen können – in einem Sammelreferat aus dem Jahre 1927 über die Serodiagnose der Syphilis werden bereits ca. 1.500 Arbeiten erfaßt –, scheint Fleck nur auf dem Hintergrund sehr tiefgehender sozialer Bedürfnisse und Konstellationen erklärbar. Hierin wirkt nicht zuletzt die vorwissenschaftliche Idee der Syphilis als einer ethisch betonten Lustseuche noch nach. Diese speziell moralische Betonung der Syphilis in ihrer Wirkung auf die Forschungsaktivität kann nach Fleck noch hoch eingeschätzt werden; denn im Falle der Tuberkulose, obwohl sie seit Jahrhunderten viel mehr Schaden stiftete, läßt sich eine vergleichbare Investition nicht feststellen, weil, wie Fleck vermutet, sie leider nicht die verfluchte entehrende, sondern sehr viel eher die romantische Krankheit ist.<sup>14</sup>

Ludwik Fleck spricht von „Urideen“ oder auch „Präideen“<sup>15</sup>, die als vorwissenschaftliche Ideen den wissenschaftlichen Diskurs bestimmen. Er entwickelt in den 30er Jahren daraus eine ganz Wissenschaftstheorie und prägt die Begriffe „Denkkollektiv“<sup>16</sup> und „Denkstil“<sup>17</sup>. Unter Denkkollektiv wird die kulturelle, soziale Gemeinschaft der Wissenschaftler verstanden. Jeder Wissenschaftler agiert in einer sozialen Einheit der wissenschaftlichen Struktur, die sowohl ihn persönlich prägt und als auch den Rahmen seiner wissenschaftlichen Untersuchungen bestimmt.<sup>18</sup> Forschungsbemühungen sind demzufolge immer auch abhängig von vergleichbaren und benachbarten Forschungsbemühungen innerhalb eines Kollektivs. Sowohl neue Erkenntnisse oder Teilergebnisse als auch Irrtümer bestimmen den Fortlauf jeder wissenschaftlichen Untersuchung<sup>19</sup>.

Vor diesem Hintergrund ist jede Wissenschaft eingebettet in einem wissenschaftlichen Kollektiv. Innerhalb eines Kollektivs bestimmen soziologische und historische Faktoren den „Denkstil“. Dieser Denkstil

---

<sup>14</sup> Schäfer F; Schnelle T (2011) Ludwik Flecks Begründung der soziologischen Betrachtungsweise in der Wissenschaftstheorie. Einleitung in: Fleck L (2011) Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. (9. Aufl.) Frankfurt/Main, S. XXIX.

<sup>15</sup> Fleck L (2011) Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. (9. Aufl.) Frankfurt/Main, S. 35.

<sup>16</sup> Ebd., S. 53.

<sup>17</sup> Ebd., S. 165.

<sup>18</sup> Vgl. hierzu Schäfer F; Schnelle T (2011) Ludwik Flecks Begründung der soziologischen Betrachtungsweise in der Wissenschaftstheorie. Einleitung in: Fleck L (2011) Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. (9. Aufl.) Frankfurt/Main, S. XXVII.

<sup>19</sup> Ebd., S. XXVIII.

bestimmt unser Wissen und damit auch unsere Fähigkeit zu bestimmten Erkenntnissen. Ludwik Fleck erläutert den Einfluss des Denkstils wie folgt: „Wir haben den Denkstil als Bereitschaft für gerichtetes Wahrnehmen und entsprechendes Verarbeiten des Wahrgenommenen definiert.“<sup>20</sup> Jede Weiterentwicklung durch die Forschung bedeutet eine Weiterentwicklung des Denkstils. Dabei unterscheidet Ludwik Fleck drei Arten der Weiterentwicklung des Denkstils: die Denkstilergänzung, die Denkstilerweiterung und die Denkstilumwandlung.<sup>21</sup>

Lässt sich im Sinne von Ludwik Fleck ein Denkstil für die dementiellen Symptome Anfang des 19. Jahrhunderts eruieren? Welche Voraussetzung müsste erfüllt werden, um Ansätze eines diskursiven Konzeptes im Umgang mit dementiellen Symptomen in der deutschen Romantik aufschlüsseln zu können?

Folgt man Norbert Elias, dann handelt es sich um eine soziologische Fragestellung im historischen Kontext<sup>22</sup>. Das Verhältnis von Soziologie und Geschichtswissenschaft erörtert er in der Einleitung zu seinem Werk: „Die höfische Gesellschaft“. Geschichte entsteht durch Handlungen von Menschen in einer Gesellschaft, die von Konventionen und Traditionen geprägt sind. Sie sind normiert durch bestimmte Beziehungsformen, verändern aber gleichzeitig diese Normen und machen Geschichte möglich. Darin, so Elias, unterscheidet sich der Mensch vom Tier und er folgert: „Wie und warum einmalige und einzigartige Aspekte in der Geschichte von Menschengesellschaften eine besondere Rolle spielen, sieht man selbst bei flüchtiger Betrachtung besonders deutlich, wenn man die menschliche Geschichte mit der von Tiergesellschaften vergleicht. Man kann, um die Probleme ins rechte Licht zu setzen, eines solchen Vergleiches kaum entbehren. Die Beziehungsformen von Ameisen, Bienen, Termiten und anderen sozialen Insekten, die Struktur ihrer Gesellschaften, können sich, soweit es sich um dieselbe Gattung handelt, für

---

<sup>20</sup> Fleck L (2011) Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. (9. Aufl.) Frankfurt/Main, S. 187.

<sup>21</sup> Schäfer F; Schnelle T (2011) Ludwik Flecks Begründung der soziologischen Betrachtungsweise in der Wissenschaftstheorie. Einleitung in: Fleck L (2011) Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. (9. Aufl.) Frankfurt/Main, S. XXIX.

<sup>22</sup> In Anlehnung an Norbert Elias beschreibt Klaus Dörner seine Psychatriegeschichte als „Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie“. Siehe: Dörner K (1995) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie. (2. Aufl.) Frankfurt/Main.

viele Tausende von Jahren immer von neuem ohne jede Änderung wiederholen.“<sup>23</sup> Die Zementierung im sozialen Gefüge schließt Elias bei den Menschen aus, ihre Handlungen bewirken Veränderung und damit eine historische Entwicklung. Insofern gibt es zwischen der Soziologie und den Geschichtswissenschaften eine inhärente Beziehung. Dieses Verständnis gilt es nun zu erweitern und ebenso einen Zusammenhang zwischen den Kulturwissenschaften und den Geschichtswissenschaften herzuleiten.<sup>24</sup>

Eine Hilfestellung für dieses erweiterte Verständnis könnte der Begriff „Dispositiv“ sein. Für Foucault besteht das Dispositiv aus einem Ensemble diskursiver Gegenstände, die in der Summe das Wissen bilden: „Ein Wissen ist das, wovon man in einer diskursiven Praxis sprechen kann, die dadurch spezifiziert wird: der durch die verschiedenen Gegenstände, die ein wissenschaftliches Statut erhalten werden oder nicht, konstituierte Bereich (das Wissen der Psychiatrie im 19. Jahrhundert ist nicht die Summe dessen, was man als wahr angesehen hat, es ist die Gesamtheit der Verhaltensweisen, Eigentümlichkeiten und Abweichungen über die man im psychiatrischen Diskurs sprechen kann); ein Wissen ist auch der Raum, in dem das Subjekt die Stellung einnehmen kann, um von Gegenständen zu sprechen, mit denen es in seinem Diskurs zu tun hat [...]“.<sup>25</sup>

Eine Rückverfolgung des Begriffes „Dispositiv“ über den lateinischen Terminus „Dispositivo“ führt zu dem griechischen Wort „Oikonomia“ mit seiner ursprünglichen Bedeutung „das Haus verwalten“. Bereits Aristoteles bediente sich dieser Begrifflichkeit, um eine Analogie zwischen der Haushaltsführung und der Leitung eines Staates herzustellen. Gerhard Richter interpretiert diesen Zusammenhang und folgert daraus: „In der Nikomachischen Ethik hat Aristoteles den häuslichen Bereich von Oikonomia ebenfalls überschritten und mit der Verwaltung von Dingen aus umfassenderen Bereichen verbunden.“<sup>26</sup> Aristoteles benutzte den Begriff zwar um damit die Familie als sogenannte „Keimzelle des Staates“ zu beschreiben, jedoch mit der

---

<sup>23</sup> Elias N (2002) Die höfische Gesellschaft. Frankfurt/Main, S. 25.

<sup>24</sup> Vgl. hierzu auch die Definition einer historischen Kulturanthropologie bei Reinhard W (2004) Lebensformen Europas. Eine historische Kulturanthropologie. München, S. 31.

<sup>25</sup> Foucault M (2008) Archäologie des Wissens. In: (ders.) Die Hauptwerke. Frankfurt/Main, S. 668.

<sup>26</sup> Richter G (2005) Oikonomia. Der Gebrauch des Wortes Oikonomia im Neuen Testament, bei den Kirchenvätern und in der theologischen Literatur des 20. Jahrhunderts. Berlin, S. 8.

Absicht, im erweiterten Sinne eine Analogie für den strukturellen Zusammenhang des Staates zu schaffen. Mit dieser Bedeutungserweiterung von „Oikonomia“ fanden die frühchristlich-hellenistischen Theologen ein terminologisches Fundament für die Erklärung der Theologie der Trinität.

Der frühchristliche Apologet Tatian übertrug diese Verwendung als Erster auf die ordnende Struktur von Gott und Logos, und Hippolyt unternahm schließlich den Versuch, damit die Trinität zu erklären.<sup>27</sup> Aber erst mit Tertullian erfährt der Begriff „Oikonomia“ jene Grundbedeutung, wie sie für die Theologie des 20. Jahrhunderts gebraucht wurde. „In der Erörterung der Einheit Gottes“, so Gerhard Richter in seiner Arbeit über diesen Terminus, „im Sinne einer Monas oder einer Trias in der Einheit läßt Tertullian keinen Zweifel an der Einheit Gottes aufkommen und nennt zugleich Vater, Sohn und Heiligen Geist drei mit dem bloßen Zahlwort, ohne sie mit dem Substantiv eben als Person zu bezeichnen. Diese fehlende Benennung unterstreicht die Absicht, zunächst allein über das Verhältnis von Einheit und Dreiheit zu sprechen, d.h. über ein bestimmtes statisches Verhältnis, einen Stand den wir Oikonomia nennen.“<sup>28</sup>

Giorgio Agamben erkennt in dieser Entwicklung des theologischen Begriffes „Oikonomia“ das Dispositiv um die Komplexität der Trinität theologisch zu erfassen.<sup>29</sup> Die theologische Urzelle glaubt er auch bei Foucault wiederzuerkennen und schlägt aus diesem Kontext heraus eine erweiterte Bedeutung des Begriffes „Dispositiv“ vor: „Als Dispositiv bezeichne ich alles, was irgendwie dazu imstande ist, die Gesten, das Betragen, die Meinungen und die Reden der Lebewesen zu ergreifen, zu lenken, zu bestimmen, zu hemmen, zu formen, zu kontrollieren und zu sichern. Also nicht nur die Gefängnisse, die Irrenanstalten, das Panoptikum, die Schulen, die Beichte, die Fabriken, die Disziplinen, die juristischen Maßnahmen etc., deren Zusammenhang mit der Macht in gewissem Sinne öffentlich ist, sondern auch der Federhalter, die Schrift, die Literatur, die Philosophie, die Landwirtschaft, die Zigaretten, die Schifffahrt, die Computer, die Mobiltelefone und – warum nicht – die Sprache selbst, die das vielleicht älteste Dispositiv ist, von dem sich vor Abertausenden

---

<sup>27</sup> Ebd., S. 150.

<sup>28</sup> Ebd., S. 154.

<sup>29</sup> Agamben G (2008) Was ist ein Dispositiv? Zürich, S. 20.

von Jahren ein Primat – wahrscheinlich ohne sich über die ihm daraus erwachsenen Konsequenzen im klaren gewesen zu sein – allzu leichtfertig hatte gefangennehmen lassen.<sup>30</sup>

Bezogen auf eine Untersuchung dementieller Symptome in der deutschen Romantik verlangt diese Herangehensweise eine zusammenfassende Betrachtung der medizinischen, literarischen, ikonographischen, juristischen und philosophischen Literatur aus der Epoche. Nur aus diesem gesamten Kontext heraus lässt sich ein Gesamtbild des medizinischen Diskurses herleiten. Unterstützung für diesen Ansatz finden wird auch bei Paul Veyne, der die Begriffe „Diskurs“ und „Dispositiv“ in Anlehnung an Foucault wie folgt definiert: „Dieses Dispositiv sind also die Gesetze, Taten, Worte oder Praktiken, die eine historische Formation konstituieren, ob es sich nun um die Wissenschaft, das Krankenhaus, die sexuelle Liebe oder die Armee handelt. Der Diskurs selbst ist dem Dispositiv selbst immanent, das sich an ihm orientiert (man liebt oder führt Krieg immer nur nach den Gepflogenheiten seiner Zeit, außer wenn man erfinderisch ist) und das ihn in der Gesellschaft verkörpert. Der Diskurs macht die Einzigartigkeit, die Fremdheit der Epoche aus, die lokale Färbung des Dispositivs.“<sup>31</sup> Ein Dispositiv ist aber nur aus der historischen Betrachtung heraus erkennbar. Der diskursive Prozess in seiner eigenen Epoche kann durch die fehlende Distanz nicht vollständig erfasst werden. Insofern nimmt die Geschichtswissenschaft einen besonderen Stellenwert ein, Foucault bezeichnet sie sogar als die Mutter aller Wissenschaften.<sup>32</sup>

In diesem Kontext will diese Arbeit die verschiedenen diskursiven Prozesse um dementielle Symptome in der deutschen Romantik herausarbeiten, um damit die Ursprünge des modernen Krankheitskonzeptes der Demenz zu begreifen. Im Rahmen dessen soll die Grundfrage erörtert werden, ob im Zeitalter der medizinischen Romantik eine „Uridee“ im Sinne von Ludwik Fleck für das dementielle Krankheitsbild entstanden ist, welche bis in die Gegenwart wirkt. Die verschiedenen diskursiven Prozesse sollen im Sinne des Foucaultschen Denkens herausgearbeitet und beleuchtet werden. Diese umfassen verschiedene

---

<sup>30</sup> Ebd., S. 26.

<sup>31</sup> Veyne P (2009) Foucault. Der Philosoph als Samurai. Stuttgart, S. 39.

<sup>32</sup> Foucault M (2008) Die Ordnung der Dinge. In: (ders.) Die Hauptwerke. Frankfurt/Main, S. 440.

konkurrierende medizinische Traktate, literarische Zeugnisse, Alltagsberichte über dementiell veränderte Menschen, juristische Auseinandersetzungen, ikonographische Überlieferungen gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen im Vergleich mit dem gesellschaftlichen Bild des Alters und der gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit der Psychiatrie. Vergleicht man all diese Richtungen, so die These dieser Arbeit, entsteht im Ansatz ein Dispositiv zum Thema Umgang mit dementiellen Symptomen in der deutschen Romantik.

Allerdings kann dieser Ansatz nicht mit dem Anspruch auf Vollständigkeit gelingen, vielmehr war es notwendig, eine Auswahl zu treffen, die repräsentativ eine Ganzheit zu vertreten vermag. Die Auswahl der Quellen und Themenkomplexe orientiert sich an der bestehenden Forschungslage, auf die noch gesondert eingegangen wird. Wenn aus dieser Logik heraus ein Dispositiv herausgearbeitet werden soll, folgt zwangsläufig die Frage, warum für die Untersuchung der Begriff „Konzept“ gewählt wurde. Hierbei orientiert sich diese Arbeit stark an Urban Wiesing<sup>33</sup>, der für sein Werk den Untertitel „Konzeption der Medizin in der deutschen Romantik“ gewählt hat. Urban Wiesing beabsichtigt hier eine historische Analyse vorzunehmen, die auch für die gegenwärtige Diskussion genutzt werden kann. Der Begriff Konzeption scheint dabei geeigneter zu sein, historische Grundzüge zu eruieren.

Nun stellt sich die Frage, warum der Blick auf die deutsche Romantik fokussiert wird. Die zeitliche und räumliche Begrenzung basiert im Wesentlichen auf drei Säulen. Erstens kennt die medizinhistorische Literatur den Terminus „Romantische Medizin“, zweitens wird die Gründung der modernen Psychiatrie der Romantik zugeordnet und drittens wandelt sich in der Romantik die Sichtweise auf das Alter von einer Verklärung desselben hin zu einem wissenschaftlichen Interesse daran. Auch wenn der Begriff „Romantische Medizin“, einige Autoren verwenden synonym den Ausdruck „Naturphilosophische Medizin“, eine Bewegung mit einer einheitlichen geistigen Grundhaltung suggeriert, so verstehen die gegenwärtigen Autoren darunter eher einen Zeitraum des Aufbruchs, in dem ganz unterschiedliche Strömungen zusammenkommen. Vor diesem Hintergrund setzt sich auch der Begriff „Medizin in der Romantik“ durch. Diese, und insbesondere die

---

<sup>33</sup> Wiesing U (1995) Kunst oder Wissenschaft. Konzeption der Medizin in der deutschen Romantik. Stuttgart-Bad Cannstatt.



Psychiatrie, war geleitet von einer gemeinsamen Unzufriedenheit mit der vorherrschenden Medizin, die zum Teil noch der Humoralpathologie verpflichtet war. Demgegenüber standen moderne Erkenntnisse in der Physiologie, die jedoch nicht im ärztlichen Alltag, weder in der Diagnostik noch in der Therapie, angewandt wurden. Aus dieser Diskrepanz heraus entstand ein Bedürfnis nach neuen theoretischen Ansätzen, die sich zwar noch sehr im spekulativen Rahmen befanden aber die Wege für eine Universitätsmedizin bahnten.

Sicherlich ist der Begriff „Romantik“ irreführend, da nicht alle Strömungen im strengen Sinne der romantischen Bewegung zugeordnet werden können. Sämtliche Strömungen können aber als Antwort auf die Aufklärung angesehen werden, sei es um deren Ideen zu adaptieren oder aber um diese Ideale zu opponieren. So unterschiedlich die Strömungen vor allem in der Psychiatrie auch waren, so sehr stehen sie doch für einen neuen Anfang. Einige dieser Ansätze bilden das Grundkonzept für die moderne Demenzforschung, eine Entwicklung, die zeitlich leicht verschoben in vielen europäischen Ländern stattfand. Dörner belegt eine Reihenfolge, die in England beginnt, in der französischen Revolution fortgesetzt wird und schließlich im deutschsprachigen Raum ankommt. Innerhalb dieses europäischen Vergleichs wird ein deutscher Sonderweg erkennbar und korrespondiert mit dem eigenständigen Weg der deutschen Romantik innerhalb des europäischen Kontexts, auch wenn die Bezeichnung „Romantik“ für die Medizingeschichte anders definiert werden muss als für die Literatur- und Kunstgeschichte.

In der Medizingeschichte beginnt die frühe Phase der Romantik 1795 mit dem Artikel von Johann Benjamin Erhard<sup>34</sup>, der als Anonymus im „Neuen Teutschen Merkur“ unter dem Titel „Über die Medizin. Arkesilas an Ekdemus“ eine heftige Diskussion über den Zustand der Medizin auslöst und damit für den Beginn des Wandels steht. Carl Gustav Carus, der bis 1868 wirkte und geradezu als Synonym des romantischen Geistes für die medizinische Forschung gilt, symbolisiert aber gleichzeitig auch den Ausklang dieser Bewegung.

---

<sup>34</sup> Anonymus (1795) (Johann Benjamin Erhard) Über die Medizin. Arkesilas an Ekdemus. In: Der Neue Teutsche Merkur 2, S. 337.

Die vorliegende Untersuchung orientiert sich an diesen Daten und umfasst damit eine Zeitspanne von 1795 bis 1868.<sup>35</sup> In diesem Zeitraum entwickeln sich in besonderem Maße die Psychiatrie wie auch die Neurologie und beginnen sich als medizinische Disziplin zu etablieren. Die Anfänge einer medizinischen Betrachtung dementieller Symptome müssen konzeptionell in dieser Phase angesiedelt werden. Wenn auch die Geschichte der Demenz bis in die griechische Antike zurückverfolgt werden kann, so lässt sich die Psychiatrie in der Romantik als Beginn einer neuen Wissenschaft beschreiben und steht dafür am Anfang einer neuen Richtung.

Die ausgewählten Autoren repräsentieren diese Richtung, auch wenn sie ganz unterschiedlichen Denkschulen angehören. Letztendlich lassen sich diese Denker auf zwei sich gegenüberstehende Pole aufteilen, entweder gehören sie zu den „Psychikern“ oder zu den „Somatikern“<sup>36</sup>. Die Psychiker waren der Auffassung, die Ursachen der psychiatrischen Erkrankungen dürfen nur in der Seele angenommen werden, demgegenüber vertraten die Somatiker die Meinung, sämtliche psychiatrischen Erkrankungen können auf eine körperliche Ursache zurückgeführt werden. Beide Richtungen lassen sich als roter Faden bis in die gegenwärtige Psychiatriediskussion verfolgen und bestimmen auch die aktuelle Auseinandersetzung zwischen Psychotherapie und Psychiatrie. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts zählten besonders Heinroth und Ideler zu den Anhängern der Psychiker, Friedrich Nasse hingegen zu den Somatikern.

Eine besondere, aber auch eigenständige Rolle innerhalb der somatischen Betrachtungsweise nimmt die neurologische Sicht ein. Ihr wichtigster Vertreter im Sinne des größten Einflusses auf die vorherrschende Medizin war sicherlich Franz Josef Gall, ihr „romantischster“ Vertreter dagegen im Sinne eines typischen Repräsentanten der Romantik war Carl Gustav Carus. Beide gelten als die Urväter der modernen Neurologie, aber auch der rassistischen Physiognomie im Nationalsozialismus. Diese Ambivalenz lässt sich ebenfalls

---

<sup>35</sup> Dietrich v. Engelhard geht von einem sehr viel kürzeren Verständnis des zeitlichen Umfangs aus und definiert den Zeitraum vom Ende der 90er Jahre des 18. Jahrhunderts bis in die 30er Jahre des 19. Jahrhunderts. Siehe Engelhard D von (1991) *Romantische Mediziner*. In: ders.; Hartmann F (Hrsg.) *Klassiker der Medizin* Bd. 2. München, S. 95.

<sup>36</sup> Vgl. hierzu Dörner K (1999) *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*. Hamburg, S. 262; Rechlin T (1998) *Ursachen und Wirkung der zeitgenössischen Antipsychiatrie*. In: Baer R (Hrsg.) *Themen der Psychiatriegeschichte*. Stuttgart, S. 92; Wiesing U (1995) *Kunst oder Wissenschaft? Konzeptionen der Medizin in der deutschen Romantik*. Stuttgart-Bad Cannstatt, S. 33.

bis in die Gegenwart verfolgen, so dass jede Diskussion über die kulturelle Verantwortung der zeitgenössischen Neurophysiologie an dieser Erbsünde nicht vorbeikommt. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts aber haben sie einen Ansatz verfolgt, der sich aus einer empirischen Forschung herleitete und damit die Empirie in der modernen Medizin als Instrument der Validität begründete.

Allen theoretischen Ansätzen gemeinsam ist ihre Reaktion auf die Philosophie der Aufklärung und insbesondere auf Kant. Kants Anthropologie stellt damit in der psychiatrischen Diskussion den Ausgangspunkt dar und provoziert in der Generation nach ihm Befürworter und Gegner. In der klassischen Romantikdebatte zählen nur die Gegner zu den Vertretern der Romantiker, als „Entdecker“ der unbewussten Seele sowie der „Unvernunft“ beim Menschen, in der medizinhistorischen Betrachtung müssen auch die Neukantianer, deren Ansatz sich stark an Kants Vernunftbegriff orientiert, in das Gesamtbild mit einbezogen werden. Da nun Kant im Alter selbst an einer Demenz erkrankt, wird er geradezu zur Metapher für den Umgang mit Demenz in der Romantik. Als geistiger Ziehvater der modernen Psychiatrie hat er das Klima erzeugt, in dem er als Kranker versorgt werden muss. In diesem Kontext bilden Kants Anthropologie und die Beschreibungen des Patienten Kant als Demenzkranker eine Klammer der vorliegenden Forschungsarbeit.

Als philosophischer Gegenspieler Kants für die Medizin und insbesondere für die Psychiatrie muss Schelling betrachtet werden. Sein Einfluss begründet die naturphilosophische Schule, er wurde zum Sprachrohr der Psychiker und zum großen Gegenspieler der Somatiker. Die Basis der Naturphilosophie ist bei dem schottischen Arzt John Brown anzusiedeln. Der sog. „Brownianismus“ nimmt gerade in der deutschen Medizingeschichte eine wichtige Rolle ein und charakterisiert den deutschen Sonderweg.<sup>37</sup> Metaphorisch für Rezeption des schottischen Arztes hierzulande steht der Skandal um den Tod Auguste Böhmers, der Tochter Caroline Schlegels.<sup>38</sup> August Wilhelm Schlegel, anfänglich ein Anhänger der Brownschen Idee, wird sich von Brown distanzieren und entfremdet sich damit von seinem Freund und Arzt Andreas

---

<sup>37</sup> Vgl. hierzu Wiesing U (1995): Kunst oder Wissenschaft? Konzeptionen der Medizin in der deutschen Romantik. Stuttgart-Bad Cannstatt, S.70.

<sup>38</sup> Vgl. hierzu Gerabek WF (1995) Friedrich Wilhelm Joseph Schelling und die Medizin der Romantik. Studien zu Schellings Würzburger Periode. (Europäische Hochschulschriften. Reihe 7, Abt. B, 7). Frankfurt/Main, S. 105.

Röschlaub. Andreas Röschlaub gilt als der vehementeste Vertreter des Brownianismus und entwickelt eine eigene Nosologie, die auch die Psychiatrie und damit verbunden dementielle Symptome im Alter einzuordnen versucht. Zu den größten Gegenspielern und Gegnern Röschlaubs zählt u.a. Hufeland, der sich sehr in der Tradition Kants sieht und spirituell zwischen Romantik und Aufklärung anzusiedeln ist. Zwischen diesen Konflikten und Auseinandersetzungen erwächst der eigentliche Spiritus Rector der modernen Psychiatrie und der modernen Demenzforschung: Johann Christian Reil, Begründer des Wortes „Psychiatrie“.

Alle zitierten Mediziner in der vorliegenden Arbeit, angefangen bei Reil, über Hufeland, Heinroth, Horn, Ideler, Nasse, Hofbauer und Hahnemann haben eine psychiatrische Nosologie beschrieben, in der dementielle Symptome im Alter eingeordnet werden, ohne den Begriff Demenz im modernen Sinne zu gebrauchen. Gängig und vorherrschend ist der Terminus „erworbener Blödsinn“, aber auch lateinische Begriffe wie „amentia“, „fatuitas“, „mentis stupor“ oder „delirium universale“, um nur einige zu nennen, werden in den medizinischen Schriften verwendet und lassen Rückschlüsse auf den Umgang mit dementiellen Symptomen zu. In literarischen und juristischen Texten dagegen fehlen vielfach diese Begriffe, sie sind dagegen aber ausführlicher in den Beschreibungen von Symptomen. Karl Phillip Moritz nimmt dabei einen besonderen Stellenwert ein und in seinem Magazin „Erfahrungsseelenkunde“ finden wir eine sehr frühe Beschreibung eines Demenzerkrankten.

Um diesen Symptom-Beschreibungen auf die Spur zu kommen, war ein eigenes Kapitel für die Beschreibung der Demenzerkrankung notwendig. Dabei lassen sich einige Kernsymptome herausfiltern, die sich im Großen und Ganzen um ein pathologisches Vergessen und die Unfähigkeit sich zu erinnern ranken. Nun nehmen Erinnern und Vergessen in der deutschen Romantik eine zentrale Bedeutung ein, dies zieht sich wie ein roter Faden durch die romantische Autorenlandschaft. Erst durch die Konfrontation der medizinischen und literarischen Texte lässt sich ein Gesamtbild herleiten, dessen visueller Ausdruck in einer eigenen Ikonographie zum Tragen kommt.

Eingebettet ist diese Gegenüberstellung in den Diskurs des Alters um 1800. Um die sehr eigene Position des Alters in der Romantik zu begreifen, schien

ein kleiner Exkurs über die Geschichte des Alters notwendig. Vervollständigt wird das Bild durch die Realität der Jurisprudenz. Zusammen mit den medizinischen und literarischen Überlieferungen bilden sie ein Gesamtmosaik, auch wenn sie zum Teil sehr divergierend auseinander liegen. Durch die Gegenüberstellung unterschiedlicher Bereiche versucht die vorliegende Arbeit den größtmöglichen Teil des Dispositivs zu erfassen und den diskursiven Rahmen dementieller Symptome zu beschreiben. Das dadurch gewonnene Bild kann als Grundkonzept des modernen Demenzkonzeptes angesehen werden oder, um mit Burkhard Brückner zu sprechen: „Das Vorverständnis der thematisch relevant erscheinenden Selbstzeugnisse wird durch medizinhistorische und kultur- oder sozialgeschichtliche Informationen schrittweise erweitert, bis die lebensweltliche Perspektive [...] und die Urteilsregeln seines Zeitalters erschlossen sind.“<sup>39</sup>

Die Arbeit nimmt für sich in Anspruch, die relevanten Schriften und Themenbereiche behandelt zu haben, nicht aber zu einer kompletten Übersicht zu gelangen. Mit der Konfrontation der unterschiedlichen kulturellen Bereiche werden, vergleichbar einer kunstgeschichtlichen Hermeneutik<sup>40</sup>, einzelne Aspekte zusammengetragen, die den kulturellen Rahmen und die Rezeption widerspiegeln. Damit werden die verschiedenen Facetten zu einer Einheit verbunden und lassen die Anfänge einer medialen Betrachtung dementieller Symptome erkennen. Eine Methode, die sich deckt mit dem vorhandenen Forschungsdesign über die Geschichte dementieller Symptome, auch wenn die Forschung insgesamt als sehr dürftig angesehen werden darf.

Da der Begriff Demenz über die Jahrhunderte einer wechselnden Bedeutung unterlag, sind die historischen Forschungsansätze sehr heterogen und verfolgen zum Teil sehr unterschiedliche Ziele. Neben der etymologischen Analyse des Begriffs dominieren vorwiegend historisch-soziologische Untersuchungen, deren Schwerpunkt auf die Symptome der Krankheit gerichtet ist. Das Thema wird jedoch in der Medizin-, Kultur- und Altersgeschichte nur sehr marginal behandelt und das Zeitalter der Romantik kann als grundsätzliches Desiderat betrachtet werden. Die vorliegende kulturwissenschaftlich-historische

---

<sup>39</sup> Brückner B (2007) Delirium und Wahn: Geschichte, Selbstzeugnisse und Theorien von der Antike bis 1900. Band I: Vom Altertum bis zur Aufklärung. Stuttgart, S. 23.

<sup>40</sup> Vgl. hierzu Bättschmann O (2001): Einführung in die kunstgeschichtliche Hermeneutik. Die Auslegung von Bildern. Darmstadt.

Untersuchung greift den dünnen Faden der vorhandenen Forschungsliteratur auf und versucht ihre Ansätze zu bündeln, um daraus mittels einer historischen Analyse ein kulturelles Bild der dementiellen Symptome zu Beginn der 19. Jahrhunderts zu eruieren. Vor diesem Hintergrund ist ein zusammenfassender Überblick vonnöten, der auch die Grundlage dieser Arbeit darstellt.

Als renommiertester Vordenker kann sicherlich Michel Foucault mit seinem Werk „Wahnsinn und Gesellschaft“ angesehen werden. Foucault widmet ein ganzes Kapitel der Demenz und beschreibt die Gruppe der Demenzen aus einer historischen Betrachtung heraus, um die Vielheit unterschiedlicher Krankheiten hinter diesem Begriff im 17. und 18. Jahrhundert offenzulegen. Das Zeitalter der Vernunft wird konfrontiert mit dem Umgang eines Begriffes für die Unvernunft. Als zusammenfassende Charakterisierung der Demenz schreibt Foucault: „In gewissem Sinne ist die Demenz von allen Geisteskrankheiten diejenige, die dem Wesen des Wahnsinns am nächsten bleibt, aber des Wahnsinns im allgemeinen, des in allem, was er an Negativem haben kann, verspürten Wahnsinns: Unordnung, Dekompensation des Denkens, Irrtum, Illusion, Nicht-Vernunft und Nicht-Wahrheit.“<sup>41</sup> Dieses kann durchaus auch für den modernen Demenzbegriff als gültig angesehen werden. Es verbirgt sich dennoch hinter seinem Ansatz die Vorstellung von einem begrifflichen Überbau, der im Zeitalter der Aufklärung als ein besonderer Terminus der Unvernunft angesehen wurde. Grundlage der historischen Begründung ist für Foucault der englische Arzt Thomas Willis, der in seiner Definition einen neurologischen Ansatz entwickelt und in der Demenz eine Störung der „vermittelnden Kräfte der Vorstellungskraft und Erinnerung“<sup>42</sup> zwischen Seele und Körper sieht. Unterstützt wird diese Haltung durch die Präsentation verschiedener Klassifikationen bezüglich der Einordnung der geistigen Funktionsstörungen.

Es sind im Wesentlichen fünf Autoren, auf die Foucault sich beruft und die die Entwicklung im Frankreich des 18. und 19. Jahrhunderts skizzieren<sup>43</sup>. Die Reihe beginnt mit dem Schweizer Mediziner Felix Plater (1536-1614), der in seiner Systematik vier Kategorien auflistet: erstens die „mentis imbecillitas“,

---

<sup>41</sup> Foucault M (1996) Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. (12. Aufl.) Frankfurt/Main, S. 256.

<sup>42</sup> Ebd., S. 257.

<sup>43</sup> Ebd., S. 188.

zweitens die „mentis consternatio“, drittens der „mentis alienatio“ und viertens die „mentis defatigatio“. Eine nähere Untersuchung, wo welche Symptome untergebracht wurden, lässt erkennen, dass die dementiellen Symptome bei der besonderen Form der „mentis imbecillitas“ anzunehmen sind, wo die Funktionsstörungen der Vernunft und Erinnerung klassifiziert werden. Als nächsten Zeugen für das 17. Jahrhundert zitiert Foucault John Jonston, der in seinem Werk „Idée universelle de la médecine“ 1644 die Gedächtnisschwäche als eine Störung der Vernunft beschreibt. Boissier de Sauvages, der dritte von Foucault zitierte Autor für die Entwicklung von Geisteskrankheiten, ordnet die Demenz und Verrücktheit als eine Form des Deliriums ein, die begriffliche Kategorie für die fehlende und verwirrte Urteilskraft. Auch Linné, der vierte genannte Theoretiker, kennt den Begriff Demenz als eine Form des Deliriums, wobei der Begriff Demenz mit Dämonomanie, Melancholie und Manie in Verbindung gebracht wird und dieses daher mit Vorsicht zu genießen ist. Der fünfte und letzte Beitrag bezieht sich auf Melchior Adam Weikard, der in seinem 1790 erschienenen Werk „Der philosophische Arzt“ die Vergesslichkeit unter dem Begriff „oblivio“ als eine besondere Form der Geisteserkrankungen beschreibt.

Alle diese Autoren wagen bereits im 17. und 18. Jahrhundert eine Klassifikation der Geisteserkrankungen, allen gemein ist aber auch, dass sie sowohl in der französischen Romantik bei Pinel und Esquirol als auch in der deutschen Romantik bei Reil und Heinroth keine Rolle spielten. Für Foucault jedoch bilden diese fünf Wissenschaftler den Nährboden für eine terminologische Klassifikation im 19. Jahrhundert. Allerdings muss für das Bild der Demenz über die Klassifikation hinaus auch aus Sicht von Foucault primär Thomas Willis verantwortlich gemacht werden – übrigens dem einzigen von den genannten, der nachweislich auch von deutschen Autoren im ausgehenden 18. Jahrhundert gelesen und rezipiert worden ist. Die Weiterentwicklung des Gedankenguts von Thomas Willis im französischsprachigen Raum sieht Foucault bei Aumont mit seinem Beitrag über die Demenz in der Encyclopédie<sup>44</sup>, der in seinem Blickfeld sehr viel stärker die toxisch verursachte Demenz beschreibt. Die senile Demenz wird

---

<sup>44</sup> Ebd., S. 258.

dagegen bei Sauvages beschrieben, dessen Ansatz Foucault zwar als leicht unsystematisch bewertet, der aber dennoch mit dem Terminus „*amentia senilis*“ der heutigen Definition am nächsten kommt. Insgesamt überwiegt in allen Beschreibungen der genannten historischen Quellen die negative Konnotation.

In der fortlaufenden Diskussion über die Demenz tauchen benachbarte Begriffe<sup>45</sup> auf, die zum Teil als Abgrenzung oder aber als Ergänzung zu Demenz verwendet werden. Die „*Phrenesie*“ zeigt ähnliche Symptome wie die Demenz, jedoch wird sie als eine fiebrige Krankheit beschrieben und rückt in die Nähe des Deliriums. Foucaults besonderes Interesse bei der Rezeption der Autoren des 18. Jahrhunderts gilt der Lokalisation der *Phrenesie* im Gehirn. Damit ist überhaupt ein Weg gebahnt, auch vergleichbare Symptome, wie die der Demenz, im Gehirn zu lokalisieren. Die zweite Begrifflichkeit ist eher eine terminologische Gruppe und umfasst die Ausdrücke „*Stupidität*“, „*Imbezillität*“, „*Idiotie*“ und „*Einfältigkeit*“. Mit dieser begrifflichen Differenzierung rückt Foucault an die Terminologie des 19. Jahrhunderts heran und weist auf Pinel, der zwischen *Imbezillität* und Demenz zu unterscheiden vermag. Die deutsche Literatur zählt nicht zum Focus seiner Betrachtung, so dass die gängige Bezeichnung im deutschsprachigen Raum „*Erworbener Blödsinn*“ für die Demenz nicht erwähnt wird.

Für Foucault bleibt der Begriff Demenz an der Oberfläche der Erfahrung haften, er sieht in der Bezeichnung wenig Projektionsfläche und folgert daraus: „Die Demenz ist der einfachste der medizinischen Begriffe der Alienation und damit am wenigsten den Mythen, den moralischen Wertungen, den Träumen der Vorstellungskraft ausgesetzt.“<sup>46</sup> Diese Analyse mag für das 18. und zum Teil auch für das 19. Jahrhundert ihre Gültigkeit gehabt haben, aber für das 21. Jahrhundert muss sie eindeutig revidiert werden. Michel Foucault beendet seine Untersuchungen mit Pinel und konzentriert seine historische Analyse der Demenz auf das Zeitalter der Aufklärung. Der eigentliche Beginn der modernen Psychiatrie in der Romantik wird nicht mehr von ihm gestreift.

Einen gänzlich anderen Ansatz in der historischen Demenzforschung gehen

---

<sup>45</sup> Ebd., S. 262.

<sup>46</sup> Ebd., S.267.



Axel Karenberg und Hans Förstl. Der Medizinhistoriker Karenberg und der Psychiater Förstl entwickeln in ihrer historischen Aufarbeitung eine systematische Methodologie.<sup>47</sup> In dieser „methodisch historiographischen Überlegung“<sup>48</sup> werden drei grundsätzliche Pfeiler bezüglich einer geschichtlichen Aufarbeitung des Krankheitsbildes Demenz beschrieben. Die erste Herausforderung besteht in der Auswahl der Quellen und konzentriert sich hierbei auf die Beschreibung des Verlustes kognitiver Fähigkeiten, was bis zum Ende der Frühen Neuzeit fast ausschließlich als ein geriatrisches Problem beschrieben und deswegen nur in Schriften mit einem geriatrischen Schwerpunkt, sei es philosophisch oder literarisch, thematisiert wurde. Der zweite Ansatz nimmt den Begriff selbst zum Gegenstand der Analyse und untersucht sowohl die Etymologie des Wortes als auch seine möglichen Synonyme. Mit einem Verweis auf die frühen Hochkulturen sowie auf die griechisch-römische Antike wird nachvollziehbar, dass hier die dürftigsten Quellen anzunehmen sind. Karenberg und Förstl schlussfolgern daraus: „Ein Historiker, der dennoch zumindest Konturen einer Vorgeschichte der Demenz erfassen möchte, muss sich darauf beschränken, kurze Abschnitte aus medizinischen und nicht medizinischen Schriften wie Teile eines Puzzles zusammenzusetzen; möglichst oft sollte er die Texte selbst zu Wort kommen lassen.“<sup>49</sup>

Dieser Ansatz kann auch als Motto der vorliegenden Arbeit angesehen werden. Karenberg und Förstl versuchen darauf aufbauend einen historischen Überblick zu schaffen, der in der altägyptischen Kultur beginnt und über die griechische und römische Antike, das Mittelalter, die frühe Neuzeit schließlich das 19. und 20. Jahrhundert beschreibt. Sie gewinnen damit erstmalig einen weitgespannten historischen Gesamteindruck, der es aber nicht erlaubt, jeweils in die Tiefe einzusteigen. Betrachtet man die Analyse des 19. Jahrhunderts, so beginnt die Untersuchung erst ab 1845 mit einer Publikation von Ernst von Feuchtersleben. Das Zeitalter der Romantik wird damit thematisch nicht erfasst, obwohl gerade diese Phase für das 19. Jahrhundert als maßgeblich zu

---

<sup>47</sup> Karenberg A; Förstl H (2003) Geschichte der Demenzen und der Antidementiva. In: Förstl H (Hrsg.) Antidementiva. München.

<sup>48</sup> Ebd., S. 5.

<sup>49</sup> Karenberg A; Förstl H (zuletzt besucht 03.01.2014) Geschichte der Demenz und ihrer Behandlung. In: [http://www2.psykl.med.tum.de/geschichte\\_history/karenberg\\_demenzen.html](http://www2.psykl.med.tum.de/geschichte_history/karenberg_demenzen.html)

betrachten ist. Dennoch ist der Ansatz von Karenberg und Förstl ein Versuch, ein kulturelles Gesamtbild zu erarbeiten und sie kommen mit ihrer Arbeit zu der Quintessenz: „Die oben ausgeführten epidemiologie-, sozial- und medizinhistorischen Hypothesen mögen in Nuancen korrektur- und in der Summe ergänzungsbedürftig sein, alle zusammen erklären relativ gut, warum sich der medizinische Blick auf die Demenz und ihre Ursachen erst nach 1800 grundlegend wandelte. Und sie machen verständlich, dass erst mit einer Änderung der demographischen Situation, einem neuen Krankheitskonzept der Medizin, der Entstehung der Fächer Nervenheilkunde und Geriatrie und einer gewandelten Arztrolle ein neues – historisch gesehen sehr spätes – professionelles Interesse an demenziellen Zuständen erwachte.“<sup>50</sup>

Dieser Wandel um 1800 ist der Forschungsschwerpunkt der vorliegenden Arbeit. Einen ähnlichen Ansatz wie Karenberg und Förstl verfolgen die Autoren Frölich, Pieschl und Maurer mit ihrem Beitrag „Die historische Entwicklung des Krankheitskonzeptes Demenz vom Alzheimer Typ“.<sup>51</sup> Das Autorenteam konzentriert die Untersuchung allerdings auf die etymologische Entwicklung des Wortes Demenz und das Herausarbeiten möglicher Synonyme. Sie beginnt in der römischen Antike, skizziert den Werdegang bis in das 20. Jahrhundert und endet bei der Definition durch die ICD-10. Auch diese Arbeit streift nur sehr kurz das frühe 19. Jahrhundert und spart eine intensivere Betrachtung der Romantik aus. Sie verweist lediglich auf die Degenerationslehre von Morel und mögliche Zusammenhänge zu der Philosophie von Rousseau.<sup>52</sup>

Einen leicht veränderten Blick entwickelt der Medizinhistoriker Daniel Schäfer mit seinem Forschungsschwerpunkt auf der geschichtlichen Entwicklung von Alter und Krankheit. Bezogen auf die dementiellen Symptome publizierte er 2001 einen Artikel mit dem Titel „Ein Haus der Vergeßlichkeit. Medizinische Konzepte zur altersbedingten

---

<sup>50</sup> Karenberg A; Förstl H (2003) Geschichte der Demenzen und der Antidementiva. In: Förstl H (Hrsg.) Antidementiva. München, S. 8.

<sup>51</sup> Frölich L; Pieschl D; Maurer K (1997) Die historische Entwicklung des Krankheitskonzeptes Demenz vom Alzheimer Typ. Implikationen für Praxis und Forschung. In: Nervenheilkunde 16, S. 19.

<sup>52</sup> Ebd., S. 20.

Gedächtnisschwäche in der frühen Neuzeit.“<sup>53</sup> Schäfer setzt beim Kernsymptom der Demenz an und untersucht die Gedächtnisschwäche im Greisenalter. In dem erwähnten Artikel konzentriert er sich auf die frühe Neuzeit mit ihrer Rezeption griechischer und römischer Autoren. Einen ausführlicheren Einstieg in die Thematik gewährt er uns allerdings mit seiner Arbeit über Alter und Krankheit in der Frühen Neuzeit. Diese sehr umfangreiche Publikation hat nicht nur die dementiellen Symptome im Betrachtungsfeld, sondern vielmehr geriatrische Erkrankungen insgesamt und deren medizinische und gesellschaftliche Rezeption. In seinen methodischen Überlegungen definiert er seine Untersuchung: „Deshalb muß die Studie einen besonderen Augenmerk auf die eingangs erwähnten typischen Strukturen universitärer Wissensorganisation richten, zum einen auf die Rezeption traditionellen medizinischen und nicht-medizinischen Wissens zum Alter, zum anderen auf die interdisziplinären Verflechtungen mit anderen Fachgebieten, insbesondere der Philosophie, der Theologie und der Jurisprudenz. Auf diese Weise ist es zugleich möglich, dem polyhistorischen Ideal der Epoche gerecht zu werden.“<sup>54</sup> Schäfer konzentriert sich mit seiner historischen Studie ausschließlich auf universitäre Texte und unterscheidet sich damit von Karenberg und Förstl, die darüber hinaus auch nicht-universitäre Quellen verwendet haben. Schäfers Studie darf aber als die umfangreichste angesehen werden und vermittelt einen tiefen historischen Einblick über geriatrische Erkrankungen von 1500 bis 1800.

Einen Weg zwischen Schäfer und Karenberg geht Burckhard Brückner<sup>55</sup>. In seiner Arbeit dominieren zwar die medizinischen Quellen, aber große Teile seines Kompendiums beziehen sich auch auf literarische und kulturanthropologische Texte. Brückners Interesse gilt nicht spezifisch der Demenz, vielmehr entwirft er einen kulturhistorischen Überblick über Delirium und Wahn, in dem ansatzweise dementielle Symptome thematisiert werden. Allerdings konzentriert er sich im frühen 19. Jahrhundert vorwiegend auf die

---

<sup>53</sup> Schäfer D (2001) Ein Haus der Vergeßlichkeit. Medizinische Konzepte zur altersbedingten Gedächtnisschwäche in der frühen Neuzeit. In: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte und Nervenheilkunde 6, S. 295.

<sup>54</sup> Schäfer D (2004) Alter und Krankheit in der Frühen Neuzeit. Der ärztliche Blick auf die letzte Lebensphase. Frankfurt/Main, S. 17.

<sup>55</sup> Brückner B (2007) Delirium und Wahn: Geschichte, Selbstzeugnisse und Theorien von der Antike bis 1900. Band I: Vom Altertum bis zur Aufklärung. Band II: 19. Jahrhundert – Deutschland. Stuttgart.

Gründung der modernen Psychiatrie und lässt eine gesonderte Betrachtung dementieller Symptome außen vor. Zusammenfassend lässt sich sagen, die bisherige Forschungslage ergibt, dass das Thema Demenz in der Romantik fast durchgängig ausgespart wurde. Dies verwundert umso mehr, als dass alle Autoren den Beginn der modernen Psychiatrie in die Romantik datieren.

## 01 . Demenzen

Was versteht die moderne Medizin unter Demenz und welche Kernsymptome werden ihr zugeordnet? Da die Krankheit in historischen Quellen unterschiedliche Klassifikationen erfahren hat, bietet die Benennung der zentralen Merkmale eine Orientierung bei der Suche nach dem Umgang mit dementiellen Symptomen im frühen 19. Jahrhundert. Die unscharfe Verwendung des Begriffs in populistischen Publikationen erfordert einen fokussierten Blick auf die exakte medizinische Definition, auch um mit dem Mythos aufzuräumen, der die Demenz als eine einheitliche Krankheit begreift. In der medizinischen Fachliteratur wird der Terminus als Syndrom geführt, als Sammelbezeichnung unterschiedlicher Krankheiten mit vergleichbaren Symptomen und mit einander überschneidenden, jedoch nicht immer identischen Pathogenesen. Die Demenzen umfassen eine Gruppe von hirnrorganischen Erkrankungen, die zu einem Abbau der kognitiven Leistungen führen.

Hinter dem Syndrom verbirgt sich eine Gedächtnisstörung infolge einer Beeinträchtigung der höheren Hirnfunktionen mit Auswirkungen auf die sprachliche und planerische Kompetenz sowie auf das logische und abstrakte Denken. Der Begriff „Demenz“ impliziert ein „Wegsein“ und ist nicht zu verwechseln mit einer Bewusstseinsintrübung wie beispielsweise bei einem Delir. In historischen Quellen wird vereinzelt der Ausdruck „Delirium“ durchaus für dementielle Symptome verwendet, hier sei kurz auf Karl Heinrich Baumgärtner<sup>56</sup> verwiesen, der den Begriff „Delirium generale“ für die erworbenen Verwirrtheiten im Alter verwendet. Generell wurde der Terminus in Abgrenzung zu Demenz definiert und auch in der historischen Entwicklung als etwas Eigenständiges betrachtet. In der gegenwärtigen Literatur herrscht zwar überwiegend Einigung bezüglich des Begriffsverständnisses von Demenz vor, dennoch konkurrieren bis heute unterschiedliche Definitionen und leicht abgewandelte Klassifikationen.

---

<sup>56</sup> Baumgärtner KH (1838) Kranken-Physiognomik. Stuttgart.

Die in Deutschland am weitesten anerkannte Beschreibung des Syndroms Demenz folgt der Definition nach ICD-10: „Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt (mit Ausnahme der späten Stadien der Erkrankung). Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf.“<sup>57</sup> Da die Demenz als eine chronisch irreversible Erkrankung definiert wird, muss für die Diagnoseerstellung gegenwärtig eine Mindestdauer von sechs Monaten nachgewiesen werden. Jedoch wird seit einiger Zeit kritisch hinterfragt, ob die Bezeichnung Demenz ausschließlich bei einem irreversiblen Zustand verwendet werden sollte.<sup>58</sup>

Mit dem Abbau der kognitiven Kompetenzen, dazu zählen die Fähigkeiten der Wahrnehmung, des Erinnerns, des Denkens und des Kombinierens, gerät der betroffene Mensch in die Lage, sich auch in einem gewohnten Umfeld nicht mehr orientieren zu können. Menschen mit Demenz besitzen nicht mehr die Fähigkeit, Informationen vom Kurzzeitgedächtnis ins Langzeitgedächtnis zu transportieren. Im pflegerischen Alltag entstehen dadurch Situationen, in denen alltägliche Bedürfnisse nicht mehr geäußert werden können und von den Angehörigen bzw. vom Pflegepersonal empathisch erfasst werden müssen. Ein einfacher Toilettengang kann sich zu einem großen Drama entwickeln, da der dementiell veränderte Mensch sein Bedürfnis nicht mehr zum Ausdruck bringen kann, Essen und Trinken wird vergessen und einfache Körperpflege gestaltet sich zu einer kognitiven Überforderung. Einige dieser Symptome lassen sich bei Kant als Pflegefall oder auch in der Beschreibung eines dementiell erkrankten Mannes bei Karl Phillip Moritz wiederfinden. Die Unfähigkeit, sich sprachlich mitteilen zu können, führt zu einer großen Unruhe und Umtriebigkeit bei den betroffenen Menschen.<sup>59</sup>

---

<sup>57</sup> Dilling H; Freyberger HJ (Hrsg.) (2013) Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen. (6. Aufl.) Bern, S. 24.

<sup>58</sup> Ebd., S. 26.

<sup>59</sup> Vgl. hierzu Sauter D; Abderhalden C; Needham I; Wolff S (Hrsg.) (2006) Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern, S. 974.

Der folgende Versuch einer begrifflichen Gliederung der diagnostischen Kategorien orientiert sich an „Klinische Neuropsychologie“ von Wolfgang Hartje und Klaus Poeck<sup>60</sup> sowie dem „Lehrbuch für Neurologie“ von Hans-Walter Delank und Walter Gehlen<sup>61</sup>. Sie beginnt mit der größten Gruppe der Demenzen, die als die degenerativen Demenzen bezeichnet werden und zu denen die Alzheimer-Demenz, die Lewy-Körper-Krankheit, die frontotemporale Demenz, die kortikobasale degenerative Demenz sowie die Demenzen beim Morbus Parkinson und der Chorea Huntington zählen. Es folgen die vaskulären Demenzen, verursacht durch Hirninfarkte oder durch eine subkortikale arteriosklerotische Enzephalopathie, auch als Morbus Binswanger bekannt. Die degenerativen und vaskulären Demenzen betreffen 90% aller Demenzkrankheiten und werden auch als primäre Demenzen bezeichnet. Folgt man den Zahlen der S3 Leitlinie Demenz<sup>62</sup> sind 50-70% der Demenzerkrankten an Alzheimer Demenz und 15-20% an einer vaskulären Demenz erkrankt.<sup>63</sup> Den Rest bilden die sog. sekundären Demenzen mit ihren entsprechenden Untergruppen, wie beispielsweise die nutritiv-toxisch verursachten Erkrankungen durch Alkohol, Drogen und Medikamente, die infektiösen Demenzen, beispielsweise bei einer AIDS Erkrankung und Creutzfeld-Jakob Erkrankung. Zu dieser Gruppe zählen auch traumatische Hirnschädigungen und zerebrale Raumanforderungen bei Tumoren und subdurale Hämatome. Mit diesem Versuch einer Gliederung, die sicherlich nicht abschließend ist, wird deutlich, wie komplex das Syndrom Demenz gedacht werden muss und welche unterschiedlichen Krankheitsprozesse im Gehirn zu einer dementiellen Veränderung führen können.

Folgt man in der Diagnostik den Kriterien der DSM IV<sup>64</sup>, dann geht man von einer Demenz aus, wenn Gedächtnisstörungen gepaart sind entweder mit einer

---

<sup>60</sup> Hartje W; Poeck K (2006) Klinische Neuropsychologie. Stuttgart, S. 423.

<sup>61</sup> Delank HW; Gehlen W (Hrsg.) (2001) Neurologie. Stuttgart, S. 214.

<sup>62</sup> S3-Leitlinien sind evidence-basierte medizinische Leitlinien, die nach den Vorgaben der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Fachgesellschaften entstanden sind. Psychiatrische und neurologische Leitlinien sind unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) entwickelt worden. Die gegenwärtige S3-Leitlinie Demenz ist 2009 verabschiedet worden.

<sup>63</sup> Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.) S3-Leitlinie "Demenzen" (Langversion 23.11.2009) <http://www.dgppn.de/documents/s3-leitlinie-demenz-kf.pdf> (zuletzt aufgerufen am 11.12.2013). S. 25.

<sup>64</sup> DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ist die diagnostische Taxonomie der American Psychiatric Association und gilt sowohl als Gegenentwurf als auch

Aphasie, einer Agnosie, einer Apraxie oder einer Beeinträchtigung der exekutiven Funktionen<sup>65</sup>. Dabei ist nicht ausgeschlossen, dass mehrere kognitive Störungen gleichzeitig auftreten können. Aphasien<sup>66</sup> sind erworbene Sprachstörungen mit hirnorganischer Provenienz. Sie verursachen einen linguistischen Verlust und bewirken eine Reduktion des aktiven Wortschatzes sowie der Lese- und Schreibkompetenzen. Differentialdiagnostisch darf der Verlust der Sprache jedoch nicht verwechselt werden mit Dysarthrie, einer pathologischen Beeinträchtigung der Sprechmotorik infolge von Hirnläsionen, beispielsweise durch eine Apoplexie.<sup>67</sup> Hier verstehen die Betroffenen die Sprache noch, aber das Sprachzentrum erlaubt es ihnen nicht mehr, die richtigen Wörter zu finden. In der Demenz verliert der Mensch sukzessive seine Sprache und kann keine semantischen Zusammenhänge mehr erfassen. Diese Unfähigkeit lässt sich auch bei der Motorik beobachten, die infolge der Apraxie zu keiner zusammenhängenden Handlung mehr befähigt.<sup>68</sup> Während sich die Aphasie und Apraxie vorwiegend im fortgeschrittenen Stadium bemerkbar machen, lässt sich die Agnosie bei vielen Demenzen schon früh beobachten. Personen und Objekte werden nicht mehr erkannt, was zu einer „falschen“ Wahrnehmung der Wirklichkeit führt. Kant litt in seinen letzten Lebensjahren unter einer Agnosie und hat vertraute Personen nicht wiedererkannt.

Wann und im welchem Umfang sich die Symptome äußern, hängt von der Art der Demenz ab. Für die Ermittlung der Symptome werden verschiedene Demenzbeurteilungsskalen verwendet<sup>69</sup>, die ein Screening ermöglichen, um den Schweregrad einer Erkrankung zu beurteilen. Hierzu zählt der der Mini-Mental-Status-Test MMST (bzw. Mini-Mental State Examination) zu den am häufigsten verwendeten Tests, wegen seiner Kürze und einfachen

---

als Ergänzung zum ICD-10. Vgl. hierzu: Sauter D; Aberhalden C; Needham I; Wolff S (Hrsg.) (2006) Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern, S. 116 und Wallesch CW; Förstl H (Hrsg.) (2005) Demenzen. Stuttgart, S. 60.

<sup>65</sup> siehe: <http://www.demenz-leitlinie.de/aerzte/Diagnostik/ICD10/DSMIV.pdf> (zuletzt aufgerufen am 11.12.2013)

<sup>66</sup> Delank HW; Gehlen W (Hrsg.) (2001) Neurologie. Stuttgart, S. 64.

<sup>67</sup> Vgl. hierzu Delank HW; Gehlen W (Hrsg.) (2001) Neurologie. Stuttgart, S. 65.

<sup>68</sup> Ebd., S. 66.

<sup>69</sup> Vgl. hierzu auch die Übersicht in: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.) S3-Leitlinie "Demenzen" (Langversion 23.11.2009) <http://www.dgppn.de/documents/s3-leitlinie-demenz-kf.pdf> (zuletzt aufgerufen am 11.12.2013) S. 16.



Bedienung.<sup>70</sup> Im Mini-Mental-Status-Test werden alltagsnahe Fragen gestellt, die von gesunden Menschen problemlos beantwortet werden können. In die Beurteilung fließen ein: die zeitliche und örtliche Orientierung, die Merkfähigkeit, die Rechen- und Erinnerungsfähigkeit sowie die Sprache und die räumliche Zeichenfähigkeit. Insgesamt können 30 Punkte erreicht werden. Eine Vielzahl von neurologischen Untersuchungen bezüglich der visuokonstruktiven und zeichnerischen Fähigkeiten stellt die Ergebnisse immer in Bezug zu den erreichten Werten im MMST. Was sich hinter den Punktzahlen verbirgt, vermittelt die Global Deterioration Scale (GDS) nach Reisberg.

Die GDS ist zunächst der Versuch, eine Beurteilungsskala für verschiedene kognitive Fähigkeitsgrade unabhängig von der persönlichen Intelligenz zu bestimmen. Sie umfasst insgesamt sieben Stufen und beschreibt auf jeder Ebene, welche kognitiven Fähigkeiten nicht mehr vorhanden sind.<sup>71</sup> Mit Hilfe dieser Beschreibung lassen sich historische Quellen am besten durchsuchen, da sie auf einzelne Fähigkeiten und Kompetenzen eingeht, die auch in literarischen Beschreibungen wiedererkannt werden können.

Gemäß der GDS-Vorgabe beinhaltet die erste Stufe keine kognitiven Leistungseinbußen. Weder subjektiv noch objektiv gibt es Hinweise auf Gedächtnisdefizite, und beim MMST (Mini-Mental-Status-Test) wird ein Mittelwert von 29,9 (max. 30) erreicht. Es folgt das zweite Stadium mit „zweifelhaften kognitiven Leistungseinbußen“<sup>72</sup>. Dieser Zustand kann als Teil des normalen Alterns angesehen werden. Die Betroffenen haben subjektiv ein Defizitempfinden über eine zunehmende Vergesslichkeit, wobei objektiv keine Verschlechterung festgestellt werden kann. Im MMST gesteht man in dieser Phase den betroffenen Personen einen Punktabzug zu und akzeptiert einen Mittelwert von 28,9. Obwohl persönlich der Eindruck von einer nachlassenden Gedächtnisleistung vorhanden ist, steht dem objektiv kein Korrelat gegenüber. Die Alltagskompetenz ist noch normal und im beruflichen und sozialen Umfeld sind keine Einschränkungen festzustellen. Problematischer wird es in der

---

<sup>70</sup> Vgl. hierzu Strauss E; Sherman EMS; Spreen O (1998) A compendium of Neuropsychological Tests. Administration, Norms and Commentary. New York, S. 65.

<sup>71</sup> Hampel H; Padberg F; Möller HJ (2003) Alzheimer-Demenz. Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien. Stuttgart, S. 82.

<sup>72</sup> Ebd., S. 83.

dritten Stufe, wo erste Defizite manifest werden. Die Betroffenen merken den kognitiven Abbau, versuchen aber die verringerte Leistungsfähigkeit zu verleugnen. Symptome können sich sehr unterschiedlich äußern, beispielsweise finden sich einige Personen nicht mehr an einem fremden Ort zurecht.

In einem Fallbeispiel bei Tom Kitwood über eine Margret B. wird folgende Episode drei Jahre vor ihrer Diagnosestellung beschrieben: „Die erste Episode, die ihren Ehemann Brian wirklich davon überzeugte, dass etwas ganz ernsthaft nicht in Ordnung war, trat im Sommer 1987 auf, als sie während eines Urlaubs in Spanien in einem großen Hotel wohnten. Als sie eines Morgens im Speisesaal ihr Frühstück zusammenstellte, verirrte sie sich vollkommen und konnte weder Brian noch ihren Tisch wiederfinden. Als er sie fand, war sie sehr aufgeregt und verängstigt und hatte anscheinend keine Vorstellung davon, wo sie sich befand. Seither schien sie an Selbstvertrauen zu verlieren und wurde zunehmend ängstlich und verwirrt. Schon vorher hatte Margret einige Anzeichen von Vergesslichkeit gezeigt. So fiel es ihr beispielsweise schwer, sich die Namen ihrer sechs Enkel zu merken. Auch hatte sie ein paar seltsame Fehler gemacht, etwa indem sie aus dem Supermarkt mit Katzenfutter nach Hause kam, obwohl ihre letzte Katze schon vor einigen Jahren gestorben war.“  
73

Diese Veränderungen werden oft mehrere Jahre vor der offiziellen Diagnosestellung von der Umwelt wahrgenommen, können aber nicht richtig eingeschätzt werden. Im beruflichen Alltag häufen sich Überforderungen und führen zu Missverständnissen mit Mitarbeitern. Nicht selten wird in dieser Phase auch ein Burn Out diagnostiziert. Hinzu kommen Wortfindungsstörungen und, wie im Fallbeispiel beschrieben, selbst Namen von bekannten Personen sind schnell wieder vergessen. Nicht selten geht dieser Prozess mit Persönlichkeitsveränderung einher.

Auch das nächste Fallbeispiel zeigt, dass erste Veränderungen bereits drei Jahre vor der Diagnosestellung beobachtet wurden: „As documented by his wife, at the age of 67 years the patient underwent a personality change,

---

<sup>73</sup> Kitwood T (2006) Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. (4. Aufl.) Bern, S. 64.

becoming more stubborn, irritable, and suspicious. Memory impairment and poor judgment became apparent.”<sup>74</sup>

In diesem Stadium kann man nur noch Teile von vorgelesenen Textpassagen behalten, die Namen von neu vorgestellten Personen hat man sofort wieder vergessen und es ist typisch, Gegenstände zu verlegen und zu verlieren. Auch aus den Beschreibungen über die letzten Lebensjahre Kants lässt sich ableiten, dass gewisse Veränderungen erst rückwirkend erkannt wurden und eine zunehmende Vergesslichkeit mit Schusseligkeit verwechselt wurde. In der klinischen Untersuchung wird während dieses Stadiums eine Konzentrationsschwäche erkennbar, die im MMST noch einen Durchschnittswert von 24,6 erreichen kann. In Einzelfällen können einige Betroffene die Fassade bewahren und noch volle 30 Punkte im Mini-Mental-Status-Test erreichen, jedoch nur wenn sie nicht mit neuen, fremden Informationen konfrontiert werden. Diese Außendarstellung lässt sich im nächsten Stadium aber nicht mehr aufrechterhalten. Die meisten Alzheimer-Patienten bekommen in dieser vierten Phase ihre Diagnose gestellt.

Zunehmend benötigen die Betroffenen Hilfe bei der Umsetzung ihrer Alltagsaktivitäten, da ihre Alltagskompetenz nicht mehr ausreicht um sich selbst zu versorgen. Im fünften Stadium ist die Einschränkung derart fortgeschritten, dass die Betroffenen nicht mehr in der Lage sind, sich selbständig passende Kleider auszusuchen. Gepaart mit der zunehmenden Hilfsbedürftigkeit bei den täglichen Aufgaben tritt bei vielen starke Unruhe auf, verbunden mit ziellosem Umherwandern. Auch diese Symptome sind bei Kant beschrieben worden. Typisch in dieser Phase sind Schlafstörungen mit einer Umkehr des Tag-Nacht Rhythmus. Es können Stimmungsschwankungen, Depressivität und Aggressionen auftreten. Der Mittelwert des MMST erreicht nur 14,2 Punkte. Im sechsten Stadium sind die kognitiven Defizite so weit abgebaut, dass die Patienten Schwierigkeiten haben, von 10 ab rückwärts zu zählen. Oft können sich die Betroffenen nicht mehr an ihre eigene Adresse oder an die Namen ihrer Eltern erinnern und es entsteht eine zeitliche und örtliche Desorientierung. Die sprachlichen Fähigkeiten vermindern sich, der Wortschatz reduziert sich und die entstandene sprachliche Lücke wird mit

---

<sup>74</sup> Cummings JL (1987) Probable Alzheimer's Disease in an Artist. In: The Journal of the American Medical Association 258, S. 2731.

Neologismen gefüllt. Im Mini-Mental-Status-Test wird noch ein Wert von 8,3 Punkten erreicht. Im letzten, dem siebten Stadium verfügt man nur noch über fünf bis sechs Wörter in seinem Wortschatz. Die Wörter „ja“ und „nein“ zählen oft zu den letzten vorhandenen Vokabeln und obwohl die kognitiven Fähigkeiten auf ein Minimum reduziert sind, kann die Mobilität durchaus noch vorhanden sein. Im MMST werden keine Punkte mehr erreicht. Ist dieses Stadium eingetreten, sterben Patienten oft nach zwei Jahren.

Die degenerative Entwicklung lässt sich neurophysiologisch erklären. Anhand der Alzheimer Erkrankung lässt sich dieser Prozess besonders gut verdeutlichen. Dem degenerativen Prozess dieser Krankheit geht eine histopathologische Veränderung voraus, die im Wesentlichen drei Merkmale beinhaltet, welche zu gravierenden Veränderungen der zerebralen Struktur führen.<sup>75</sup> Erstens kommt es zu einem allgemeinen Verlust an Neuronen und damit einhergehend einer Reduzierung der synaptischen Verbindungen. Die Neuronen sind die funktional wichtigsten Zellen des Nervengewebes und für die Aufnahme von Informationen verantwortlich. Ihre kurzen Fortsätze, die Dendriten, sind zuständig für die synaptischen Verbindungen und sorgen damit für den Transport der Informationen.<sup>76</sup> Bei einer schweren Demenz können bis zu 40% aller Neuronen verloren gehen. Verursacht wird der Abbau an Nervenzellen u.a. durch eine verminderte Produktion von Acetylcholin. Neben dem Verlust der Nervenzellen zeigt sich als zweites Merkmal eine globale Atrophie des Gehirns. Dieser Prozess ist gekennzeichnet durch ein Schrumpfen des äußeren Volumens gepaart mit einer Vergrößerung der inneren liquorgefüllten Ventrikel.

Veränderungen im Temporallappen des Gehirns sind vorwiegend verantwortlich für den beginnenden Gedächtnisverlust. Für die aphasischen Störungen, die Apraxie und die Agnosie sind degenerative Prozesse im Partillappen die Ursache. Infolge der neurologischen Degeneration ist das Gedächtnis derart beeinträchtigt, dass das Kurzzeitgedächtnis nicht mehr in der Lage ist neue Informationen zu speichern und somit auch kein episodisches Lernen mehr möglich ist. Anfängliche Wortfindungsstörungen führen zu einer

---

<sup>75</sup> Kitwood T (2006) Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. (4. Aufl.) Bern, S. 44.

<sup>76</sup> Menche N (Hrsg.) (2003) Biologie, Anatomie, Physiologie. (5. Aufl.) München, S. 65.

semantisch-lexikalischen Beeinträchtigung und haben in späteren Phasen Aphasien zur Folge. Die Aufmerksamkeit ist nur noch reduziert vorhanden, es kommen räumliche sowie zeitliche Orientierungsstörungen hinzu und in vielen Fällen lassen sich auch affektive Symptome feststellen.

Dieses differenzierte Bild kann um 1800 selbstverständlich nicht vorausgesetzt werden. Beschrieben werden in der Literatur einige offensichtliche Symptome, wie z.B. der Verlust des Kurzzeitgedächtnisses, die eingeschränkten sprachlichen Fähigkeiten, die räumliche und zeitliche Orientierungslosigkeit sowie zusätzliche psychiatrische Erkrankungen, sei es Depression, Wahnvorstellung, übertriebene Angst, gesteigerte Unruhe oder Schlafstörung. Bezogen auf die Alzheimer-Demenz sind allerdings die psychiatrischen Begleitsymptome weniger ausgeprägt, verglichen mit anderen Demenzen, wie beispielsweise der Demenz mit Lewy-Körperchen oder der frontotemporalen Demenz. Hinweise auf psychiatrische Begleitsymptome<sup>77</sup> können deshalb als Indizien für diese Demenzen gewertet werden, wenn man beispielsweise an den Krankheitsverlauf Kants in seinen letzten Lebensjahren denkt. Optische Halluzinationen treten oft im frühen Stadium der Demenz mit Lewy-Körperchen auf. Eine ausgeprägte Hypomanie kann demgegenüber auf eine frontotemporale Demenz hinweisen.

Bei ca. einem Drittel der an Alzheimer Erkrankten lässt sich eine Depression diagnostizieren. Vorwiegend im frühen Stadium bzw. im Vorstadium, wenn ein Prozess der Veränderung bereits wahrgenommen, jedoch nicht kognitiv begriffen wird, können depressive Störungen auftreten.<sup>78</sup> Da für die Depression ein aminerges und cholinerges Zusammenhänge vermutet wird, kommen in der zeitgenössischen Therapie nur Antidepressiva ohne anticholinerge Wirkung in Frage.<sup>79</sup> Neben den affektiven Störungen lassen sich durchaus auch Wahnsymptome beobachten, wobei es sich oft um situative Verkennungen aufgrund der kognitiven Einbußen handelt. Typische Situationen, die betroffene Alzheimer-Patienten durchleben, liegen in psychotischen Annahmen, bestohlen oder vergiftet zu werden. Paranoide Ängste können

---

<sup>77</sup> Vgl. hierzu Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.) S3-Leitlinie "Demenzen" (Langversion 23.11.2009) <http://www.dgppn.de/documents/s3-leitlinie-demenz-kf.pdf>, S. 29.

<sup>78</sup> Hampel H; Padberg F; Möller HJ (2003) Alzheimer-Demenz. Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien. Stuttgart, S.292.

<sup>79</sup> Wallech CW; Förstl H (Hrsg.) (2005) Demenzen. Stuttgart, S. 284.

durch Verknennung von Personen und Gegenständen entstehen. Nicht selten wird das eigene Spiegelbild fehlinterpretiert und als eine bedrohliche fremde Person wahrgenommen. Aber auch vertraute Gesichter aus der Familie oder dem Freundeskreis werden nicht wiedererkannt, man denke beispielsweise an Jachmann, der von Kant nicht mehr erkannt wird (siehe Kapitel 23: Kant als Pflegefall). Im Fortschreiten des Krankheitsprozesses können sich diese visuell-agnostischen Störungen zum Capgras-Syndrom entwickeln und vertraute Gesichter werden grundsätzlich als Doppelgänger angenommen.

Eine nicht selten auftretende Reaktion des degenerativen Prozesses ist eine gesteigerte Angst, die bei vielen Patienten als sehr diffus wahrgenommen wird. Typischer Ausdruck dieser Angst ist die gesteigerte Unruhe. Die Patienten haben das Bedürfnis ständig umherlaufen zu müssen, und auch die sog. Hinlauftendenz<sup>80</sup> - in der älteren Literatur spricht man von Weglauftendenz - ist Ausdruck dieses Bewegungsdranges infolge gesteigerter Unruhe. Aus dem subjektiven Erleben der Betroffenen dürfte diese Poromanie als positive Aktivität betrachtet werden, da sie als eine noch vorhandene Kompetenz wahrgenommen werden könnte. Gleichsam verhindert die dauerhafte körperliche Aktivität eine Konfrontation mit dem Verlust der eigenen geistigen Fähigkeiten. In der Bewegung entsteht durchaus ein Zustand des Wohlbefindens, auch wenn die Ursache sich aus einer gesteigerten Angst und Unruhe herleitet. In der täglichen Betreuung lässt sich dieser Wandertrieb durch gezielte Spaziergänge, Teilnahme an der hauswirtschaftlichen Versorgung, kleine Arbeiten im Garten, gymnastische Übungen oder Begleitung bei notwendigen Einkäufen integrieren. Ist jedoch der Bewegungsdrang verknüpft mit einer Schlafstörung, entsteht für Angehörige und Nachbarn oft eine große Belastung. Die Umkehrung des Tag-Nacht-Rhythmus als eine Folge der gestörten Chronobiologie des Menschen verstärkt die Symptome der Demenz und führt oft zu einer gesteigerten Orientierungslosigkeit. Verantwortlich für die gestörte circadiane Uhr ist im Hypothalamus der Nucleus suprachiasmaticus, der durch die Degeneration der Nervenzellen lokal geschädigt ist.

---

<sup>80</sup> Vgl. hierzu Gust J (2010) Phänomen Hinlauftendenz: Wenn alte Menschen weglaufen. Norderstedt.

Kurz erwähnt seien auch noch die körperlichen Symptome, die die Demenz begleiten und sie spezifisch charakterisieren. Bezogen auf die Sinnesfunktionen wird bei Alzheimer-Erkrankten im frühen Stadium vielfach eine Störung des Geruchssinns beschrieben, als eine unmittelbare Folge des geschädigten Tractus olfactorius<sup>81</sup>. Im Endstadium nehmen Appetit und Durst drastisch ab, so dass die betroffenen Patienten bedrohlich abmagern und mit einer einhergehenden Bettlägerigkeit hochgradig Dekubitus gefährdet sind.

Im Kontext einer historischen Betrachtung gilt es, die Kernsymptome herauszufiltern und ihre Beschreibungen in der Literatur zu destillieren. Dabei stehen die kognitiven Einbußen im Fokus der Betrachtung, die als krankheitsbedingter Verlust in Abgrenzung zu verminderter Intelligenz beschrieben werden. In der Terminologie des frühen 19. Jahrhunderts gesprochen ist es der Unterschied zwischen angeborenem und erworbenem Blödsinn sowie die Differenz zwischen Blödsinn und Dummheit.

---

<sup>81</sup> Wallesch CW; Förstl H (Hrsg.) (2005) Demenzen. Stuttgart, S. 156.

## 02 . Geschichte der Demenz

Die Geschichte der Demenz ist verbunden mit vielen Vorstellungen und Mythen, die bis in die Gegenwart hinein wirken, was möglicherweise auch als Ursache für die noch immer währende Stigmatisierung betrachtet werden kann.<sup>82</sup> Somit könnte eine historische Herleitung zur Aufklärung hilfreich sein und überlieferte Denkmuster aufdecken. Dem steht bislang allerdings nur eine marginale geschichtswissenschaftliche Aufarbeitung entgegen, so dass große Teile noch als wissenschaftliches Desiderat ausstehen. Im Rahmen dieser Arbeit kann daher nur ein kleiner historischer Überblick vermittelt werden, der aber genügen sollte, um ein Grundverständnis für dieses Thema zu entwickeln.

Wie umfangreich sich eine umfassende Studie gestalten würde, macht allein schon die Vielzahl synonyme Begriffe deutlich, die in der Medizingeschichte für den Verlust an kognitiven Fähigkeiten verwendet wurden. Amathia, amentia, amnesia, anoxia, fatuitas, memoriae debilitas, mentis stupor, morosis, oblivio, stultitia und stupidita<sup>83</sup> sind nur einige Beispiele, die sich in der Literatur wieder finden und diese Vielfalt lässt ahnen, wie problematisch sich eine etymologische Betrachtung des Begriffes Demenz gestalten könnte. Abgesehen davon dürfte bei rein etymologischer Vorgehensweise die griechische Medizin nicht berücksichtigt werden, obwohl sich bereits in der griechischen Antike literarische Quellen mit Beschreibungen von dementiellen Symptomen finden, die für die römische und damit auch für die mittelalterliche Geschichte prägend gewesen sind.

Folgt man dem Medizinhistoriker Ackerknecht, dann muss die römische Medizin in vielen Bereichen als konsequente Fortsetzung, wenn nicht gar als Plagiat der griechischen Heilkunde angesehen werden, weswegen er auch nicht zwischen griechischer und römischer Medizin unterscheidet.<sup>84</sup>

In diesem Sinne zählt zu den frühesten Schriften, die sich mit psychischen Auffälligkeiten beschäftigen, Platons Werk Timaios. Darin wird die anoxia

---

<sup>82</sup> Hampel H; Padberg F; Möller HJ (2003) Alzheimer-Demenz. Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien. Stuttgart, S. 16.

<sup>83</sup> Karenberg A; Förstl H (2003) Geschichte der Demenzen und der Antidementiva. In: Förstl H (Hrsg.) Antidementiva. München, S. 6.

<sup>84</sup> Ackerknecht EH (1992) Geschichte der Medizin. (7. Aufl.) Stuttgart, S. 56.



(Unvernunft) mit den Begriffen mania (Wahnsinn) und amathia (Unwissenheit) in Verbindung gebracht. Sie entsprechen ungefähr dem lateinischen Wortpaar furor und dementia.<sup>85</sup> Platon vermutet einen Zusammenhang zwischen einem Säfteungleichgewicht und organisch psychiatrischen Symptomen.<sup>86</sup> Aristoteles erklärt eine Generation später die mnestischen Einbußen im Kontext seiner Vier-Qualitäten-Lehre. Ihr zufolge ist das physische und psychische Wohlbefinden abhängig von einem Gleichgewicht der vier Elementarqualitäten kalt, warm, feucht und trocken. Diese Grundüberzeugung, kognitive Defizite seien körperlich erworben, impliziert aber auch die potentielle Heilbarkeit sämtlicher Symptome - ein Konzept, das auch heute noch in Ansätzen der Schulmedizin vorhanden ist. Folgt man der Definition von Aristoteles, so werden Gedächtnis- und Erinnerungsleistungen durch Reize von außen erzeugt, die dann in den Sinnesorganen Spuren hinterlassen. Befindet sich der Körper in einem Ungleichgewicht der Säfte, sind beispielsweise die Sinnesorgane zu feucht oder zu trocken, dann können keine Gedächtnisspuren hinterlassen werden.<sup>87</sup> Dieser gedankliche Ansatz einer Interdependenz wird in der gegenwärtigen Neurowissenschaft wieder verfolgt, der zufolge Wahrnehmungsreize und neuronale Prozesse einander bedingen, aber eine Materialisierung geistiger Prozesse ein biologisches Gleichgewicht des Gehirns voraussetzt. Für Hans J. Markowitsch ist Gedächtnis nichts anderes, als die Umsetzung von Umwelterfahrungen „[...] in die sich organisierende neuronale Struktur des sich entwickelnden Lebewesens selbst [...]“<sup>88</sup>.

Die wenigen Beispiele aus der griechischen Philosophie belegen, dass die Geschichte der Demenz lange vor ihrer lateinischen begrifflichen Überlieferung beginnt. Darüber hinaus müssten bei einer globalen Betrachtung in einer umfassenden historischen Aufarbeitung auch die mesopotamischen und ägyptischen Schriften berücksichtigt werden.<sup>89</sup>

Die älteste lateinische Verwendung des Begriffes Demenz in einem medizinischen Kontext kann nach gegenwärtigen Erkenntnissen dem Arzt

---

<sup>85</sup> Pigeaud J (1989) *La maladie de l'âme*. Les belle lettres. Paris.

<sup>86</sup> Platon (1994) *Tiamios*. In: *Sämtliche Werke Band 4*, Reinbek bei Hamburg, S. 95.

<sup>87</sup> Schäfer D (2002) Gulliver meets Descartes. *Early Modern Concepts of Age-related Memory Loss*. In: *Journal of the History of The Neurosciences* 12, S. 1-11.

<sup>88</sup> Markowitsch HJ; Welzer H (2005) *Über das autobiographische Gedächtnis*. Hirnorganische Grundlagen und biosoziale Entwicklung. (2. Aufl.) Stuttgart, S. 18.

<sup>89</sup> Karenberg A; Leitz C (Hrsg.) (2002) *Heilkunde und Hochkultur II: 'Magie und Medizin' und 'Der alte Mensch' in den antiken Zivilisationen des Mittelmeerraumes*. Münster.

Aulus Cornelius Celsus zugeordnet werden. Die Schriften des römischen Autors werden in der Medizingeschichte als die bedeutendste lateinsprachige Quelle zur antiken Medizin angesehen.<sup>90</sup> Über seine Vita ist wenig bekannt, die Datierung seines acht Bücher umfassenden Werkes wird um 25 n. Chr. angenommen, in der Regierungszeit des Kaisers Tiberius (14-37 n. Chr.). Es steht in der hippokratischen Tradition und ist gegliedert in die Bereiche Diätetik (Buch 1-4), Arzneimittellehre (Buch 5-6) und Chirurgie (Buch 7-8). Im dritten Buch beschreibt er die Demenz mit ihren kognitiven Einbußen und im 18. Kapitel leitet er den Begriff *insania* von dem griechischen Wort *Phrenesie* ab. Dabei unterscheidet er zwischen dem reversiblen Delirium und der irreversiblen Demenz.

Knapp 100 Jahre später finden wir eine Beschreibung der Symptomatik von Demenz, wie sie auch heute noch Gültigkeit haben könnte. In den „*Saturae*“ des römischen Autors Junius Juvenalis<sup>91</sup> ist folgendes überliefert: „[...] *sed omni membrorum damno major dementia, quae nomina servorum nec vultum agnoscit amici cum quo praeterita cenarti nocte, nec illos quos genuit, quos eduxit.*“<sup>92</sup>

Das Potential dieser sehr modern anmutenden Charakterisierung wird jedoch im Mittelalter nicht weiter verfolgt. Mit dem Aufkommen des Christentums verknüpften sich neue Vorstellungen mit der Medizin: „*Caritas* (Nächstenliebe) und *infirmitas* (Gebrechen) sind zentrale Konzepte der christlichen Spiritualität; die Art, in der sie auf verschiedene Stufen - auf doktrinärer, religiös-pastoraler oder sozialer Ebene - miteinander in Verbindung stehen, führt im Verlauf des Mittelalters zu besonderen Verhaltensweisen des einzelnen Gläubigen und zu grundlegenden Unterstützungseinrichtungen im Rahmen der Gesellschaft.“<sup>93</sup> Diese Vorstellung war gepaart mit jener Theorie,

---

<sup>90</sup> Schulze C (2002) Zum abrupten Schluss der *De Medicina Libri Octo* des Aulus Cornelius Celsus. In: *Rheinisches Museum für Philologie, Neue Folge*, Bd. 145, H 2. Bad Orb, S. 224.

<sup>91</sup> Juvenalis DJ & Persii Flacci A (1684) *Saturae*. Paris: Leonard.

<sup>92</sup> Doch schlimmer als jeder Schaden an den Gliedern ist der Schwachsinn (*dementia*), durch den er weder die Namen der Sklaven noch das Gesicht des Freundes erkennt, mit dem er in der vergangenen Nacht speiste, noch jene, die er zeugte, die er aufzog...“ Übersetzung entnommen aus: Förstl H (Hrsg.) (2003) *Antidementiva*. München, S. 13.

<sup>93</sup> Grmek MD (1996) *Die Geschichte des medizinischen Denkens. Antike und Mittelalter*. München, S. 182.

die Krankheit entweder als Strafe für Sünden, als Besessenheit durch den Teufel oder als Folge von Hexerei ansah.<sup>94</sup>

Dennoch darf das Mittelalter nicht generell als ein Zeitraum der Rückschritte betrachtet werden. Je intensiver man sich diesem Zeitraum zuwendet, desto mehr löst sich der Begriff Mittelalter als Epochen-Bezeichnung auf. Zwischen 500 und 1500 n.Chr. müssen wir eine Vielzahl von eigenständigen Epochen annehmen. Aus dieser differenzierenden Betrachtung heraus kommt Erwin Ackerknecht zu dem Schluss: „Die mittelalterliche Philosophie ist auch heute noch, einschließlich ihrer Fortschritte auf dem Gebiet der Physik, sehr interessant. Die mittelalterliche Kunst mit ihren meisterhaften Leistungen auf dem Gebiet der Buchmalerei und Architektur schuf eine eigenständige Welt, die sie vielleicht vor allem wegen ihrer vollständigen Befreiung von der klassischen Tradition erreichte. Die mittelalterliche Heilkunde jedoch bleibt eine sklavische Nachahmung der Antike und erscheint darum heute wenig anziehend. Der Unterschied zwischen mittelalterlicher und neuzeitlicher Medizin lässt sich am besten in der Formulierung von Stephen d'Irsay (1894-1934) ausdrücken: ‚Die mittelalterliche Medizin hatte ihren Mittelpunkt nicht in Laboratorien oder Krankenhäusern, sondern in Bibliotheken‘.<sup>95</sup> Trotz der beschriebenen Rückständigkeit in der Medizin gab es auch einige Beiträge, die durchaus neue Interpretationen wagten. Bezogen auf die Analyse des Gedächtnisses kam ein wichtiger Beitrag aus dem arabischen Raum. Mit der sog. Ventrikellehre hat der Bischof Nemesius von Emesa aus Phönizien um 400 n.Chr. eine Theorie zur Pathopsychologie geschrieben, in der er antikes Wissen mit der christlichen Trinitätslehre vereinte. Interessant ist dabei die zerebrale Zuordnung kognitiver Leistungen. Nemesius vermutete in den intrazerebralen Hohlräumen die Quelle der geistigen Kompetenzen und lokalisierte im vorderen Ventrikel die Wahrnehmungsfähigkeit bzw. die Phantasie, im mittleren Ventrikel die Vernunft und das Denken, und im hinteren Ventrikel die Gedächtnisleistungen.<sup>96</sup> Diese Lehre der Ventrikel war bis ins 17. Jahrhundert hinein allgemein anerkannte Lehrmeinung, danach setzte sich allmählich die Erkenntnis durch, dass nicht die Hohlräume, sondern die Hirnsubstanz als Träger der Hirnfunktionen anzusehen sei. Auch wenn die

---

<sup>94</sup> Ackerknecht EH (1992) Geschichte der Medizin. (7. Aufl.) Stuttgart, S. 56.

<sup>95</sup> Ebd., S. 60.

<sup>96</sup> Förstl H (Hrsg.) (2003) Antidementiva. München, S. 19.

Theorie heute als längst überholt gilt, so findet sich darin eine Kernüberzeugung, die sich wie ein roter Faden bis in die moderne Neurowissenschaft zieht. Es geht um jene Idee, der zufolge sämtliche Eigenschaften und Fähigkeiten des Menschen neuronal zugeordnet und im Gehirn lokalisiert werden. Dieses als Lokalisationstheorie bezeichnete Konzept wird in der Wissenschaft sehr kontrovers diskutiert, kann aber als Ausgangsprämisse für das bildgebende Verfahren in der Neurowissenschaft angesehen werden.<sup>97</sup>

Eine Verknüpfung der frühmittelalterlichen Ventrikellehre mit Elementen der organischen Psychopathologie vollzog der arabische Arzt Haly Abbas im 10. Jahrhundert in seinem Buch „al-Kitāb al-Malaki“. Der Benediktinermönch Constantinus Africanus übersetzte im 11. Jahrhundert das Werk ins Lateinische und führte es zunächst als „Liber pantegni“ in die Schule von Salerno ein.<sup>98</sup> In der lateinischen Scholastik wurde die Schrift unter dem Titel „Liber regius“ verbreitet und schließlich erstmals 1492 in Venedig gedruckt. Nach Haly Abbas konnte man nicht nur das Gedächtnis, sondern auch das Vergessen im posterioren Ventrikel lokalisieren. Dagegen vermutete er im mittleren Ventrikel die kognitiven Störungen ohne mnestiche Einbußen.<sup>99</sup> Die vorderen Hohlräume des Gehirns waren verantwortlich für den Funktionsausfall der Imagination. Verbunden mit dieser Lokalisierung der mnesticen Störungen dominierte die Vorstellung, dass Verwirrtheit und Vergesslichkeit auf Senilität zurückzuführen seien. Der jüdische Arzt und Philosoph Maimonides verknüpft diese Vorstellung im 12. Jahrhundert mit der vorherrschenden Ventrikellehre.<sup>100</sup>

Die Verknüpfung von Senilität und Alter verleitet in der Renaissance den in seiner Zeit sehr berühmten Chirurgen am französischen Hofe Ambroise Paré zu der Äußerung: „Das sehr hohe Alter, das sich bis zum achtzigsten oder gar hundertsten Lebensjahr erstreckt, ist so kalt und trocken, dass jene, die dieses Stadium der Altersschwäche erreichen, an einer schweren Last tragen; sie sind

---

<sup>97</sup> Braitenberg V (2007) Über den Inhalt des Kopfes. In: Spitzer M; Bertram W (Hrsg.) Braintertainment. Stuttgart, S. 15.

<sup>98</sup> Schott H (Hrsg.) (2006) Meilensteine der Medizin. Dortmund, S. 614.

<sup>99</sup> Förstl H (Hrsg.) (2003) Antidementia. München, S. 19.

<sup>100</sup> Torack RM (1983) The Early History of Senile Dementia. In: Reisberg B (Hrsg.) Alzheimer's Disease. New York, S. 23-28.

reizbar, verwirrt, eigensinnig, mürrisch und klagsam.“<sup>101</sup> Unschwer lässt sich hier die Aristoteles-Rezeption erkennen, und Erasmus von Rotterdam verdichtet im „Lob der Torheit“ (1504) eine Alterskritik, die wir in Ansätzen durchaus noch in unserer modernen Gesellschaft finden können: „Die Blödheit [des Greises] enthebt ihn jener elenden Sorgen, denen der weise Mann ausgeliefert ist [...]. Welcher Unterschied besteht auch zwischen ihnen [Kindern und Greisen], als dass die einen mehr Runzeln und ein höheres Leben haben? Sonst passen sie doch zusammen, mit ihrem hellen Haar, ihrem zahnlosen Mund, ihrer körperlichen Kleinheit, dem Verlangen nach Milch, ihrem Lallen, ihrer Schwatzsucht, Läppischen, Vergesslichkeit und Unbedachtsamkeit, kurz, in allem übrigen. Je mehr sie sich dem Greisenaltern nähern, desto mehr kommen sie auf die Kindheit zurück, bis sie wie die Kinder aus dem Leben gehen, ohne Überdruß und ohne Lebensfurcht.“<sup>102</sup>

Im 17. Jahrhundert kollidieren die Auseinandersetzung mit der Senilität und die Entstehung der modernen Psychiatrie. Klaus Dörner beschreibt das historische Vorfeld der Ausgrenzung der Unvernunft und betrachtet die moderne Psychiatrie als ein Produkt der Romantik.<sup>103</sup> Die frühesten Entwicklungen verortet er in England in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts, und so spielen zwei Schriftsteller im Kontext der gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit Vernunft und Psychiatrie eine repräsentative Rolle: Daniel Defoe und Jonathan Swift. Defoe schafft mit seinem Robinson Crusoe eine Vernunft-optimistische Figur, die sich die Natur aneignet und versucht, aus nichts alles zu schaffen. Demgegenüber steht Swifts Roman „Gullivers Reisen“, in dem eine Welt jenseits der Vernunft entsteht, als sarkastische Kehrseite der Aufklärung mit pessimistischer Grundhaltung.<sup>104</sup> Auch die Alterssenilität wird in diesem Weltkonzept behandelt. Bei den Luggnaggiern erfährt Gulliver zum ersten Mal von den nicht sterblichen Struldbrugs, die hierdurch ab dem 30. Lebensjahr melancholisch und niedergeschlagen werden. „Die am wenigsten Unglücklichen unter ihnen scheinen noch diejenigen zu sein, die kindisch werden und ihr Gedächtnis völlig

---

<sup>101</sup> Zitiert nach Förstl H (Hrsg.) (2003) Antidementiva. München, S. 21.

<sup>102</sup> Erasmus von Rotterdam (2006) Das Lob der Torheit. Encomium Moriae. Übers. von Anton J. Gail. Stuttgart, S. 16.

<sup>103</sup> Dörner K (1999) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. (2. Aufl.) Hamburg, S. 20.

<sup>104</sup> Ebd., S. 30.

verlieren; diesen wird mehr Mitleid und Hilfe zuteil, da ihnen viele schlechte Eigenschaften fehlen, die bei anderen im Überfluss vorhanden sind.“<sup>105</sup> Und einige Zeilen später erfolgt dann eine konkrete Beschreibung des Alters: „Mit neunzig verlieren sie die Zähne und Haare; in diesem Alter nehmen sie keinen Geschmacksunterschied mehr wahr, sondern essen und trinken ohne Vergnügen oder Appetit, was sie bekommen können. Die Krankheiten, denen sie ausgesetzt waren, dauern immer fort, ohne sich zu verschlimmern oder zu bessern. Beim Sprechen vergessen sie die gewöhnlichen Bezeichnungen von Sachen und die Namen von Personen, sogar derjenigen, die ihre nächsten Freunde und Verwandten sind. Aus demselben Grund können sie sich niemals mehr mit Lesen die Zeit vertreiben, weil ihr Gedächtnis nicht ausreicht, sie vom Anfang eines Satzes bis zum Ende zu bringen; und durch dieses Gebrechen werden sie der einzigen Unterhaltung beraubt, deren sie sonst noch fähig wären.“<sup>106</sup>

Mit der Aufklärung und der darauffolgenden Entwicklung der modernen Psychiatrie in der Romantik erfährt der Begriff Demenz eine zusätzliche juristische Bedeutung. 1754 taucht der Begriff *démence* in der berühmten „Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers“ von Diderot auf: „Demenz ist eine Erkrankung, die als Paralyse des Geistes betrachtet wird und welche aus einer Auslöschung der Denkfähigkeit resultiert. Man grenzt sie von *fatuitas*, *morosis*, *stultitia*, *stoliditas* ab, welche aus einer Minderung oder Schwäche des Verstehens und Erinnerns bestehen. Man muss es auch vom *Delirium* differenzieren, welches aus einer gestörten Aktivität der genannten Funktionen entsteht. Manche modernen Autoren bringen Demenz mit *Manie* durcheinander, welches eine Verwirrtheit mit gestört übertriebenen Verhalten ist. [...] Jene, die davon [Demenz] betroffen sind, zeigen ein dummes Verhalten und können nicht verstehen, was man ihnen sagt, können nichts mehr erinnern, haben keine Urteilsfähigkeit, sind verlangsamt und verzögert.“<sup>107</sup> 1808 wird der Begriff im „Code Napoleon“ aufgenommen. Foucault beschreibt die Entwicklung der französischen Justiz im frühen 19. Jahrhundert aus dem Blickwinkel der Psychiatrie. Hinsichtlich der

---

<sup>105</sup> Swift J (2004) Gullivers Reisen. Frankfurt/Main, S. 306.

<sup>106</sup> Ebd., S. 306.

<sup>107</sup> zitiert nach Frölich L; Pieschl D; Maurer K (1997) Die historische Entwicklung des Krankheitskonzeptes Demenz vom Alzheimer Typus. In: Nervenheilkunde 1, S. 19-24.

Schuldfähigkeit bekommt die Medizin einen neuen Stellenwert in der Rechtsprechung.

Mit dem fokussierenden Blick der Gesellschaft und der Justiz auf die Psychiatrie vollzog sich auch die Befreiung der psychiatrischen Anstalten, gemeint ist die Erlösung der Betroffenen von den Ketten und eine humane Gestaltung der Unterkünfte. Der Name Philippe Pinel steht für diese Entwicklung in Frankreich, die Auswirkung auf ganz Europa hatte. 1792 übernahm er die Leitung der Pariser Anstalt Hospice de Bicêtre und 1795 das Hôpital de la Salpêtrière. Pinels Interesse speziell an der Demenz war relativ gering. In seiner philosophischen Nosographie fehlte der Begriff sogar in der ersten Auflage. Dennoch wird er oft als Schöpfer des Fachausdruckes Demenz für die moderne Psychiatrie geführt. Diesen Verdienst hat er sich in erster Linie durch die Übertragung des Werkes von William Cullen ins Französische erworben, er übersetzte hier den von Cullen benutzten Begriff *amentia* in *démence*.<sup>108</sup>

Größeren Einfluss kann man seinem Schüler Jean-Étienne Esquirol zugestehen. Dessen Hauptaugenmerk galt zwar weniger der Klassifizierung der Geisteskrankheiten, dennoch war er maßgeblich daran beteiligt, den Begriff Demenz eindeutig zu definieren. Der Terminus wurde zunehmend verwendet für jede Form des psychischen Abbaus bei chronischen Hirnerkrankungen. Auf dieser Grundlage klassifiziert Esquirol die Demenz als eine anhaltende zerebrale Erkrankung: „Die Demenz ist eine chronische Gehirnaffectation, gewöhnlich ohne Fieber, die sich durch Schwäche der Sensibilität, der Intelligenz und des Willens charakterisiert. Unzusammenhang der Ideen, Mangel an intellectueller und moralischer Fähigkeit sind die Kennzeichen dieser Krankheit. Der Demente hat die Fähigkeit verloren, die Gegenstände und ihre Beziehungen zueinander richtig aufzufassen, sie zu vergleichen, und die völlige Erinnerung an dieselben zu bewahren, woraus die Unmöglichkeit, richtig zu urteilen, entsteht. [...] Die Kranken haben ein Gedächtnis wie die Greise. Sie vergessen im Augenblick, was sie so eben gesehen, gehört, gesagt, gethan haben.“<sup>109</sup>

---

<sup>108</sup> Förstl H (Hrsg.) (2003) *Antidementiva*. München, S. 29.

<sup>109</sup> Esquirol JED (1838) *Die Geisteskrankheiten in Beziehung zur Medizin und Staatsarzneikunde*. Ins Deutsche übertragen von W. Bernhard. Bd. 2. Berlin, S. 120-121.

Der Begriff Demenz wurde Ende des 19. Jahrhunderts für den allgemeinen psychischen Abbau bei chronischen Hirnerkrankungen verwendet und bezogen auf die älteren Menschen wurden die psychischen Symptome als senile Demenz beschrieben. Noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts, als Alois Alzheimer bereits seine erste Akte zur Auguste D. anlegte, kreierte Emil Kraepelin den Begriff Dementia praecox. Damit definierte er eine Form der endogenen Psychose, die wir heute als Schizophrenie bezeichnen. Der Begriff Schizophrenie wurde 1911 von Eugen Bleuler 1911 in die psychiatrische Literatur eingeführt und hat sich seitdem durchgesetzt. Nachhaltig verdanken wir Kraepelin den Begriff von der Alzheimer'schen Krankheit, die er 1910 in seinem Lehrbuch erstmalig ausführt.<sup>110</sup>

Mit Alois Alzheimer erfolgt eine Wende in der Erforschung der Demenz. 1901 trifft er als Oberarzt an der Anstalt für Irre und Epileptische in Frankfurt am Main auf die Patientin Auguste D. Das Besondere an dieser Patientin lag darin, dass sie typische Symptome einer senilen Demenz zeigte, aber erst 51 Jahre alt war. In seinen legendär gewordenen Akten ist das erste Interview einen Tag nach der Neuaufnahme vom 26. November 1901 wortwörtlich erhalten. Es zeigt, wie Frau D. noch in der Lage ist, Gegenstände zu erkennen, sich aber komplett desorientiert verhält in Bezug auf ihre Person und hinsichtlich ihrer Lage. Die Diskrepanz zwischen Kurzzeitgedächtnis und Langzeitgedächtnis bei gleichzeitigem Abbau kognitiver Fähigkeiten wird in diesem ersten Gespräch evident<sup>111</sup>, was von ungeheurer Tragweite ist und Ausgangspunkt für unser modernes Demenzkonzeptes wird.

Alzheimer verfolgt die Krankengeschichte dieser Frau bis zu ihrem Tod. Durch die Zusammenarbeit mit seinem Kollegen Dr. Franz Nissel konnte bereits sehr früh ein degenerativer neurologischer Prozess nachgewiesen werden. Nissel entwickelte nämlich in jenen Jahren eine histologische Farbtechnik für die Darstellung von Nervengewebe. Die histologischen Schnitte wurden mit den Farbstoffen Kresylviolett, Toluidinblau oder Threonin versetzt, die in der Lage sind, sich an die RNA und die DNA zu binden. Durch diese Färbung werden nur die Zellkörper des Nervengewebes sichtbar gemacht.

---

<sup>110</sup> Kraepelin E (1909) Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Bd. 2. (8. Aufl.) Leipzig, S. 624.

<sup>111</sup> Maurer K; Maurer U (1999) Alzheimer. Das Leben eines Arztes und die Karriere einer Krankheit. (2. Aufl.) München, S. 9.



Der Schwerpunkt der gemeinsamen Forschung lag nun darin, neuropathologische Ursachen für psychiatrische Erkrankungen zu finden. Bereits 1884 wurden erste Forschungsergebnisse auf der Versammlung des Vereins Deutscher Irrenärzte vorgestellt. Vor 85 Teilnehmern, darunter auch Kraepelin, stellte Alzheimer seine These von der Arteriosklerose des Gehirns vor. Dabei entwickelte er anfänglich eine Theorie, die heute mit der Terminologie Multiinfarkt-Demenz umschrieben wird und, in Abgrenzung zu den degenerativen Demenzen, zu den vaskulären Demenzen zählt.

Beinahe parallel zu den Arbeiten Alzheimers beschreibt die sog. Prager Schule das Krankheitskonzept der Presbyphonie mit den Symptomen Konfabulation, Desorientierung, gehobene Stimmung und Gedächtnisstörung. Eugen Bleuler hatte diese Krankheit mit der senilen Demenz gleichgesetzt. Insgesamt entbrannte in der Bewertung beider Demenzformen die Auseinandersetzung, ob präsenile und senile Demenzformen voneinander zu unterscheiden seien oder als eine Einheit zu betrachten sind. Erst 1968 setzte sich das Einheitskonzept durch, wonach senile Demenz klinisch und histopathologisch nicht von der präsenilen Demenz zu unterscheiden sei.<sup>112</sup>

Seit 1980 fungiert der Begriff Alzheimer-Demenz für die primär degenerative Demenz und ist entsprechend im ICD-10 klassifiziert. In der gegenwärtigen Literatur herrscht zwar überwiegend Einigung über das Begriffsverständnis von Demenz, dennoch konkurrieren bis heute unterschiedliche Definitionen und leicht abgewandelte Klassifikationen. Die in Deutschland am weitesten anerkannte Beschreibung des Syndroms folgt der Definition nach ICD-10. Auf dieser Basis sind die verbindlichen S3 Leitlinien über Demenzen entwickelt worden.

---

<sup>112</sup> Hampel H; Padberg F; Möller HJ (2003) Alzheimer-Demenz. Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien. Stuttgart, S. 21.

### 03 . Das Alter um 1800

Europäische und amerikanische Metaanalysen zeigen eine stark vom Lebensalter abhängige Prävalenz der Demenz.<sup>113</sup> Auch wenn die Demenz nicht ausschließlich hiermit verknüpft werden darf, so belegen doch mehrere Studien einen Zusammenhang von Alter und Inzidenz. Demzufolge steigt die Rate der Erkrankung von 1% in der Altersgruppe zwischen 60 bis 64 über 10% in der Gruppe der 80 bis 84jährigen bis hin zu 42% bei den 100jährigen<sup>114</sup>. Eine kulturgeschichtliche Analyse der Demenz muss vor diesem Hintergrund auch im kulturellen Kontext von Alter vorgenommen werden.

Die kulturelle Bedeutung gerontopsychiatrischer Symptome um 1800 ist eng verknüpft mit dem kulturellen Stellenwert des Alters in der Gesellschaft. Wie wurde das Alter bewertet, wie war es kulturell eingebettet, wie wurde es in der Gesellschaft diskutiert und mit welchen Konnotationen war es versehen? Es scheint eine kurze historische Herleitung notwendig zu sein, um daraus die geistige Haltung in der Romantik bestimmen zu können. Das Zeitalter der Romantik - hierfür stehen Namen wie Fichte, Hölderlin, Eichendorff, Tieck oder im erweiterten Sinne auch Goethe, um nur einige Protagonisten zu nennen<sup>115</sup> - ist geprägt von einem Jugendkult und entwickelte dennoch gleichzeitig ein wissenschaftliches Interesse am Alter. Es basierte einerseits auf einem in der Aufklärung entstandenen positiven Bild des Alters, in Abgrenzung zu dem negativen Bild der frühen Neuzeit<sup>116</sup>, andererseits wurden auch kritische Töne über alte Menschen laut, die die Grundlage einer späteren „Gerontophobie“<sup>117</sup> bildeten. Um 1800 scheinen sich alle geschichtlichen Strömungen in besonderer Weise zu fokussieren und bilden damit die Grundlage für das neu entstandene wissenschaftliche Interesse am Alter. Jede

---

<sup>113</sup> siehe: <http://www.demenz-leitlinie.de/aerzte/Diagnostik/ICD10/DSMIV.pdf> (zuletzt aufgerufen am 19.12.2013), S. 24.

<sup>114</sup> Ziegler U; Doblhammer G (2009) Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland. Eine Studie auf der Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherung von 2002, [http://www.rostockerzentrum.de/publikationen/rz\\_diskussionpapier\\_24.pdf](http://www.rostockerzentrum.de/publikationen/rz_diskussionpapier_24.pdf) (zuletzt aufgerufen 20.12.2013), S. 10.

<sup>115</sup> Vgl. Safranski R (2007) Romantik. Eine deutsche Affäre. München, S. 81.

<sup>116</sup> Vgl. hierzu Schäfer D (2004) Alter und Krankheit in der Frühen Neuzeit. Der ärztliche Blick auf die letzte Lebensphase. Frankfurt/Main, S. 38.

<sup>117</sup> Reulecke J (1985) Die Entdeckung des Alters als eines sozialen Problems in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. In: Conrad C; Kondratowitz HJ von (Hrsg.) Gerontologie und Sozialgeschichte. Wege zu einer historischen Betrachtung des Alters. Berlin, S. 413.

Analyse muss vor diesem Hintergrund die überlieferte Lebensordnung skizzieren und eine historische Einordnung vornehmen. Die kulturelle Herleitung basiert auf der These, dass sich Konnotationen sowie Vorstellungen über Generationen tradieren und damit eine Grundlage des menschlichen Verhaltens bilden.

Einen ersten wissenschaftlichen Anknüpfungspunkt finden wir bei Leopold Rosenmayr, der eine evolutionär-historische Einordnung des Alters zu entwickeln versucht<sup>118</sup>, der zufolge der Fortbestand der Menschheit abhängt von der Anerkennung der Lebensphasen inklusive des Alters, eine Anerkennung, die Rosenmayr bereits frühen Kulturen zuordnet. Als Beispiel für den Umgang mit alten Menschen in prähistorischen Zivilisationen werden Beobachtungen an den Dogon, einer afrikanischen Volksgruppe im Osten von Mali herangezogen. Dieser Stamm lebt noch in einem Kreislauf von mündlich überlieferten Traditionen mit ihren Mythologien und Riten und praktiziert eine Religion, die auf dem Ahnenkult basiert. Bestandteil dieses Ahnenkultes der Dogon<sup>119</sup> ist die Annahme, dass die Verbindung zwischen den Menschen im Diesseits und den Ahnen im Jenseits die alten Menschen seien. Mit dem Alter steht man an der Grenze zum Tod und damit in unmittelbarer Nähe zu den verstorbenen Ahnen, die in besonderer Weise verehrt werden. Für Igor Kopytoff entwickelt sich daraus eine Verantwortung gegenüber allen Generationen, indem jeder Altersgruppe eine notwendige Rolle zukommt: „Lineage authority and the representation of the lineage to the outside world are organized on a continuum of age, that is, of relative eldership. Within this formal continuum bases purely on relative age, there is also the principle of generational solidarity. Lineage members of the same generation are close to each other and tend toward greater though never actual equality. Thus, the inequality of power and authority is most pronounced between generations. It is most presumptuous for the junior generation to question, under normal circumstances, the decision of the senior generation and the ways in which they have been arrived at. It is the generation above me that represents the full

---

<sup>118</sup> Rosenmayr L (1985) Lebensordnung und Kultur. Ein Versuch vergleichender Soziobiologie und Soziologie. In: Conrad C; Kondratowitz HJ von (Hrsg.) Gerontologie und Sozialgeschichte. Wege zu einer historischen Betrachtung des Alters. Berlin, S. 35.

<sup>119</sup> Vgl. hierzu Griaule M (1980) Schwarze Genesis. Ein afrikanischer Schöpfungsbericht. Frankfurt/Main.

authority of the lineage; generational solidarity as well inter-generational distance means that, unless I have knowledge to the contrary, I must assume that the decision of one senior represents the decisions of all senior. This generational structure also expresses a continuum of authority.”<sup>120</sup> In diesem Kreislauf der Generationen erfährt die verstorbene Seele eine Wiedergeburt im neugeborenen Kind, mit einer Dominanz physischer Wachstumskräfte und einer Reduktion derer des Geistes. Der Prozess der Reife über die Generationen zeichnet sich durch ein Zunehmen der Ausbildung der geistigen Kraft aus, was schließlich im Alter zu einem Übergewicht des Geistes führt und durch den Tod zur reinen Geistigkeit wird. Mit diesem Ahnenkult, in abgewandelter Form finden wir ihn in der römischen Antike wieder, besitzen wir erste Hinweise auf einen Generationenvertrag in frühen Zivilisationen.

Zu den frühesten Überlieferungen des gesellschaftlichen Umgangs mit dem Alter aus einer Schriftkultur zählen sicherlich die in Keilschrift verfassten Texte aus Mesopotamien. Insgesamt scheint man vom Alter ein positives Bild gehabt zu haben, wie aus schriftlichen Wünschen für ein langes Leben abgeleitet werden kann. Egon von Weiher verweist auf einen neuassyrischen Brief an einen König, aus dem diese Wünsche deutlich erkennbar werden: „Die Götter mögen dem König, meinen Herrn, 100 Jahre am Leben erhalten, mit hohem Alter, mit sehr hohem Alter mögen sie den König, meinem Herr, sättigen! Heil dem König, meinem Herr! Marduk und Sarpanitum mögen dir lange Tage, Jahre der Dauer von seelischem und körperlichem Wohlbefinden schenken! Heil dem König, meinem Herr! Assur Sîn, Schamasch, Marduk, Sarpanitu, Nabû, Taschmetu, Ishtar von Ninive, Ishtar von Arbela, diese großen Gottheiten, die dein Königtum lieben, mögen den König, meinen Herrn, für 100 Jahre am Leben erhalten, mit hohem Alter, mit sehr hohem Alter mögen sie den König, meinen Herrn, sattmachen, einen Wächter des Heils und Lebens dem König, meinem Herr, zur Seite stellen! Nabû und Marduk mögen lange Tage des seelischen Wohlbefindens, viele Jahre des Jauchzens, der Freude und des Jubels für den König, meinen Herrn, befehlen!“<sup>121</sup> Diese

---

<sup>120</sup> Kopytoff I (2010) Ancestors as Elders in Africa. In: Grinker R; Lubkemann SC; Steiner, CB (Hrsg.) Perspectives on Africa: a reader in culture, history, and representation. Singapore, S. 316.

<sup>121</sup> Entnommen aus: Weiher E von (2002) Das Alter in Mesopotamien. In: Karenberg A; Leitz C (Hrsg.) Heilkunde und Hochkultur II. Münster, S. 213.

Wünsche lassen die Schlussfolgerung zu, dass dem Alter positiv begegnet wurde, so dass sich als Nächstes die Frage aufdrängt, wie eigentlich Alter in Mesopotamien definiert worden ist. Die Sprache selbst erlaubt uns einen ersten Einstieg, und aus einer semantischen Analyse der vorhandenen Wörter wird deutlich, wie differenziert Alter sprachlich ausgedrückt werden konnte, man jeweils unterschiedliche Wörter kannte beispielsweise für reifes Alter, für hohes Alter oder für sehr hohes Alter.

Inwieweit korrespondierte in Mesopotamien die sprachliche Wirklichkeit mit der physischen Realität? Gab es sichtbar alte Menschen in der mesopotamischen Gesellschaft? Wertvolle Hinweise geben die Urkunden der Schreiber, deren Alter aus diesen datierten überlieferten Dokumenten abgeleitet werden kann, was die Annahme erlaubt, dass selbst hochbetagte Menschen noch als Schreiber tätig waren. Nun ist sicherlich die Zunft der Schreiber als sehr privilegiert zu betrachten und darf mit der durchschnittlichen Bevölkerung nicht gleichgesetzt werden. Schreiber waren zwar in vielen gesellschaftlichen Bereichen tätig, sie dokumentierten im privaten Sektor u.a. Verträge und Geschäftsabschlüsse, besaßen administrative Aufgaben im königlichen Palast und wurden ebenso als Übersetzer im gesamten Reich in Anspruch genommen<sup>122</sup>, im Allgemeinen lebten sie jedoch, wenn auch an unterschiedlichen Orten, in elitären Räumen, die gute Voraussetzungen boten für eine lange Lebenserwartung. Eine Analyse dieser Schicht fokussiert den Blick zwar auf eine Minderheit, diese gesonderte Betrachtung verdeutlicht jedoch auch, dass Menschen in geschützten und privilegierten Räumen auch in früheren Epochen ein betagtes oder hochbetagtes Alter erreichen konnten, entgegen den Konnotationen, die das sog. statistische Durchschnittsalter früherer Epochen erzeugt.

Das Alter war präsent und es gehörte zum gesellschaftlichen Bild, verbunden mit einer Vielfalt von kulturellen Auseinandersetzungen, wie auch in der ägyptischen Kultur sichtbar wird. In der Hieroglyphenschrift gibt es die Darstellung eines alten Mannes, gestützt auf einen Stab, als Zeichen für ein sehr hohes Alter. Die gebückte Haltung lässt eine erste Vermutung aufkommen, dass im Pharaonischen Ägypten, entgegen den Vorstellungen

---

<sup>122</sup> Vgl. hierzu Thiele U (2009) Der Schreiber und die Bibliothek im alten Mesopotamien. Norderstedt; Soden W von (2006) Der Alte Orient: Eine Einführung. Darmstadt.

Mesopotamiens, das Alter nicht nur positiv betrachtet wird. Mehr Gewissheit bekommen wir durch einen überlieferten Text von Ptahhotep aus der 5. Dynastie des Alten Reiches, in dem zum ersten Mal auch die Senilität im Alter mit ihrem Verlust an kognitiven Fähigkeiten beschrieben wird. In einer Klageschrift für den König werden in 14 Versen die Gebrechlichkeiten des Alters beschrieben:

- „[...] 8 Die Gebrechlichkeit (*teni*) ist eingetreten, das Alter (*iau*) ist  
hinabgestiegen  
9 Altersschwäche (*wegeg*) ist dazugekommen, infantile Schwäche  
(*ihu*) manifestiert sich erneut,  
10 wer wegen ihr tagaus tagein dahindöst (wörtlich: liegt;  
bettlägerig ist (?)), ist infantil (*chered*)  
11 Die Sehkraft ist gering, das Hörvermögen ertaubt,  
12 die Kraft schwindet dem, dem das Herz müde ist.  
13 Der Mund ist schweigsam, er kann nicht (mehr) reden.  
16 Das Herz (als Denkorgan) läßt nach, es kann sich nicht (mehr)  
des Gestern erinnern.  
17 Die Knochen schmerzen wegen der Länge (der Jahre?).  
18 Was (früher) gut war, ist (jetzt) schlecht,  
19 jeglicher Geschmackssinn ist dahin.  
20 Was das Alter den Menschen antut?  
21 Übles in jeder Hinsicht!  
22 Die Nase ist verstopft, sie kann nicht (mehr) atmen (wörtlich:  
riechen),  
23 infolge des Aufstehens und des Sichhinsetzens.“<sup>123</sup>

Es ist ein düsteres Bild, das Ptahhotep dem König über das Alter zeichnet, voller Pessimismus und Klagen, ein Bild das sich deckt mit einigen Inschriften privater Grabgemäcker, wo in Dialogen alte Menschen zur Zielscheibe von Spott und Hohn werden.<sup>124</sup> Demgegenüber wird paradoxerweise in der ägyptischen Kultur als Idealalter 110 Jahre angegeben und werden alte

<sup>123</sup> Entnommen aus: Fischer-Elfert HW (2002) Aus alt mach jung: Medizinisches und Mentalitätsgeschichtliches zum Alter im Pharaonischen Ägypten. In: Karenberg A; Leitz C (Hrsg.) Heilkunde und Hochkultur II. Münster, S. 222.

<sup>124</sup> Ebd., S. 241.

Menschen als von Gott gesegnet betrachtet.<sup>125</sup> Eine Paradoxie, die sich bis in die griechische Antike fortsetzt und beobachten lässt.

Nestor, um ein positives Beispiel aus der griechischen Antike anzuführen, repräsentiert in der griechischen Mythologie die Weisheit des Alters und wird bei Homer sowohl in der Odyssee, wo er Telemachos, dem Sohn Odysseus, über seinen Vater zu berichten weiss, als auch in der Ilias, wo er als Berater Agamemnons auftritt, beschrieben. Neben der Literatur kannte auch die bildende Kunst die positive Darstellung des Alters, ebenfalls oft personifiziert durch Nestor. In der

Abbildung wird Nestor als alter Mann im Kreise seiner Söhne und Gefährten dargestellt, eine Szene kurz bevor Telemachos im Palast eintrifft, um von ihm etwas über seinen Vater zu erfahren.

Ein weiteres Beispiel aus der griechischen Mythologie ist Priamus, König von Troja und Vater von Hektor, der in der Odyssee um den toten Körper seines Sohnes bittet und damit primär den Niedergang und die Gebrochenheit

personifiziert, jedoch nicht in Form von Altersgebrechlichkeit. Aber der Verlust des Sohnes konnotiert in der griechischen Gesellschaftsordnung eine mögliche Hilflosigkeit im Alter, der Mensch ist beraubt der Versorgungssicherheit durch seine Kinder. Demgegenüber stehen die



**Abb. 1:**  
**Nestor mit seinen Söhnen bei der Ehrung des Poseidon am Strand von Pylos.**

<sup>125</sup> Vgl. Assmann J (1995) Die Unschuld des Kindes. Eine neue Deutung der Nachschrift von CT spell 228. In: du Quesne T (Hrsg.) Hermes Aegyptiacus. Egyptological studies for B. H. Stricker on his 85th birthday. Oxford.

dargestellten Söhne Nestors, als Ausdruck eines gesicherten Lebens im Alter. In der griechischen Antike war es nicht nur moralisch geboten, seine Eltern zu unterstützen, sondern zum Teil auch gesetzlich vorgegeben.<sup>126</sup>

Diese positiven Bilder und Errungenschaften für das Alter waren jedoch nicht durchgehend vorherrschend in der griechischen Vorstellung. Ein Blick in die Literatur vermittelt ein ganz anderes Bild, wie beispielsweise das Stück von Aristophanes „Die Wespen“ zeigt, in dem wiederum ein sehr düsteres Bild vom Alter beschrieben wird. Im Mittelpunkt steht ein sturer, alter Mann, der wegen seiner Prozesssüchtigkeit seinen Sohn in die Verzweiflung treibt. Mit dieser negativen Charakterisierung knüpft der Autor in der griechischen Antike an die ägyptische Tradition an und bildet zugleich den Grundstock für ein abendländisches Bild, prägend für das gesamte Mittelalter, und zum Teil bis in die Gegenwart noch spürbar. Als Wortführer dieser Verdammnis des Alters darf sicherlich Aristoteles betrachtet werden, dessen Beschreibungen sich bis in die Gegenwart in fast allen gerontologischen Schriften finden lassen. In der „Nikomachischen Ethik“ wird der Geiz oder auch die Unfähigkeit zur Freundschaft dem Alter zugeordnet<sup>127</sup> und in anderen Schriften charakterisiert Aristoteles die Alten als übellaunig und misstrauisch.<sup>128</sup> Eine Passage aus seiner Abhandlung „Über die Seele“ verdeutlicht seine Position, das Alter als etwas krankhaftes zu betrachten und nicht als Voraussetzung für Weisheit: „Die Vernunft aber“, so schreibt Aristoteles, „scheint als eine gewisse Substanz einzutreten und nicht zu vergehen. Am meisten würde sie vergehen unter dem dahinwelkenden Alter, nun aber verhält es sich wohl so, wie es bei den Sinnesorganen geschieht: Wenn der Greis ein entsprechendes Auge erhielte, würde er sehen wie der Jüngling. So besteht das Alter nicht darin, daß die Seele etwas erlitten hat, sondern - vergleichsweise - in dem, wie es in rauschhaften und kranken Zuständen geschieht. Das vernünftige Einsehen und Betrachten welkt dahin, weil etwas anderes innen (im Menschen) vergeht, es selbst dagegen ist leidensunfähig. Das Denken und Lieben oder Hassen sind nicht

---

<sup>126</sup> Vgl. Thane P (2005) Das Alter. Eine Kulturgeschichte. Darmstadt, S. 44.

<sup>127</sup> Aristoteles (2006) Nikomachische Ethik. Übers. und hrsg. v. Ursula Wolf. Hamburg, S. 134 und S. 261.

<sup>128</sup> Vgl. Schäfer D (2002) „Daß das Alter an und vor sich selbst eine Kranckheit seye“: Zur Rezeption antiker Konzepte eines pathologischen Greisenalters in der medizinischen Literatur der frühen Neuzeit. In: Karenberg A; Leitz C (Hrsg.) Heilkunde und Hochkultur II. Münster, S. 290.



Affekte der Vernunft, sondern des Menschen, der es hat, sofern er es hat. Wenn daher dieser zugrunde geht, erinnert er sich nicht mehr, noch auch liebt er; denn dies war nicht jener (der Vernunft) zu eigen, sondern dem Gemeinsamen (dem Menschen), das zugrunde geht. Die Vernunft aber ist wohl etwas Göttlicheres und leidensunfähig.“<sup>129</sup> Das Alter wird in diesem Kontext zu einem Zustand des körperlichen und geistigen Verwelkens mit einer pathologischen Verdichtung negativer Charakterzüge. Parallelen zu dieser geistigen Haltung lassen sich auch in der Mythologie finden und ein besonders eindrucksvolles Sinnbild des Verwelkens im Alter aus der griechischen Mythologie ist sicherlich der Tithonos-Mythos<sup>130</sup>: Der Sohn des trojanischen Königs Laomedon wurde von der Göttin der Morgenröte Eos begehrt, so dass sie von Zeus seine Unsterblichkeit erbat. Sie vergaß allerdings, gleichzeitig ewige Jugend für ihn einzufordern, und ihr Wunsch entwickelte sich somit zu einem Fluch für Tithonos, der im betagten Alter bettlägerig wurde, körperlich und geistig schrumpfte und sich schließlich in eine Zikade verwandelte. Der Mythos wird damit zur Metapher einer Altersklage<sup>131</sup> aus der heraus die ganze Trostlosigkeit im Alter zum Ausdruck gebracht wird. Mimnermos schlussfolgert aus dem bedrohlichen Alterungsprozess, dass die Lebensqualität nicht mehr gegeben sei und man den Tod im Alter bevorzugen sollte. Göckenjan stellt sich die Fragen: „Aber verweist diese polarisierende Form der Altersklage des Mimnermos nicht ebenfalls auf die richtige Ordnung des Lebens? Ist das Lob des Hedonismus nicht doch mehr als ein einfältiges Lob der Jugendcharakteristiken? Geht es nicht auch um die philosophische Einrichtung des ganzen Lebens, der Möglichkeit von Heiterkeit und Lebensfreude, eines Lebens, das dann für Mimnermos ohne Krankheit und Kummer mit 60 Jahren zu Ende sein soll?“<sup>132</sup> Die geistige Haltung, im Alter und besonders in der Demenz einen Verlust an Lebensqualität zu sehen, verbunden mit einer Vorstellung, die Jugend hedonistisch zu betrachten,

---

<sup>129</sup> Aristoteles (1995) Über die Seele. Übers. von Willy Theiler. Hrsg. von Horst Seidl. Hamburg, S. 41.

<sup>130</sup> Nünlist R (2006) Tithonos In: In: Cancik H; Schneider H; Landfester M (Hrsg.) Der neue Pauly - Enzyklopädie der Antike. Brill Online, 2015. Reference. 26 January 2015 [http://referenceworks.brillonline.com/entries/der-neue-pauly/der-neue-pauly-enzyklopa-die-der-antike-COM\\_001](http://referenceworks.brillonline.com/entries/der-neue-pauly/der-neue-pauly-enzyklopa-die-der-antike-COM_001). First appeared online: 2006.

<sup>131</sup> Vgl. hierzu auch Göckenjan G (2000) Das Alter würdigen. Altersbilder und Bedeutungswandel des Alters. Frankfurt/Main, S. 47.

<sup>132</sup> Ebd., S. 47.

generiert sich bis in die Gegenwart und findet im Suizid begehenden Gunter Sachs († 2011) einen markanten zeitgenössischen Repräsentanten.

Auch wenn die negative Haltung gegenwärtig oft noch präsent zu sein scheint, so ist sie geschichtlich nicht kontinuierlich vorherrschend gewesen. In der römischen Antike setzt sich mit dem Wortführer Cicero eine Gegenbewegung durch und fordert ein anderes Bild vom Alter ein. In seiner Schrift über das Alter wettet Cicero: „Wenn man gegen das Alter ins Feld führt mit der Behauptung, ein alter kluger Mann könne nichts mehr leisten, ist demnach null und nichtig. Wer so etwas behauptet, der tut gerade so, als wollte er sagen, ein Steuermann sei auf der Seefahrt untätig; die einen kletterten auf die Masten, andere eilten in den Schiffsgängen hin und her, wieder andere schöpften das Wasser aus – der Steuermann aber halte nur das Steuer und sitze ungestört auf dem Achterdeck. Freilich arbeitet er nicht wie die Jungen, aber das, was er tut, ist weit wichtiger und wertvoller. Bei großer Leistung kommt es nicht auf die Kraft, Behendigkeit oder Schnelligkeit des Körpers an, sondern darauf, daß man klug ist, Ansehen genießt und etwas zu sagen hat: Vorzüge, die man im Alter nicht nur nicht einbüßt, sondern gewöhnlich sogar in zunehmendem Maße hat.“<sup>133</sup> Für Cicero war Cato der Ältere der personifizierte Beweis: ein aktiver und moralisch gefestigter betagter Mann, der bis zu seinem 85. Lebensjahr politisch aktiv war und großen Einfluss auf die Gesellschaft ausübte.<sup>134</sup> Cicero verneint jedoch nicht mögliche körperliche Beschwerden des Alters, die man jedoch, so seine Auffassung, zum Teil durch eine gesunde Lebensführung prophylaktisch ausgleichen könnte oder durch die vermehrte Beschäftigung mit der Philosophie geistig überhöhen müsse. 100 Jahre später wird Galen in seinem medizinischen Werk mögliche Alterserkrankungen auflisten, zu denen auch kognitive Einbußen zählen. Trifft im Alter auf fehlende Feuchtigkeit Kälte, so Galen, dann kann ein Altersdelirium verursacht werden.<sup>135</sup> Die Botschaft dieser Schrift beinhaltet die Annahme, geistige Vitalität im Alter verliert man nicht zwangsläufig, ihr Abbau kann durch gesunde Lebensführung und notwendige Kompensationen im Alter verhindert

---

<sup>133</sup> Cicero MT (2001) Cato der Ältere. Über das Alter. Hrsg. und übersetzt von Max Faltner. Düsseldorf, S. 18.

<sup>134</sup> Vgl. Thane P (2005) Das Alter. Eine Kulturgeschichte. Darmstadt, S. 49.

<sup>135</sup> Galen C (1823) Claudi Galeni Opera Omnia. Hrsg. von Karl Gottlieb Kühn. Leipzig, Bd. IV, S. 786.

werden. Galens Schriften wirken über das gesamte Mittelalter, inwieweit sie auch das Bild des Alters geprägt haben, lässt sich für das frühe Mittelalter kaum eruieren.

Für das Mittelalter müssen wir zunächst eine Zäsur annehmen. Es sind vor allem zwei Begriffe, die die frühmittelalterliche Kultur prägen und im Kontext der Botschaft des Neuen Evangeliums stehen: „Caritas“ und „Infirmitas“<sup>136</sup>. Im ersten Brief an Timotheus schreibt Paulus: „Einen älteren Mann sollst du nicht grob behandeln, sondern ihm zureden wie einem Vater. Mit jüngeren Männern rede wie mit Brüdern, mit älteren Frauen wie mit Müttern, mit jüngeren wie mit Schwestern.“ (1. Timotheus 5.1) Neben den Anweisungen des Neuen Testaments waren auch Passagen aus dem Alten Testament prägend für das christliche Abendland und in diesem Kontext müssen vor allem die Psalmen hervorgehoben werden. In sog. Psalterien wurden die Psalmen gesondert als Buch oft einzeln illustriert herausgegeben und zählten zu den wichtigsten Gebetsbüchern im gesamten Mittelalter. Die ältesten überlieferten Psalmen stammen aus dem 8. Jahrhundert, allerdings wird von einer Vielzahl kunsthistorischer Autoren vermutet, dass die ersten Exemplare wahrscheinlich bereits im 5. Jahrhundert zu datieren seien.<sup>137</sup>

Einen Hinweis auf die Bedeutung des Alters in den Psalmen bekommen wir durch Ralf Sprandel mit seiner Analyse: „Der Psalmist sieht das Altern des Menschen grundsätzlich von zwei Seiten. Zum einen wünscht er sich, seinen Freunden und den Guten ein langes Leben und damit ein Alter und wünscht, daß den Feinden und den Bösen das Leben verkürzt und das Alter genommen wird (Psalm 54.24 und 60.7). Dem Leben auch jener, denen das Alter geschenkt wird, ist ein natürliches, kurzes Maß gesetzt: Wenn man Psalm 89.10 mißversteht, wie es häufig geschehen, kann man aus den Versen auch herauslesen, daß dieses Leben gegen Ende ein schweres ist. Besonders unter Feinden, unter ungünstigen Umständen ist das Altwerden eine Last (Psalm 6.8). Gott muß dem Alten beistehen (Psalm 70.9/18). Mit dem Beistand Gottes

---

<sup>136</sup> Agrimi J; Crisciani C (1996) Wohltätigkeit und Beistand in der mittelalterlichen christlichen Kultur. In: Grmek MD (Hrsg.) Die Geschichte des medizinischen Denkens. Antike und Mittelalter. München, S. 182.

<sup>137</sup> Vgl hierzu die Analyse zum Utrecht-Psalter, bei dem einige Forscher davon ausgehen, es sei eine im 8. Jahrhundert entstandene Kopie aus dem 5. Jahrhundert: Engelbregt JHA (1965) Het Utrechts Psalterium, Een eeuw wetenschappelijke bestudering (1860-1960) (The Utrecht Psalter, a Century of Critical Investigation 1860-1960). Utrecht, S. 121.

aber ist das Alter eine große Freude und ein Segen (Psalm 91.11/15).<sup>138</sup> Diese Parallelität von Hochachtung und Verdammnis des Alters erinnert an die ägyptischen Überlieferungen, was nicht ganz verwundern dürfte, da ein Teil der alttestamentarischen Gesänge in Form und Bildersprache eine enge Verwandtschaft zu ägyptischen Dichtungen besitzen. Welchen Einfluss die Psalmen auf das Bild des Alters in der frühmittelalterlichen Gesellschaft wirklich nahmen, lässt sich nur bedingt rekonstruieren.

Vergleicht man die Durchdringung des Themas in der Literatur, dann war das Alter nur wenig in öffentlichen Auseinandersetzungen präsent, mit Ausnahme der Vita Karls des Großen seit dem 9. Jahrhundert. Die älteste Beschreibung Karls des Großen als einen alten Mann befindet sich in der „Vita Karoli Magni“ vom Hofgelehrten Einhard aus der ersten Hälfte des 9. Jahrhunderts. Im 11. Jahrhundert diente die Figur des karolingischen Herrschers dazu, Alter und Weisheit zu demonstrieren, im 12. Jahrhundert entstand dagegen ein negatives Bild, das ihn als einen ungerechten und launischen Greis und Herrscher beschrieb.<sup>139</sup>

Wenn auch unterschiedliche Bilder nebeneinander existierten, so ist das frühe Mittelalter bis ins 13. Jahrhundert hinein doch mehr geprägt von Aufbau und Fortschritt, weniger von Hunger und Leiden. Das Alter stand zwar nicht im Mittelpunkt des gesellschaftlichen Interesses und war auch nur marginal in der Literatur vertreten, dennoch lassen sich Beispiele finden, die belegen, dass das Thema nicht unbekannt war. Besonders die Ikonographie der Kunstgeschichte ist ergiebiger und zeigt eine Vielzahl von alten Menschen als weise Autoritäten in der Person von Gott Vater oder in der Darstellung der Propheten sowie den Greisen der Apokalypse.<sup>140</sup> Auch bei der bildlichen Darstellung Josefs dominiert die Ikonographie eines alten Mannes, um damit die Botschaft der sexuellen Abstinenz gegenüber Maria zu demonstrieren. Sämtliche Beispiele belegen, dass man dem Alter im frühen Mittelalter mit Respekt begegnete.

Diese Haltung erfuhr im späten Mittelalter eine Wandlung mit einer großen kulturellen und gesellschaftlichen Wende im 14. Jahrhundert. Es beginnt das

---

<sup>138</sup> Sprandel R (1981) Altersschicksal und Altersmoral. Die Geschichte der Einstellungen zum Altern nach der Pariser Bibleexegese des 12.-16. Jahrhunderts. Stuttgart, S. 54.

<sup>139</sup> Vgl. Beauvoir S de (2008) Das Alter. (4. Aufl.) Hamburg, S. 165.

<sup>140</sup> Ebd., S. 175.

Jahrhundert des großen Sterbens infolge einer Klimakatastrophe und großer Pestepidemien. Erste Ursachen dieser dramatischen Entwicklung müssen bereits im davorliegenden Jahrhundert gesucht und datiert werden. Mit dem ausgehenden 13. Jahrhundert beginnt die sog. kleine Eiszeit mit verheerenden Folgen für die Landwirtschaft. Die durchschnittliche Temperatur im Winter sank um 10 Grad, hinzu kamen schwere Sturmfluten und Flussüberschwemmungen, so dass bereits vor den großen Pestepidemien Europa geschwächt war durch Hungersnöte infolge von Missernten.<sup>141</sup> Nach dem Ausbruch der Pest 1347 war die geschwächte Bevölkerung nicht mehr in der Lage, eine Abwehr gegen die Infektion zu bilden, so dass beinahe ein Drittel der Population starb. Die Folge des Massensterbens war ein Niedergang der moralischen Verpflichtungen, welche den Arzt Guy de Chauliac zu der Klage verleitete, dass die Nächstenliebe nun komplett ausgestorben sei.<sup>142</sup> Verwandtschaftliche Beziehungen haben keinen Wert mehr, Kinder verlassen ihre Eltern, Geschwister zeigen keine Solidarität mehr miteinander und Ehepaare lassen sich gegenseitig im Stich. In einem derart ethisch-anarchistischen Raum gab es keine Solidarität mit den Alten, sondern nur die Sorge um den Nächsten, ein Zustand der sich nach dem 30jährigen Krieg gesellschaftlich wiederholen wird. Für die alten Menschen beginnt das Tal der Verachtung und es dominiert das Bild des Alters als Fluch.<sup>143</sup>

„Krachen mir dbein und trüfft mir dnaß/ Mir gedenckt wol das es besser was/  
 Muß erst am stecken leren gon/ Das ist mir worlich ungewon/ Im lyb bin ich  
 ouch nit gesundt/ In der kilchen bill ich wie ein hundt/ Der tüfel hats alter  
 erdacht/ Das mir ußgfallen ist min hor/ Vor zyt trug ich den kopff empor

Eim bin ich toub dem andern blind/ Pfü dich alter du schnoder wind/ Wie  
 machst so manchen starcken man/ Das er muß an zwo krucke gan/ Worlich du  
 bist ein boser gast/ All dieser welt ain uberlast.../ Und bist so gantz veracht ich  
 sprich/ Es mochten seichen dhund an dich“<sup>144</sup>

Es handelt sich hier um ein überliefertes Stück aus dem frühen 16.

---

<sup>141</sup> Vgl. Bergmann A (2004) Der Entseelte Patient. Die Moderne Medizin und der Tod. Berlin, S. 33.

<sup>142</sup> Vgl. Agrimi J; Crisciani C (1980) Malato, medico e medicina nel Medioevo. Storia della scienza 19. Turin, S. 256.

<sup>143</sup> Borscheid P (1989) Geschichte des Alters. Vom Spätmittelalter zum 18. Jahrhundert. Münster, S. 15.

<sup>144</sup> Entnommen aus: ebd., S. 17.

Jahrhundert aus den Gengenbacher Festnachspielen, das die düstere Seite des Alters, wie sie im ausgehenden Mittelalter und der frühen Neuzeit präsent war, recht schön veranschaulicht. Um nicht im Gefolge dieses Pessimismus‘ vom Pfad der christlichen Tugend abzukommen, bemühten sich einige Theologen um Trostbücher für alte Menschen. Paradigmatischer Vertreter für diese Bewegung im 16. Jahrhundert ist der Hofprediger und Theologe Daniel Tossanus. Im Alter von 58 Jahren wendet er sich als vermeintlich alter Mann an alte Menschen, um über das Alter zu reflektieren. Im strengen Sinne durfte aus christlicher Sicht keine Klage erhoben werden, vielmehr zählten körperliche und geistige Gebrechen zu den irdischen Leiden, die im Gebet überwunden werden sollten, um im Jenseits Erlösung zu finden.<sup>145</sup> Trotz dieser theologischen Vorgabe richtet sich der Theologe Tossanus an seine Leser in der Tradition des antiken Autors Cicero. In der Vorrede begründet er die Notwendigkeit einer literarischen Unterstützung für alte Menschen, die sich in einem Tal von Desinteresse befänden: „Und ist gleichwol auch diß leben so wir in dieser welt führen/ nicht eine geringe gabe Gottes/ sintemal die lenge desselben lebens/ als eine Kundschaft und zeugnis göttlichen segens und wolthätigkeit gehalten und gerechnet wird/ wir auß dem ersten gebot der zweyten Tagel zu ersehen ist/ da die namhafter verheißung hinzugesetzt wird/ es werde geschehen/ daß die Kinder nemlich/ so ire eltern in gebürlicher ehre halten// lang leben sollen auf erde.“<sup>146</sup>

Obwohl er sich an Cicero orientiert, verfolgt er eine andere Zielsetzung. Cicero fordert einen gesunden Lebenswandel ein, um im Alter gesund und vital zu bleiben, Tossanus dagegen fordert, sich von den irdischen Fesseln zu lösen und sich mit der Gewissheit der Seligkeit auf den Tod vorzubereiten: „Als wise verstendige und frome leut sind/ dentwegen sie da hohe Alter anklagen oder schelten/ ja vil mehr sollen sie sich erfreuen/ daß sie von den banden den unzucht ledig gemacht/ und von vilerley gefahr befreyet sind/ welchen stricken und gefahren/ als ungestümen meereswellen/ junge leut noch unterworfen sind sind/ und herhalten müssen. Ist etwas am hohen Alter zu strafen/ so laßt uns vil mehr unser lebet und daß wir die vorige zeit so ubel zugebracht und schändlich

---

<sup>145</sup> Vgl. hierzu: Gnilka C (1971) Altersklage und Jenseitssehnsucht. In: Jahrbuch für Antike und Christentum 14, S. 16.

<sup>146</sup> Tossanus D; Heidfeld J (1600) Ein christlicher und sehr tröstlicher Bericht Vom hohen Alter des Menschen. Herborn, S. 2.

angelegt haben/ strafen und anklagen. Das hohe Alter sol man strafen/ welches den sünden und schanden noch nit absterben kann oder will/ welches auch nit gelernet hat den leiblichen tod verachten/ wie auch nicht wissen/ welches doch das rechte leben sey/ nach dem wir am allermeisten streben und denken sollen.“<sup>147</sup> Der Auszug aus dem Text verdeutlicht die sehr anschaulich geistige Haltung, das Alter als Chance zu begreifen, durch körperliche Enthaltbarkeit christliche Tugenden zu verwirklichen. Im Gegensatz zu Cicero, der nicht nur die Weisheit im Alter hervorhebt, sondern auch eine mögliche Vitalität infolge eines gesunden Lebenswandels beschreibt, geht es bei Tossanus vor allem darum, das Alter als eine besondere christliche Herausforderung zu begreifen, um sich schon zu Lebzeiten von den irdischen Fesseln zu lösen. Das Alter wird nicht verklärt aber auch nicht verdammt. Tossanus richtet sich gegen den Strom der öffentlichen Meinung und versucht mit den Trostbüchern eine christliche Akzeptanz des Alters zu bewirken.

Insgesamt wurde das Alter in der frühen Neuzeit eher mit Spott und Argwohn belegt. Diese Situation wird sich im darauffolgenden Jahrhundert noch verschlechtern. Das 17. Jahrhundert, geprägt vom 30jährigen Krieg, steht unter dem Vorzeichen des Eigennutzes. In den literarischen Beschreibungen des Simplicius Simplicissimus wird eine gesellschaftliche Anarchie beschrieben, in der alte Menschen nur noch als Bürde betrachtet wurden. In einer Vielzahl von Handbüchern wird die „Selbstbehauptung“ zum zentralen Thema im 17. Jahrhundert.<sup>148</sup> Die theologische und politische Ordnungsmacht greift nicht mehr, so dass selbst die Verheißungen des Jenseits nicht mehr als gültige Versprechungen angesehen wurden. Auch die moralische Literatur zeigt sich zum Teil offen für die Selbst- und Eigenliebe.<sup>149</sup> Begründet wird dieser Selbstbezug zwar noch theologisch mit dem Hinweis auf das Gebot der Nächstenliebe aus dem Neuen Testament, das doch dem Gebot der Selbstliebe gleichgesetzt wird. Allerdings vollzieht sich mit der Argumentationsstruktur insofern ein Wandel, in dem nicht mehr primär der Bezug zu Gott hergestellt

---

<sup>147</sup> Ebd., S. 79.

<sup>148</sup> Vollhard F (2001) Eigennutz - Selbstliebe - Individuelles Glück. In: Dülmen R van (Hrsg.) Entdeckung des Ich. Die Geschichte der Individualisierung vom Mittelalter bis zur Gegenwart. Köln, S. 219.

<sup>149</sup> Vgl. Fuchs HJ (1977) Entfremdung und Narzissmus. Semantische Untersuchungen zur Geschichte der "Selbstbezogenheit" als Vorgeschichte von französisch "amour propre". Stuttgart, S. 111.

wird. Niklas Luhmann spricht von der doppelten Schicht der Begrifflichkeit, in der humane Natur gemeint, aber Soziales symbolisiert wird.<sup>150</sup>

Die moralische Diskussion über Selbstliebe erfährt eine gesellschaftliche Perversion infolge der Verrohung durch den Dreißigjährigen Krieg. Der Krieg habe, so Peter Borscheid, „keine Engel zurückgelassen“<sup>151</sup> und damit eine Situation geschaffen, in der die Achtung vor dem Alter keinen Wert mehr besaß. Diese gesellschaftliche Verrohung fokussierte in dramatischer Weise das negative Bild des Alters, welches sich seit dem späten Mittelalter bis ins 17. Jahrhundert hineinzog. Es macht ebenfalls deutlich, dass besonders in Zeiten großer gesellschaftlicher Nöte, die Solidarität mit den Alten aufgekündigt wurde und kein tradierter Generationenvertrag gültig war. Die Aufgabe der Solidarität bezieht sich jedoch nicht nur auf alte Menschen, es handelt sich vielmehr um eine grundsätzliche Annullierung des Solidaritätsgedankens.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, welche zivilisatorische Herausforderung bewältigt werden musste, um eine allgemeingültige Ethik wieder zu implementieren. Der Ursprung für eine solche Leistung muss in der Galanterie angenommen werden. Da es keine inhaltlich verbindlichen Regeln mehr gab, ließen sich die verrohten Sitten durch äußerliche Verhaltensregeln am effektivsten zügeln. Eine Vielzahl von Anstandsbüchern überschwemmte die europäische Gesellschaft und forcierte eine neue, höfische Mode der Galanterie. „Seit der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts“, so Borscheid, „ist es verpönt, sich wild genial, rücksichtslos und mit elementarem Tatendrang auszuleben. Im Umgang mit seinen Mitmenschen hat der Einzelne sich zu zügeln. Der Lust und Leidenschaft wird als neues Ideal die beherrschte Liebe, die Seelenfreundschaft entgegengestellt, die mehr ein Mangel an Haß als Ekstase ist, bei der Ehrerbietung und Zurückhaltung gefordert ist.“<sup>152</sup> Mit der Disziplinierung des sozialen Umfeldes konnte eine Ordnung geschaffen werden, in der auch dem alten Menschen wieder mit Respekt und Achtung begegnet wurde.

---

<sup>150</sup> Luhmann N (1980) Gesellschaftsstruktur und Semantik. Studien zur Wissenssoziologie. Bd. 1. Frankfurt/Main, S. 174.

<sup>151</sup> Borscheid P (1989) Geschichte des Alters. Vom Spätmittelalter zum 18. Jahrhundert. Münster, S. 166.

<sup>152</sup> Ebd., S. 171.



Wir verbinden mit den Anstandsbüchern gegenwärtig vor allem den Namen Knigge. Freiherr Adolph Friedrich Ludwig Knigge lebte in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts und steht mehr am Ende dieser Bewegung. Aber ein Blick in seinen Benimmratgeber gewährt uns einen Eindruck von den nun neuen Umgangsformen mit Älteren: „Mit zärtlicher Ehrerbietung drängen sich dann Kind, Knabe, Mädchen und Jüngling um den freundlichen alten Mann, der sie zu unschuldiger Fröhlichkeit aufmuntert. Ich bin als Jüngling mit so liebenswürdigen alten Damen umgegangen, daß ich wahrlich, wenn ich die Wahl hätte, an ihrer Seite lieber mein Leben hineingebracht haben würde als bei manchen hübschen, jungen Mädchen, und wenn bei großen Tafeln mich als einen jungen Menschen die Reihe traf, neben einer dummen Schönheit Platz zu nehmen, so habe ich oft den Mann beneidet, dem sein Rang ein Recht gab, der Nachbar einer verständigen, muntern, alten Frau zu sein.“<sup>153</sup> Knigge steht noch ganz in der Tradition der Galanterie des 17. Jahrhunderts, obgleich er sich bereits im Zeitalter der Aufklärung befindet.

Nachdem nun die Zivilgesellschaft durch äußerliche Regeln diszipliniert worden war, entstand zunehmend das Bedürfnis nach inhaltlicher fundierter Verhaltensnorm. Der Pietismus erblühte in Deutschland und ließ eine Vielzahl von Sekten aufkommen, die auf reichen Nährboden fielen mit der Sehnsucht nach inhaltlich begründeter Moral und Ethik. Die Galanterie wurde nun zunehmend zum Gegenstand des Spotts, ihre Oberflächlichkeit an den Pranger gestellt und als inhaltslose Fassade abgelehnt. Für die Jugend in der Aufklärung sollte die Vernunft ausschlaggebend sein und nicht eine tradierte, unhinterfragte Fassade des sich richtig Benehmens. Ungeachtet der vorhandenen Kritik muss man heute aus historischer Sicht festhalten, dass die Galanterie eine große gesellschaftliche Leistung vollbracht und aus einer moralisch darniederliegenden Gesellschaft wieder eine Zivilgesellschaft aufgebaut hat. Im Strome dieser Bewegung ist auch die Rehabilitierung des Alters zu sehen. Die unterschiedlichen Positionen in der Gesellschaft werden nicht mehr als Generationskonflikte begriffen, sondern vielmehr als die Auseinandersetzung um vernünftige und unvernünftige Argumente.

Mit den Idealen der Aufklärung erfährt der alte Mensch eine hohe

---

<sup>153</sup> Knigge A von (1977) Über den Umgang mit Menschen. Frankfurt/Main, S. 139.

Anerkennung, wie aus der folgenden Jubiläumsschrift erkennbar wird: „So gewöhnlich es sonst ist, die Stirne des Alters in einem finstern Nebel verhüllet zu sehen; so lieblich lächelt uns die muntere Miene derer an, die auch noch am Abende ihrer Tage, eines aufgeklärten Himmels sich zu erfreuen haben. Machet nicht sodann eine gegründete Vermuthung den Schluß, dieser Zustand sey die Wirkung eines beruhigten Gewissens, und die Belohnung einer ordentlich geführten Lebensart? Und welche eine Hochachtung verdienen nicht bejahrte Männer alsdann, wenn sie im Dienste des gemeinen Wesens grau geworden sind; und dennoch bey ungeschwächten Gemüths- und Leibeskräften thätlich darthun, die Arbeit sey noch ihr Vergnügen.“<sup>154</sup> In der Aufklärung erfährt der alte Mensch seine höchste Verehrung und Anerkennung. In Jubiläums- und Grabschriften wird das lange Leben gewürdigt und auch die besonderen Leistungen im hohen Alter hervorgehoben. Typisch für eine derartige retrospektive Betrachtung war die Betonung von positiven Eigenschaften, dass das Leben tugendhaft, fromm und heiter verbracht wurde.

Mit der gewachsenen Autorität wurden auch das vorhandene patriarchalische Gefüge verstärkt. Ein weiterer Aspekt ist sicherlich in den agrarischen Strukturen zu suchen, die im 18. Jahrhundert die Gesellschaft geprägt haben. Die Stellung des alten Menschen ist zu einem Großteil noch bestimmt worden von den bäuerlichen Bedingungen und Lebensverhältnissen auf den landwirtschaftlichen Höfen. Während dieses vorindustriellen Zeitalters übten die Besitzer von Höfen eine gewisse Macht aus, um mit Hilfe der Erbschaftsregelung eine Versorgung im Alter zu sichern. Nicht selten wurden Verträge abgeschlossen, in denen eine Übertragung des Hofes stufenweise erfolgte, um damit eine Machtstellung nicht gänzlich zu verlieren.<sup>155</sup> Unterstützt wurde diese Entwicklung durch eine Verbesserung der ökonomischen Situation der Landwirtschaft, die zum Teil zu absurden Blüten führte und bereits 50jährige ermutigte mit sog. „Leibgedingverträgen“ sich auf ihr Altenteil zurückzuziehen.<sup>156</sup>

Aber nicht nur der ökonomische Aufschwung bewirkte eine Verbesserung der Situation für alte Menschen, auch die allgemeine gesellschaftliche Tendenz

---

<sup>154</sup> Pisanski GC (1770) Die Vorzüge des Alters in obrigkeitlichen Ämtern. Königsberg, S.1.

<sup>155</sup> Saenger W (1957) Die bäuerliche Kulturlandschaft der Hohenloher Ebene und ihre Entwicklung seit dem 16. Jahrhundert. Remagen, S.116.

<sup>156</sup> Sieder R (1987) Sozialgeschichte der Familie. Frankfurt/Main, S. 67.

zu einer gestiegenen Hochschätzung hat zu einer Aufwertung des Alters beigetragen. Diese Wertschätzung fasst Peter Borscheid zusammen: „Auf der Bühne der Theater, in den Moralischen Wochenschriften, den Anstandsbüchern und pietistischen Gemeinden war das Alter eine Macht, der man fast blindlings Verehrung und Gehorsam entgegenbrachte. Im rauhen Alltag, wo die Lehren der Aufklärer nicht gehört oder schnell wieder vergessen wurden, mußte die Macht meist erkämpft, vielfach auch erkaufte werden. Wer als alter Mensch mit leeren Taschen dastand, konnte nur noch auf Mitleid, kaum aber auf Hochachtung oder Ehrfurcht hoffen.“<sup>157</sup>

Die Analyse von Borscheid macht besonders deutlich, welche Rolle die Ökonomie spielt und wie die Stellung des alten Menschen in den gesellschaftlichen Schichten differierte. Auch wenn der Umgang mit betagten Personen in den unteren Schichten auch während der Aufklärung nicht immer vorbildhaft war, so darf doch angenommen werden, dass sich zunehmend ein Problembewusstsein durchsetzte und die Versorgung von hilfebedürftigen alten Menschen stärker beobachtet wurde. Diese neue Öffentlichkeit für das Alter bekam ihre eigene Plattform durch eine Wochenzeitschrift mit dem Titel „Der Greis“. Sie gehört zur Gattung der moralischen Wochenzeitschriften, die es vielfach im 18. Jahrhundert gab und die sich einem erzieherischen Auftrag verpflichtet fühlten.<sup>158</sup>

Mit der Aufwertung des Alters stieg auch das Selbstbewusstsein der Alten, die immer lautstarker Aufmerksamkeit und Ehrfurcht öffentlich für sich einforderten. Diese Entwicklung erfährt im Zeitalter der Romantik einen Wandel. Das gestiegene Selbstbewusstsein schlug um in Selbstverliebtheit und Arroganz. Für die Jugend wurde es immer schwieriger sich gegen alte Menschen zu behaupten. Verbunden mit dem Geniekult hat die Romantik die Jugendkraft wieder in den Mittelpunkt zu rücken gesucht und Kritik am Alter geübt. Als Sprachrohr dieser Gegenbewegung lässt sich u.a. Matthias Claudius heranziehen, der mit dem folgenden Gedicht die Forderung nach Aufmerksamkeit ironisch beantwortet:

---

<sup>157</sup> Borscheid P (1987) Geschichte des Alters. Vom Spätmittelalter zum 18. Jahrhundert. Münster, S. 341.

<sup>158</sup> Vgl. hierzu Göckenjan G (2000) Das Alter würdigen. Altersbilder und Bedeutungswandel des Alters. Frankfurt/Main, S. 103.

„Saß einst in einem Lehnstuhl still  
 Ein viel gelehrter Mann,  
 Und um ihn trieben Knaben Spiel  
 Und sahn ihn gar nicht an.  
  
 Sie spielten aber Steckenpferd,  
 Und ritten hin und her:  
 Hopp, hopp! und peitschten unerhört,  
 Und trieben 's Wesen sehr.  
  
 Der Alte dacht' in seinem Sinn:  
 ‚Die Knaben machen's kraus;  
 Muß sehen lassen wer ich bin.‘  
 Und damit kramt' er aus;  
  
 Und machte ein gestreng Gesicht,  
 Und sagte weise Lehr.  
 Sie spielten fort, als ob da nicht  
 Mann, Lehr, noch Lehnstuhl wär.  
  
 Da kam die Laus und überlief  
 Die Lung' und Leber ihm.  
 Er sprang vom Lehnstuhl auf, und rief  
 Und schalt mit Ungestüm:  
  
 ‚Mit dem verwünschten Steckenpferd!  
 Was doch die Unart tut!  
 Still da! ihr Jungens, still, und hört!  
 Denn meine Lehr ist gut.‘  
  
 ‚Kann sein‘, sprach einer, ‚weiß es nit,  
 Geht aber uns nicht an.  
 Da ist ein Pferd, komm reite mit;  
 Denn bist du unser Mann.<sup>159</sup>

Das Gedicht läutet ein anderes Verständnis vom Alter ein. Im Zeitalter der Romantik wird wieder die Jugend stärker verklärt und das Verhältnis zum Alter relativiert. Es ist jedoch eine Relativierung auf hohem Niveau mit einer wohlwollenden und nicht so sehr mit einer vernichtenden Kritik. Insgesamt verschiebt sich das Interesse am Alter zu Beginn des 19. Jahrhunderts, so dass aus einer moralischen Diskussion nun eine wissenschaftliche, soziologische Diskussion wird.

---

<sup>159</sup> Claudius M (1774) *Asmus omnia sua secum portans oder Sämtliche Werke des Wandsbecker Bothen. Dritter Theil.* Wandsbeck, S. 87.

Zu den ersten Theoretikern eines systematischen Ansatzes für die Betrachtung des Alters gehört der Theologe und Philosoph Carl Friedrich Pockels mit seinem „Charaktergemälde des Alters“<sup>160</sup>. Pockels versteht sich als „Seelenforscher“ und entwirft aus dieser Perspektive einen wissenschaftlichen Ansatz, um sich mit dem Alter zu befassen: „Er sei weder auf die Selbstdarstellung und Märchen der Alten eingegangen noch habe er sich von ihren Verschleierungs- und Verdrängungsstrategien beeindrucken lassen. Aber nie sei es ihm darum gegangen, Alte lächerlich zu machen, er sei vielmehr ein ‚stiller Verehrer des Alters‘, würdige Greise und bejahrte Frauen seien für ihn ‚Heiligthümer‘ der Menschheit. Es ist bezeichnend, daß diese nicht-moralische Sicht einhergeht mit dem ebenso ausdrücklichen Bekenntnis zum Alter! Ich finde diese für die 2. Hälfte des 20. Jh. typische Koppelung hier das erste Mal.“<sup>161</sup> Diese Feststellung, dass zu Beginn des 19. Jahrhunderts mit der Generation der Romantiker einige Ansätze entstehen, die im 20. und 21. Jahrhundert konzeptionell noch gültig sind, wird hier besonders deutlich. Ein weiteres Beispiel für einen frühen Ansatz moderner Auseinandersetzungen finden wir auch bei Johann Gottlieb Junghann mit seiner 1825 veröffentlichten Schrift „Das Greisenalter“. Wie ein roter Faden durchzieht eine durchaus pessimistische Haltung das Buch. Modern dagegen ist sein Ansatz, dass Alter und Krankheit nicht zwangsläufig gleichgesetzt werden können und das Altwerden so individuell sei wie die Menschheit insgesamt.<sup>162</sup> Im Kontext dieser Beschäftigung steht auch die Auseinandersetzung über den Umgang mit kranken Greisen:

„[...] niemand ist oft bey ihnen, der sie wartet und pflegt [...] Und wie viele Greise gibt es nicht [...](die ihre Nahrung)...] vor den Thüren und am Stabe kriechend erbetteln müssen? Ja, wie viele Greise gibt es nicht, die jetzt erst die Freuden und die Belohnungen für die sorgfältige und mit unbeschreiblichen Beschwerden verbundene Erziehung, die sie ehemals ihren Kindern gaben, einzuernnden glaubten, aber nichts als Schande und Kummer an ihren ungerathenen Kindern erleben, und wohl gar, statt mit liebevoller und zärtlicher Sorgfalt verpflegt zu werden, von ihnen undankbar verlassen und auf

---

<sup>160</sup> Pockels CF (1801) Charaktergemälde des Alters. Hannover.

<sup>161</sup> Vgl. hierzu Göckenjan G (2000) Das Alter würdigen. Altersbilder und Bedeutungswandel des Alters. Frankfurt/Main, S. 151.

<sup>162</sup> Junghann JG (1825) Das Greisenalter. Halberstadt, S. 151ff. .

das grausamste, und unverantwortlichste gemißhandelt werden? Trauriges Loos eines Greises!“<sup>163</sup> Diese Aussagen skizzieren Alter als „Kulminationspunkt der Leiden und Nöte“<sup>164</sup> und geben einen Einblick in die Versorgungsdefizite kranker alter Menschen. Vergleicht man diese Darstellung mit der pflegerischen Betreuung von Kant in seiner Demenz, dann wird klar, wie weit die Wirklichkeiten auseinander lagen zwischen den gesellschaftlichen Schichten.

Simone de Beauvoir weist darauf hin, dass das Interesse an den Lebensverhältnissen armer alter Menschen in den bürgerlichen und aristokratischen Schichten nur marginal vorhanden war, dennoch, so die Autorin, entstand im ausgehenden 18. Jahrhundert ein neues Thema auf den Bühnen und in der Literatur, das des ergebenen alten Dieners.<sup>165</sup> Stücke wie „Menschenhass und Reue“ von Kotzebue oder „Der erlauchte Blinde“ von Caignez thematisieren den treuen alten Diener, der bis zu seinem Tod eine tiefe und aufopferungsvolle Loyalität zeigt. Auch bei den Gebrüdern Grimm findet sich das Thema wieder, wie es das Märchen vom getreuen Johannes belegt. Diese Form der Treue lässt jedoch auch eine andere Lesart zu, die einer fehlenden ökonomischen Absicherung außerhalb des Dienstverhältnisses. Da das Dienstpersonal in der Regel unverheiratet blieb, gab es auch keinen familiären Hintergrund, der diese Menschen im hohen Alter auffangen konnte. Für Frauen waren die Verhältnisse oft noch dramatischer, da sie zudem gegen das negative Bild der alten Jungfer ankämpfen mussten. Aber auch verheiratete Frauen waren konfrontiert mit der Bedrohung durch Armut und soziale Isolierung nach dem Tod ihrer Ehemänner. Deswegen waren alte Witwen oft genötigt in hohem Alter wieder zu heiraten, um zukünftig nicht vollends in die Armut abzurutschen. In bürgerlichen Familien, wo die Frauen sozial abgesicherter waren, entstand im ausgehenden 18. Jahrhundert ein Nährboden für eine neue positive Rolle der Frau im Alter, die der Großmutter.<sup>166</sup> Das Konzept der Großmutter entwickelt sich zwar erst im Verlauf des 19.

---

<sup>163</sup> Nietzsche FAL (1789) Über Vorzüge, Beschwerden und Trost im Alter. Leipzig, S. 30.

<sup>164</sup> Göckenjan G (1993) Das hohe Alter in theologischen Texten. In: Conrad C; Kondratowitz HJ von (Hrsg.) Zur Kulturgeschichte des Alterns. Toward a Cultural History of Aging. Berlin, S. 115.

<sup>165</sup> Beauvoir S de (2008) Das Alter. (4. Aufl.) Hamburg, S. 241.

<sup>166</sup> Göckenjan G (2000) Das Alter würdigen. Altersbilder und Bedeutungswandel des Alters. Frankfurt/Main, S. 199.

Jahrhunderts, die Wurzeln lassen sich aber bereits in vielen Märchen der Romantik finden.

Insgesamt hat sich die Situation der alten Menschen in der Romantik stark verbessert, erfährt aber in Abgrenzung zur Aufklärung eine leichte Relativierung. Die Verklärung der Jugend stärkt auch ihr Selbstbewusstsein, das Alter kritisieren zu dürfen. Eine Kritik, die jedoch nicht zurückfällt in mittelalterliche Verhältnisse, sondern die vielmehr einen neuen Generationenvertrag herausfordert. Die besondere Problematik einer historischen Analyse der sozialen Situation alter Menschen besteht darin, immer auch eine Parallelität denken zu müssen und Veränderungen als zukunftsweisend zu interpretieren, wenngleich nicht unbedingt die Realität der gesamten Bevölkerung widerspiegelt wird. So gab es in einigen Berufsständen, beispielsweise bei den Beamten und Pfarrern, Pensionskassen und zum Teil auch Witwenversorgung, gleichzeitig war die Situation für arme Bauern so erbärmlich wie im Jahrhundert zuvor. Thomas Sokoll hat diese Armut im Alter anhand englischer Armenbriefe analysiert und die prekäre Situation beschrieben. Paradigmatisch kann der folgende Brief verstanden werden, in dem eine betagte Dame auf ihre Not aufmerksam macht:

„Honnerd Genteelmen I Susannah Halls am very Sorrey to Troubel you with this as I sent before And once troubeled the Church warden to write to you to say I am still living But have had no answer to either I was Afraid they miscarried Genteelmen you can not Think how bad I have wanted my Weekly alowence I have been very bad in Deed not abel to keep up and am so now Genteelmen had I got my alowen now Hear I Can Truly say not one Farhing is mine I have Got in Det think Gentelman on my Age is very Grate I think I am 88years old I think I Shall not Trouble you much longer I am so very feable but Gods will be done I Must wate my appointed time let It be Long or S(h)ort Genteelmen I receved my last alowence very Saft up to February 5<sup>th</sup> 1824 and I do return you all my sincer Thanks for all your kindness to me a poor helpless Creature I hope Genteelmen you will be So kind as to write as Soon as posebl you Can you (K)kow not how Much I wante it Tho ists not in my power to reward you Genteelmen I sincerely beg of God to return it to you Ten fould I

remaine your poor humble parishner Susannah Halls.”<sup>167</sup>

Dieser Brief ist der Auftakt einer Korrespondenz zwischen Susannah Halls und dem Armenpfleger, in deren Verlauf sie schildert, wie sehr sich ihre Lage finanziell und pflegerisch verschlechtert.<sup>168</sup> Über diese Korrespondenz erfahren wir auch etwas über die defizitären pflegerischen Angebote für arme alte Menschen, die sehr wohl ein unübersehbarer Bestandteil des Alltags gewesen sein müssen. Sicherlich offenbart die Untersuchung von Sokoll primär die englischen Gegebenheiten zu Beginn des 19. Jahrhunderts, aber mit gebotener Vorsicht lässt sich die Analyse auch auf den deutschen Sprachraum übertragen. Nicht selten übernahmen alte Menschen selbst die pflegerische Betreuung von kranken alten Verwandten oder Nachbarn.<sup>169</sup> Kant wurde u.a. in seinen letzten Lebensjahren von seiner betagten Schwester betreut und gepflegt. Grundsätzlich aber standen alte Menschen mit Pflegebedarf am Rande der Gesellschaft und nur in wenigen privilegierten Haushalten war die Versorgung sichergestellt.

Den größten Respekt zogen sich gesunde alte Menschen mit jugendlicher Vitalität zu, so dass die Beschäftigung mit dem Alter in der Romantik dominiert war von einer Ratgeber-Literatur mit Hinweisen, wie man im Alter gesund und kräftig bleiben konnte. 1816 erschien von Gottfried Immanuel Wenzel das Buch „Die Kunst gesund, jugendlich, stark und schön in allen Lebensaltern zu bleiben“. „Ist es möglich,“ so fragt sich Wenzel „Gesundheit, Jugendkraft und Schönheit mit hinüber ins höhere Alter zu nehmen?“<sup>170</sup>. Bei dem Versuch, die Frage positiv zu beantworten, stellt er eine Analogie zur Natur her und fordert den Leser auf: „Betrachtet die ehrwürdige Eiche, die tausend und mehren Jahre zählt, Zeugin der Vorwelt ist, und doch noch jugendliche Blätter treibt, indeß ich Stamm ein Silbermnooß, das Zeichen ihres

---

<sup>167</sup> Essex Record Office, Chelmsford, D/P 94/18/1, Chelmsford overseers' correspondence. Entnommen aus: Conrad C; Kondratowitz, HJ von (Hrsg.) (1993) Zur Kulturgeschichte des Alterns. Toward a Cultural History of Aging. Berlin, S. 39.

<sup>168</sup> Sokoll T (1993) Armut im Alter im Spiegel englischer Armenbriefe des ausgehenden 18. und frühen 19. Jahrhunderts. In: Conrad C; Kondratowitz, HJ von (Hrsg.) Zur Kulturgeschichte des Alterns. Toward a Cultural History of Aging. Berlin, S. 55.

<sup>169</sup> Vgl. Thane P (1993) Old Age in English History. In: Conrad C; Kondratowitz, HJ von (Hrsg.) Zur Kulturgeschichte des Alterns. Toward a Cultural History of Aging. Berlin, S. 24.

<sup>170</sup> Wenzel GI (1816) Die Kunst gesund, jugendlich, stark und schön in allen Lebensaltern zu bleiben. (3. Aufl.) Wien, S. 6.



hohen Alters trägt.<sup>171</sup> Wenzel beschreibt dann Einzelbeispiele von jugendlich gebliebenen Alten: „Ich selbst kannte mehrere Männer und Frauen, die bis in ihr spätestes Alter körperliche Schönheit, Geisteskraft und Aufgewecktheit, jugendliche Leichtigkeit und eine liebenswürdige Lebhaftigkeit in ihrem ganzen Thun beibehalten hatten.“<sup>172</sup> Aber auch vor dem Mythos des Jungbrunnes macht er nicht Halt und berichtet über wundersame Verjüngungsprozesse. „Sein Glatzkopf trieb neue, nicht graue Haare [...] ihm wuchsen neue Zähne [...]. Sein mürrisches Wesen hatte sich in scherzende Laune verwandelt. Sein Gedächtnis war so vollkommen geworden, daß er Stellen aus Dichtern wörtlich behielt, die ich ihm nur einmal vorgelesen hatte.“<sup>173</sup> Leitfaden des gesamten Denkens scheint eine gewisse hedonistische Grundhaltung für alle Lebensalter zu sein, wie sie im folgenden Gedicht von ihm zum Ausdruck kommt:

„Vom Schooße der Natur ließ Gott  
Uns eine Rose steigen  
Sie duftet selig rein und süß  
Dem Armen wie dem Reichen.  
Sie knospet in der Kindheit Tagen  
Blüht auf dem Jüngling, blüht dem Mann.  
Stillt selbst des höchsten Alters Klagen  
Vom Mißmut heilet sie und auch vom falschen Wahn.  
  
Sie schützt den Fürsten ihre Freuden  
Sie wischt des Bettler Thränen ab,  
Sie lindert jedes Erdenleiden  
Verschönert selbst das öde Grab.“<sup>174</sup>

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Sicht auf das Alter in der Romantik eine neue Färbung bekam und das Interesse sich vom primär moralisch-theologischen Standpunkt zu einem wissenschaftlichen Ansatz wandelte. Damit wurden auch die Grundzüge einer modernen Geriatrie und Gerontopsychiatrie gelegt und dies bildet einen wichtigen Baustein im frühen Konzept eines medizinischen Umgangs mit dementiellen Symptomen zu Beginn des 19. Jahrhunderts.

---

<sup>171</sup> Ebd., S. 7.

<sup>172</sup> Ebd., S. 16.

<sup>173</sup> Ebd., S. 28.

<sup>174</sup> Ebd., S. 2.

## 04 . Medizin der Romantik

Die Entstehung der modernen Psychiatrie wird von vielen Autoren dem romantischen Zeitalter zugeordnet.<sup>175</sup> Eingebettet ist diese Bewegung in eine besondere Richtung der Medizin in der Romantik. Über Jahre hinweg wurde in der Literatur der Eindruck vermittelt, die Mediziner der Romantik verfolgten ein einheitliches Konzept. Diese Vorstellung ist im 19. Jahrhundert selbst geprägt worden und beabsichtigte u.a. die Abgrenzung der romantischen Idee von den naturwissenschaftlichen Betrachtungen. Begriffliche Zuordnungen haben diesem Denken entsprechend Rechnung getragen. Der von Ricarda Huch geprägte Begriff der „romantischen Medizin“ implizierte über Jahre eine einheitliche Richtung der Medizin in der Romantik. Darüber hinaus wurde den romantischen Mediziner eine fast weltfremde Haltung unterstellt.<sup>176</sup>

Seit einigen Jahren werden die verschiedenen medizinischen Ansätze in der Literatur nun differenzierter beschrieben und die vormals als idealistische Ideen angesehenen Theorien als notwendig erachtet für die empirische Medizin. Dennoch hält sich bis heute das Bild von der realitätsfernen Medizin, das im Gegensatz zur naturwissenschaftlichen Medizin des 19. Jahrhunderts stand und mehr als künstlerische denn als wissenschaftliche Bereicherung angesehen wurde. Ackerknecht schreibt noch 1977 in seiner Geschichte der Medizin: „Im ganzen gesehen stand die deutsche Medizin aber während der ersten Jahrzehnte des 19. Jahrhunderts ganz unter dem Zauber der romantischen Naturphilosophie. Während sich die englische und französische Medizin durch nüchterne Beobachtung weiterentwickelte, ergingen sich die deutschen Ärzte unter Führung des Philosophen F. Schelling in ausgedehnten Spekulationen über das Wesen von Leben und Krankheit, über Polaritäten und über die paracelsischen Analogien zwischen Makrokosmos und

---

<sup>175</sup> Vgl. hierzu u.a. Dörner K (1969) Bürger und Irre; Ellenberger HF (1970) The Discovery of Unconscious: The History and Evolution Of Dynamic Psychiatry; Hoffmann MC (1974) Die Psychotherapie schizophrener Erkrankter. Behandlungsmethoden und psychodynamische Interpretation seit Beginn des 19. Jahrhunderts.; D' Alessandro AJ (1984) The Romantics and their contributions to psychiatry. In: Psychiatric Quarterly 56; Marquard O (1987) Transzendentaler Idealismus - Romantische Naturphilosophie - Psychoanalyse.

<sup>176</sup> Huch RO (1912) Die Romantik. Bd. 2: Ausbreitung und Verfall der Romantik. (3. Aufl.) Leipzig, S. 264-295.

Mikrokosmos.“<sup>177</sup>

Diese Einschätzung erfährt ebenso im 21. Jahrhundert ihre Fortsetzung. Die 2002 veröffentlichte Analyse von Helga Winter zum Frühwerk Heinrich Manns steht geradezu beispielhaft für diese immer noch vorhandene Geisteshaltung: „Im Zeichen einer Umwertung der Auffassung von Krankheit im Umkreis der Literatur der *Décadence* ergeben sich Beziehungen zwischen Kunst und Krankheit von einem Verständnis von Krankheit aus, das mehr mit dem der ‚Medizin der Romantik‘ der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts als mit dem der wissenschaftlichen Medizin des ausgehenden 19. Jahrhunderts zu tun hat.“<sup>178</sup> Die Vorstellung von einer einheitlichen romantischen Auffassung über Medizin hat sich aber bereits im 19. Jahrhundert herausgebildet. Hans Sohni weist darauf hin: „Im 19. Jahrhundert sprach man dagegen von der ‚Naturphilosophischen Schule‘ oder von der ‚Naturphilosophischen Medizin‘ – Termini, die von vielen Autoren mit widersprüchlichen Bedeutungen auch weiterhin ausschließlich, neben oder synonym mit dem Ausdruck ‚Romantische Medizin‘ verwendet wurden. Dieses Verhältnis spiegelt nichts Geringeres als die wissenschaftliche Gesamtsituation des späteren 19. und des frühen 20. Jahrhunderts: so lange die strenge Trennung in Geistes- und Naturwissenschaft gepflegt wurde, konnte eine beide Seiten fordernde geistige Richtung wie die ‚Romantische Medizin‘ auf keine adäquate Untersuchung hoffen.“<sup>179</sup> Damit wurden bereits im frühen 19. Jahrhundert die Bausteine gelegt für eine Legende. Die Entwicklung der Naturwissenschaftlichen Medizin wurde nicht mehr in einem historischen Kontext betrachtet, vielmehr galt diese Richtung als eine völlige Neuerfindung. Man wird geradezu erinnert an die italienische Renaissance, die mit einer vergleichbaren Abgrenzung und Verdammung des Mittelalters sich neu zu erfinden versuchte.

Wir finden denn auch bei Hans Sohni einen ersten Versuch einer Umwertung. Aufbauend auf der Philosophie Gadammers fordert er von der Medizin, sich zu öffnen für einen umfassenden anthropologischen Ansatz und erkennt in der romantischen Bewegung einen ersten Lösungsweg. Auch Sohni

---

<sup>177</sup> Ackerknecht EH (1992) *Geschichte der Medizin*. (7. Aufl.) Stuttgart. S. 109.

<sup>178</sup> Winter H (2002) *Naturwissenschaft und Ästhetik: Untersuchungen zum Frühwerk Heinrich Manns*. Würzburg, S. 84.

<sup>179</sup> Sohni H (1973) *Die Medizin der Frühromantik. Novalis Bedeutung für den Versuch einer Umwertung der „Romantischen Medizin“*. Freiburg, S. 13.

geht noch von einer einheitlichen romantischen Bewegung aus, versucht aber den seit dem 19. Jahrhundert vorhandenen Gegensatz zur empirischen Medizin dahingehend aufzulösen, dass er einen ganzheitlichen Ansatz wählt. Aus dieser analytischen Richtung kommend vergleicht er Gegenwart und Romantik wie folgt: „Zweifellos ist die gesamte Situation, sind Beweggründe, Beziehungsnetz, Ziele und methodischer Weg heute ganz andere, und doch schafft der Phänomenzwang der Medizin auch wieder eine Nähe zu jener Epoche. Dies kann an folgenden Gegenüberstellungen exemplifiziert werden: Da ist zunächst das in der gegenwärtigen Anthropologie wie in der Romantischen Medizin feststellbare Bemühen, das qualitativ verschiedenartige menschliche Wissen zu einem Gesamtbild vom Menschen zu integrieren.“<sup>180</sup>

Mit der Umwertung der romantischen Epoche für die moderne Medizin erfolgte in den letzten Jahrzehnten auch eine differenziertere Betrachtung der unterschiedlichen Strömungen. Die verschiedenen Ansätze werden nicht mehr zu einer Einheit zusammengepresst. Das Vorurteil vom einheitlichen Bild wird demontiert und ebenso die pauschale Abgrenzung zur naturwissenschaftlichen Medizin aufgehoben.<sup>181</sup> Um diesen Vorurteilen besser begegnen zu können, schlägt Karl E. Rothschuh 1981 einen geeigneteren Begriff vor und spricht von der „Medizin der Romantik“<sup>182</sup>, ein Begriff, der eher die Vielfalt der romantischen Strömungen in der Medizin widerspiegelt. Damit wird Abschied genommen von der Vorstellung einer stilistischen oder geistigen Einheit. Dennoch haftet dieser Epoche trotz der unterschiedlichen Strömungen ein allgemeiner Eindruck von Geschlossenheit an, was zu gesonderter Betrachtung einlädt. Einige Autoren haben in den letzten Jahrzehnten deswegen damit angefangen, die verschiedenen Denkrichtungen nicht mehr zu einer Einheit zusammen zu führen, sondern vielmehr die Unterschiede hervorzuheben. Das „scheinbar einheitliche Bild“ wird als Vorurteil entlarvt und es wird ein stärkeres Verlangen erkennbar, das Zeitalter in seinen verschiedenen Facetten

---

<sup>180</sup> Sohni H (1973) Die Medizin der Frühromantik. Novalis Bedeutung für den Versuch einer Umwertung der „Romantischen Medizin“. Freiburg, S. 3.

<sup>181</sup> Vgl hierzu u.a. Risse GB (1976) „Philosophical“ Medicine in Nineteenth Century Germany: An Episode in the Relation between Philosophy and Medicine. In: Journal of Medicine and Philosophy 1, S. 72-92; Lohff B (1990) Die Suche nach der Wissenschaftlichkeit der Physiologie in der Zeit der Romantik. Ein Beitrag zur Erkenntnisphilosophie der Medizin. Stuttgart, S. IX.

<sup>182</sup> Rothschuh KE (1981) Deutsche Medizin im Zeitalter der Romantik. Vielheit statt Einheit. In: Hasler L (Hrsg.) Schelling. Seine Bedeutung für eine Philosophie der Natur und der Geschichte. Stuttgart-Bad Cannstatt, S. 148.

darzustellen.<sup>183</sup> Hervorgehoben wird die Komplexität der konkurrierenden Ansätze, die zum Teil sehr komplementär zueinander stehen, und man spricht von „rather complex efforts made around 1800“<sup>184</sup>.

Wie lässt sich nun eine Epoche beschreiben, die so unterschiedliche Strömungen aufweist und immer noch als ein geschlossenes Zeitalter wahrgenommen wird? In einigen Ansätzen wird der Versuch unternommen, die verschiedenen Tendenzen in vier Richtungen zu klassifizieren.<sup>185</sup> Die erste große Gruppe wird als die *naturphilosophische* Richtung beschrieben. Damit wird die besondere Nähe zu Schelling bereits erkennbar. In seinen Schriften definiert der Philosoph Krankheit als Disharmonie oder Disproportion der drei organischen Grundfunktionen Reproduktion, Irritabilität und Sensibilität.<sup>186</sup>

Als zweite große Gruppe wird die *eklektisch-traditionalistische* benannt. Ihre Vertreter werden der empirisch-rationalen Medizin zugeordnet. Diese Heilmethode orientierte sich an dem jeweiligen Einzelfall und man bediente sich aus einer Schatzkiste: Humoralpathologie, Homöopathie, Vitalismus und zum Teil, aber nur in Ansätzen, Aspekte des Brownianismus, wenn auch wesentliche Vertreter dieser Strömung sich gegen Brown positionierten. Es wurden herkömmliche und moderne Ansätze zusammengeführt und im Einzelfall individuelle Cocktails gebraut. An erster Stelle stand aber die Beobachtung am Krankenbett wie sich aus einer zeitgenössischen Schrift des Arztes C. C. Matthäi ableiten lässt: „Es ist Zeit, daß wir von dieser Theoriensucht auf den Weg zurückkommen, der zuerst und hauptsächlich von dem Arzte betreten werden sollte, auf dem allein die Medicin weitere Fortschritte machen kann und muß, den der einfachen Beobachtung.“<sup>187</sup>

Grundsätzlich standen die Anhänger dieser Strömung neuen Ansätzen sehr kritisch gegenüber. Auch den Einfluss der zeitgenössischen Philosophie ließen sie für die Medizin nicht gelten. Es herrschte in der Therapeutik ein primär

---

<sup>183</sup> Lohff B (1990) Die Suche nach der Wissenschaftlichkeit der Physiologie in der Zeit der Romantik. Ein Beitrag zur Erkenntnisphilosophie der Medizin. Stuttgart, S. IX.

<sup>184</sup> Risse GB (1976) „Philosophical“ Medicine in Nineteenth Century Germany: An Episode in the Relation between Philosophy and Medicine. In: Journal of Medicine and Philosophy 1, S. 72ff.

<sup>185</sup> Vgl. hierzu Rothschuh (1981), Gerabek (1995) und Wiesing (1995).

<sup>186</sup> Schelling FWJ (1927) Vorläufige Bezeichnung des Standpunktes der Medizin nach Grundsätzen der Naturphilosophie (1805). In: Werke, Bd. 4, S. 206.

<sup>187</sup> Matthäi CC (1800) Wann darf und soll der Arzt am Krankenbette die Bestimmungsgründe seines Handelns nach dem System wählen? Nebst einigen Beobachtungen über das Opium. In: Hufelands Journal 11,2, S. 57.

konservatives Verständnis vor, man bediente sich aber auch durchaus neuerer Ideen im Sinne eines leichten Modifizierens herkömmlicher Behandlungsmethoden. Wiesing fasst diese Gruppe wie folgt zusammen: „Einige vereinigende Merkmale kennzeichnen die empirisch-eklektische Richtung: Dem Einfluß der neuen Philosophie auf die Medizin mißtrauend, setzt sie auf traditionelle Lösungswege, zumal sie die Probleme der Medizin keineswegs so dramatisch einschätzt wie der Autor des Arkesilas-Artikels.“<sup>188</sup> Der Arkesilas-Artikel spielt für die Ausgangssituation zu Beginn des 19. Jahrhunderts eine wichtige Rolle<sup>189</sup> und wird an anderer Stelle noch gesondert thematisiert.

Der sehr umstrittene Artikel wurde in dem von Andreas Röschlaub herausgegebenen Magazin veröffentlicht. Röschlaub selbst war ein einflussreicher Arzt zu Beginn des 19. Jahrhunderts und gilt als Vertreter der dritten großen Strömung, der sog. *theoretisch pragmatischen* Schule. Diese Schule versuchte Verknüpfung zwischen philosophischer Deduktion und praktischer Induktion herzustellen. In dem Komplex spielt die Iatratechnik eine bedeutsame Rolle, als Erklärungsmuster für Heilungsvorgänge. Die iatromechanische Vorstellung entstand bereits im 17. Jahrhundert und hat bis in die Romantik hinein eine starke Wirkung ausgeübt. Besonders vor dem Hintergrund einer Geschichte der Demenz sind die iatrochemischen und iatrophysikalischen Prinzipien von Bedeutung. Die Hirnfunktionen wurden im Zusammenhang mit chemischen und physikalischen Prozessen gesehen und die Herabsetzung von Hirnfunktionen auf dieser Grundlage erklärt. Röschlaub hat diese Denkrichtung in seinen medizinischen Schriften wieder integriert. Ebenso steht das Verhältnis zwischen Röschlaub und Schelling charakteristisch für diese Strömung. Nelly Tsouyopoulos hebt die ersten Jahre der Frühromantik hervor, die von einem gegenseitigen Interesse geprägt waren: „Es gibt keinen Zweifel, daß das Zentrum des Interesses in Bamberg für Schelling Röschlaubs Persönlichkeit war. Die Einladung Röschlaubs und die Reise Schellings nach Bamberg war aber schon das Resultat der Begegnung

---

<sup>188</sup> Gerabek WE (1995) Friedrich Wilhelm Joseph Schelling und die Medizin der Romantik. Frankfurt/Main, S. 72.

<sup>189</sup> Wiesing U (1995) Kunst oder Wissenschaft? Konzeption der Medizin in der deutschen Romantik. Stuttgart-Bad Cannstatt, S. 61.

der beiden auf ihren geistigen Wegen und des dadurch entstandenen gegenseitigen Respekts und Vertrauens.<sup>190/</sup>

Die vierte und letzte große Gruppierung wird als die *anthropologische* Richtung umschrieben. In ihr finden wir die meisten Psychiater wieder, wie beispielsweise Johann Christian Heinroth, Karl Wilhelm Ideler und Christian Friedrich Nasse. Die Anhänger dieser Schule stellten den Menschen als beseeltes Wesen in den Mittelpunkt ihres medizinischen Ansatzes. „Traum, Somnambulismus und Wahnsinn übten ebenso wie andere psychiatrische Themen eine große Anziehungskraft auf die Anthropologen aus [...]“<sup>191</sup>, folgert Garabek und fügt hinzu, dass sie wissenschaftliche psychiatrische Zeitschriften gründeten und Forschungsanstrengungen auf dem Gebiet der Erfahrungsseelenkunde vornahmen.

Neben diesen vier Ansätzen existieren in der Literatur auch andere Kategorisierungen. Damit sind wir mit einem Problem konfrontiert, wie wir es auch aus der Stildiskussion in den Kulturwissenschaften kennen. Jede Stilbezeichnung löst sich bei einer näheren Betrachtung auf und verliert an Komplexität. Je differenzierter eine Epoche untersucht wird, umso mehr Widersprüche werden erkennbar, die im Gegensatz zu eindeutigen Ordnungsmustern stehen. Dennoch ist es hilfreich für eine historische Betrachtung, eine Systematik trotz bestehender Ungereimtheiten zu entwickeln. Gleich einem Bild, das sich bei intensiver näherer Betrachtung auflöst und erst in der Distanz sich wieder zusammensetzt, sind Klassifizierungen hilfreich, um die Konturen einer Epoche zu erkennen. Als Hilfsmittel ist diese Vorgehensweise aber auch immer eine Interpretation einer Zeit und lässt die Schwerpunkte des Autors erkennen. Bezogen auf die Medizin der Romantik haben die anderen Ansätze deshalb ihre Berechtigung und sind notwendig für eine bestimmte Blickrichtung des kulturellen Zusammenhangs.

Für Dietrich v. Engelhardt nimmt Kant eine wichtige Rolle ein, so dass er in seinem System die Kantianer als eigene Gruppe ausweist und als Gegenpol

---

<sup>190</sup> Tsouyopoulos N (1982) Andreas Röschlaub und die Romantische Medizin. Die philosophischen Grundlagen der modernen Medizin. Stuttgart, S. 163.

<sup>191</sup> Gerabek WE (1995) Friedrich Wilhelm Joseph Schelling und die Medizin der Romantik. Frankfurt/Main, S. 28.

dazu die Anhänger Schellings benennt.<sup>192</sup> Neben diesen beiden philosophischen Schulen werden die restlichen Mediziner entweder der empirisch-eklektischen oder der naturwissenschaftlich-empirischen Richtung zugeordnet. Thomas H. Broman setzt dem Modell der vier Richtungen 1987 ein Ordnungssystem mit drei Strömungen entgegen. Auch er kennt den naturphilosophischen Ansatz und die traditionalistisch-pragmatische Richtung, fasst aber den gesamten Rest zusammen und bezeichnet diese Vertreter als Brownianer.<sup>193</sup> Alle Ansätze zeigen große Überschneidung und setzen nur unterschiedliche Akzente in der Bewertung der Rezeption einzelner Autoren. Vor diesem Hintergrund lässt sich vorzüglich streiten über Zuordnungen und Klassifizierungen. Alle Ansätze eint aber die Annahme eines kulturellen Zusammenhangs. Als Versuch einer These von der Übereinstimmung und gegenseitigen Erhellung der Künste schreibt Rudolf Zeitler: „Obwohl sich ein selbstverständlicher, gleichsam automatischer Zusammenhang zwischen den einzelnen Künsten einer Epoche nicht voraussetzen läßt, gibt es natürlich ein gemeinsames kulturelles Klima; es gibt manche Übereinstimmung der Meinung und Wertungen, und es gibt auch einen in verschiedenen Medien sich äußernden Zeitgeist. Dieses Gemeinsame muß von Fall zu Fall nachgewiesen werden.“<sup>194</sup>

Diesen gemeinsamen Zeitgeist gilt es auch für die Medizin der Romantik zu ergründen. Den Ausweg finden wir nicht am Ende, also bei den Lösungstheorien, sondern am Anfang: bei der gemeinsamen Fragestellung. Der große gemeinsame Nenner liegt in der Ausgangslage der Mediziner um 1800. Das 18. Jahrhundert war geprägt von wichtigen Erkenntnissen im Bereich der Physiologie. Die Grundlagenforschung Albrecht von Hallers steht für diese Entwicklung. Urs Boschung weist darauf hin: „In aller Deutlichkeit vertritt er [Haller] die Überzeugung, daß die Grundlage für das Verständnis aller Lebensvorgänge die Anatomie sei. Der Bau des Körpers und seiner Teile bestimmt die äußeren und inneren Bewegungen des lebenden Organismus nach mechanischen Gesetzen; ihnen hat auch die Lehre von den Krankheiten und deren Behandlung zu folgen; ohne diese sichere Basis artet sie leicht in eitle

---

<sup>192</sup> Engelhardt D von (1976) Hegel und die Chemie. Wiesbaden.

<sup>193</sup> Broman TH (1996) The Transformation of Academic Medicin in Germany. New York, S. 73ff..

<sup>194</sup> Zeitler R (1990) Das unbekannte Jahrhundert. In: ders. (Hrsg.) Propyläen Kunstgeschichte 11. Frankfurt/Main, S. 24.



Spekulationen aus, wie der Fall des sogenannten neuen Speichelgangs von Coschwitz gezeigt hatte.“<sup>195</sup>

Diesen neuen Erkenntnissen, besonders im Bereich der Physiologie, standen veraltete und überkommene Behandlungsmethoden gegenüber. Die Suche nach dem richtigen therapeutischen Ansatz vereint alle Mediziner in der Romantik. Es wurde eine unhaltbare Diskrepanz zwischen modernen Untersuchungsergebnissen auf der einen Seite und mangelhaften Erkenntnissen in Behandlungsstrategien auf der anderen Seite wahrgenommen. Systematische, wissenschaftlich fundierte Untersuchungen über Therapieerfolge gab es nicht. Die Welt des behandelnden Arztes bestand durchaus noch aus mittelalterlichen Gedankengängen, wie beispielsweise der Humoralpathologie. In diesem Zusammenhang weist Urban Wiesing daraufhin: „Die Fragestellung verweist zwangsläufig auf die Herausforderungen, die die Medizin Ende des 18. Jahrhunderts akzeptierte und auf die sie Antworten suchte: alle Richtungen waren bestrebt, das theoretische Fundament der Medizin zu verbessern. Man wollte die im Laufe des 18. Jahrhunderts erlangten Kenntnisse in der Physiologie in die Therapie umsetzen, die immer noch nach alten humoralpathologischen Grundsätzen praktiziert wurde und Gewißheit vermissen ließ.“<sup>196</sup>

Auf dieser Grundlage wurden nun verschiedene Theorien entwickelt, um in der Therapeutik einen systematischen Ansatz zu erlangen. Hier liegt auch die Bedeutsamkeit der verschiedenen Richtungen. Sie haben zwar nicht durch ihre Ergebnisse zur Medizingeschichte beigetragen, sondern durch eine neue Fragestellung, die den späteren naturwissenschaftlichen Weg erst ermöglichte. Diese Herangehensweise ist auch für die Psychiatrie vonnöten. Mit der Entwicklung neuer Fragen und der Hinwendung zu einer beschreibenden Beobachtung am Krankenbett war die Tür geöffnet für neue Erkenntnisse. Für eine Analyse dementieller Konzepte um 1800 gilt es diejenigen Fragestellungen herauszuarbeiten, die für die Gerontopsychiatrie von Belang sein könnten. Kernbegriffe wie Alter, Vergesslichkeit, Orientierungslosigkeit

---

<sup>195</sup> Boschung U (1996) Neurophysiologische Grundlagenforschung. „Irritabilität“ und „Sensibilität“ bei Albrecht von Haller. In: Schott H (Hrsg.) Meilensteine der Medizin. Dortmund, S. 244.

<sup>196</sup> Wiesing U (1995) Kunst oder Wissenschaft? Konzeption der Medizin in der deutschen Romantik. Stuttgart-Bad Cannstatt, S. 34.

und Persönlichkeitsveränderung müssen in den verschiedenen Richtungen herausgearbeitet werden. Aber auch für diese Kernbegriffe gilt die Ausgangssituation um 1800.

1795 erschien von einem anonymen Autor geschrieben im „Neuen Teutschen Merkur“ der Artikel „Arkesilas an Ekdemus“. Lange Zeit wurde dieser Beitrag in der Medizingeschichte wenig beachtet, aber seit wenigen Jahren begreifen einige Autoren diesen Artikel als sehr bedeutsam in der Diskussion über die Medizin in der deutschen Romantik.<sup>197</sup> Der anonyme Autor outete sich erst Jahre später: Johann Benjamin Erhard gab sich als Verantwortlicher zu erkennen. Der Artikel stellt einen fiktiven Brief von Arkesilas an Ekdemus dar. Beklagt wird der Zustand der Medizin im ausgehenden 18. Jahrhundert. So beginnt der Brief mit folgenden Zeilen: „Lieber Ekdemus, du glaubst in dem Studium der Medizin Trost zu finden, nachdem ich dir die Schwächen der Philosophie gezeigt habe. Sie ist, glaubst du, auf Erfahrung gegründet, leistet der Menschheit vielen Nutzen, und gewährt ihrem Besitzer Ehre und Reichtum. – Von diesen Vortheilen sind nur die letzten wirklich, die übrigen sind in deiner Einbildung; und wenn ich dir dies werde erwiesen haben, so habe ich zu deinem Herzen das Zutrauen, daß du auch die Ehre, die sich bloß auf Unwissenheit des großen Haufens gründet, nicht mehr schätzen wirst. Es bleibt der Medicin also nichts vor der Philosophie übrig, als daß sie öfter reich macht. Diesen Vortheil haben aber Wucher und Betrug mit ihr gemein.“<sup>198</sup>

Mit diesem ironischen Angriff beginnt eine Schmähchrift über den beklagenswerten Zustand der Medizin. Am Anfang formuliert der Autor Kritik an dem fehlenden Krankheitsbegriff. Der Medizin, so der Vorwurf, fehle jede Vorstellung vom kranken Menschen und von der Krankheit selbst. So heißt es in dem Artikel: „Alle Ausdrücke, deren man sich bedient um eine Krankheit zu beschreiben, bestimmen ein Gefühl, oder etwas das äußerlich in die Sinne fällt, aber keinen inneren Zustand des Körpers.“<sup>199</sup> Aus diesem Mangel heraus sei der Arzt nicht in der Lage zu erkennen, welche Bedeutung einzelne Symptome haben. Es werde kein Unterschied gemacht zwischen den

---

<sup>197</sup> Vgl. hierzu u.a. Broman (1996); Lammel (1991) Zur Funktion nosologischer Konzepte bei der Herausbildung pathologischen Denkens in der naturphilosophisch orientierten Medizin um 1800. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 85; Wiesing (1995).

<sup>198</sup> Anonymus (1795) (Johann Benjamin Erhard) Ueber die Medicin. Arkesilas an Ekdemus. In: Der neue Teutsche Merkur 2, S. 337.

<sup>199</sup> Ebd., S. 339.

Krankheitssymptomen und der Krankheit selbst. So ironisiert der Autor die Situation für Arzt und Patient: „Wenn du die Anleitungen, Kranke zu examinieren durchgehst, so findest du, daß sich der Arzt nicht damit begnügen soll, zu wissen was dem Kranken fehlt: sondern er soll ihm, ganz nach Art eines peinlichen Verhörs, alle seine vorherigen Krankheiten und seinen genauen Lebenswandel abfragen, und daraus soll die wahre Natur der Krankheit, dann das Indicans und durch dieses die Indication herausbringen.“<sup>200</sup> Dieses Zeichen der Krankheit, das Indicans, spielt für die Behandlung eine wichtige Rolle, lässt aber notwendige Gewissheit vermissen. Aber dem Arzt fehlen nicht nur sichere Kenntnisse über die Krankheit sondern auch über die therapeutischen Maßnahmen selber. Dabei kritisiert der Autor vor allem das fehlende Bewusstsein für diesen Mangel an Erkenntnissen. Die Ärzte wiegten sich in einer Sicherheit und Selbstverständlichkeit, die nicht vorhanden sei und keiner wirklichen kritischen Prüfung standhalten könnte. „Man sieht leicht ein, daß diese Methode vorzüglich daraus entsteht, daß weder der Kranke noch der Arzt wissen, was ihnen eigentlich fehlt.“<sup>201</sup>

Weder über die Krankheit noch über den Heilungsprozess, geschweige denn über die Behandlung selbst bestehen ausreichende Gewissheiten. So verfügt die Medizin zwar über reichhaltige Arzneimittel, deren Wirkung sie aber in keiner empirischen Studie belegt habe. Erhard drückt dieses Defizit anhand des folgenden Beispiels aus: „Über die Wirkung der Ausleerungsmittel hat man zwar ziemlich hinlängliche Erfahrungen; aber die verschiedenen Methoden berühmter Ärzte, wo der eine z.B. oft überzeugt ist, seinen Patienten durch ein Brechmittel gerettet zu haben, während der andere im gleichen Falle behauptet, daß ein Brechmittel den Patienten getödtet haben würde, beweisen, wie schwankend die Erfahrungen über den Nutzen der Ausleerungen sind.“<sup>202</sup> Warum und wie ein Medikament wirkt kann keiner gesichert beantworten und es gibt keine wirklichen Erkenntnisse über die Auswirkungen der Pharmakologie. Erhard legt den Medizinern nahe, den Erfahrungsbegriff differenzierter zu betrachten und strengere Regeln festzulegen, um besser zwischen Kausalität und Korrelation unterscheiden zu können.

---

<sup>200</sup> Ebd., S. 345.

<sup>201</sup> Ebd., S. 346.

<sup>202</sup> Ebd., S. 359.

Hinter all diesen Vorwürfen und Forderungen könnte man vermuten, Erhard stünde eindeutig für die Richtung, die Medizin als Wissenschaft zu betrachten und weniger als Kunst. In dem Artikel wird die Frage aber nicht wirklich beantwortet. Urban Wiesing zieht folgende Schlussfolgerung: „Gemäß der kritischen Ausrichtung des gesamten Artikels ist ihm vor allem daran gelegen, die trügerischen Berufungen auf den Status einer Kunst bloßzustellen. Der Titel ‚Kunst‘ kann fundamentale Versäumnisse und Unklarheiten kaschieren, zum Vorteil des Verfechters, zum Nachteil des Patienten. Auch der Verweis auf das Genie unterliegt dieser Gefahr: Er schmückt den Arzt und verschleiert systematische Probleme.“<sup>203</sup>

Der Artikel von Erhard schildet mit ironischen und zugespitzten Worten Anspruch und Wirklichkeit der Medizin im Zeitalter der Romantik. Wie sehr ein wunder Punkt getroffen wurde, ist an den Reaktionen darauf ablesbar. Es geht weniger um die Zustimmung als vielmehr um die Vehemenz der Entgegnungen. Insgesamt wurde eine Welle des Protests ausgelöst, die es jedoch kaum schaffte, inhaltlich zu entgegnen. „Sie protestierten heftigst“, so Wiesing, „gegen Ton und Ort der Publikation und gegen die Verletzung der Standesehre; die aufgeworfenen Fragen könnten nur Ärzte beantworten, und deshalb gehöre der Artikel in eine Fachzeitschrift und nicht vor das breite Publikum.“<sup>204</sup> Einer der prominentesten Gegner war Hufeland. Der Mediziner Christoph Wilhelm Hufeland zählte zu den eklektisch-traditionalistischen Medizinern und verteidigte die praktische Erfahrung in der Medizin. Sein Angriff auf den Artikel lässt jedoch nicht die Gewissheit zu, dass er ihn tatsächlich gelesen hat, geschweige denn verstanden. Hufelands Kritik kratzt zur großen Enttäuschung wie die der meisten Autoren nur an der Oberfläche, so dass Broman zu der Schlussfolgerung kommt: „Hufeland seemed not to have read Erhard’s criticisms, or if he had, not to have understood them.“<sup>205</sup>

Ein weiterer Kritiker des Artikels war Joseph Adalbert Mathy<sup>206</sup>. In der Medizingeschichte ist Mathy primär bekannt durch seine Publikation

---

<sup>203</sup> Wiesing U (1995) Kunst oder Wissenschaft. Konzeption der Medizin in der deutschen Romantik. Stuttgart, S. 61.

<sup>204</sup> Ebd., S. 63.

<sup>205</sup> Broman TH (1996) The Transformation of Academic Medicine in Germany 1780-1820. New York, S. 176.

<sup>206</sup> Wiesing U (1995) Kunst oder Wissenschaft. Konzeption der Medizin in der deutschen Romantik. Stuttgart, S. 65.

„Anleitung für Kranke, die ihrer Genesung entgegen stehenden Hindernisse zu beseitigen“, die in Breslau 1811 erschien. Seine Antwort auf Erhard war ein kleines Buch mit teilweise sehr absurden Argumentationssträngen<sup>207</sup>. Darin kommt er zu dem Schluss, die Medizin sei sowohl Kunst als auch Wissenschaft. Die Heftigkeit der Ablehnungen kann jedoch nicht verschleiern, dass der Arkesilas-Artikel eine Diskussion um den Zustand der Medizin um 1800 ausgelöst hat. Johann Benjamin Erhard, der sich erst fünf Jahre nach dem Erscheinen als Verfasser zu erkennen gegeben hat, hat sich stets als ein Kantianer begriffen. Kant selbst stand in engem Kontakt zu ihm, hat aber eine persönliche Stellungnahme zu dem Artikel vermieden. In einem überlieferten Schreiben bezeichnet Kant den Mediziner Ehrhard als „[...] einen Mann, den ich unter allen, die unsere Gegend besuchten, mir am liebsten zum täglichen Umgang wünschte[...]“<sup>208</sup>. Wenn Kant sich auch nicht unmittelbar auf Erhardts Veröffentlichung eingelassen hat, so streift der Philosoph im Streit der Fakultäten dieselbe Thematik.

Insgesamt war die Romantik von Aufbruch geprägt. Man hat sich nicht mehr mit Antworten früherer Generationen zufrieden gegeben und mißtraute grundlegend überlieferten Erkenntnissen. „Die erneute radikale Infragestellung“, so folgert Wiesing, „und die Hoffnung, eine geeignete Antwort werde gelingen, begründet sich in der fundamentalen Unsicherheit am ausgehenden 18. Jahrhundert sowie aus der festen Überzeugung, mit der Kantischen Philosophie und dem Brownianismus über eine Basis zu verfügen, die eine Lösung der Probleme in greifbarer Nähe rücken läßt. Die Zeit scheint reif für eine Kopernikanische Wende zu sein.“<sup>209</sup>

Der Begriff „Medizin der Romantik“ entwickelt Gültigkeit für die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts und vereint eine Vielzahl heterogener Ansätze, die im kulturellen Bereich üblicherweise differenziert würden zwischen Klassik, Sturm und Drang, Romantik und Biedermeier. Deswegen vermag es nicht zu wundern, wenn im Kontext dieser Arbeit Namen erörtert werden, die in der gängigen Literatur nicht der Romantik, sondern anderen

---

<sup>207</sup> Mathy JA (1797) Ehrenrettung einer unschuldigen vor der Welt Verleumdeten. 8. Salzb. med.chir.Zeitung 1800. Danzig, S. 78.

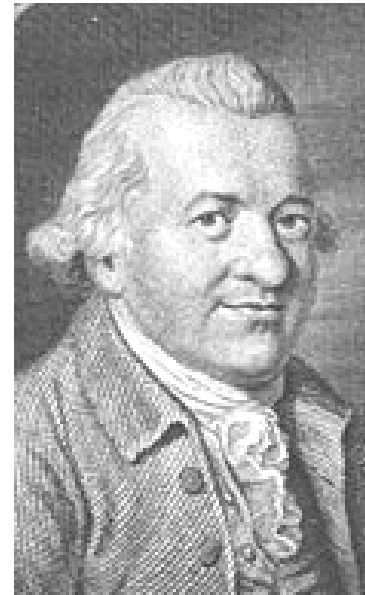
<sup>208</sup> Kant I (1922) Kants gesammelte Schriften. Akademieausgabe Berlin Bd. XI. Leipzig, S. 398.

<sup>209</sup> Wiesing U (1995) Kunst oder Wissenschaft. Konzeption der Medizin in der deutschen Romantik. Stuttgart, S. 119.

Epochenbezeichnungen zugeordnet werden. Trotz der Heterogenität verbindet alle die Intention, die bestehenden Verhältnisse verändern zu wollen und lässt die Jahre zu einem Zeitalter des Aufbruchs werden.

## 05 . John Brown

Eine Beschäftigung mit dem Krankheitskonzept Demenz in der Medizin der deutschen Romantik führt zwangsläufig auch zu dem Namen John Brown. Die Rezeption des aus Schottland stammenden Arztes lässt sich besonders unter den hiesigen Romantikern nachweisen. Von dem Mediziner und Naturphilosophen Andreas Röschlaub beispielsweise sind die Worte überliefert: „Sollte ein geistreicher Schriftsteller irgend berechtigt gewesen seyn, zu sagen, die drei größten Tendenzen unseres (d.h. des verlaufenen) Jahrhunderts) seyen die französische Revolution, Fichte’s Wissenschaftslehre und Wilhelm Meister; so hätte er, meinem Dafürhalten nach, wenigstens, als die vierte derselben, John Brown’s Elementa nennen sollen.“<sup>210</sup> Die Bedeutung der genannten „Elementa“ lässt sich unter medizinischen Gesichtspunkten heute kaum mehr nachvollziehen, es besteht vielmehr ihre historische Leistung darin, dass mit dieser Schrift innerhalb des ärztlichen Denkens ein Meinungsumschwung bewirkt wurde. Auch wenn das Konzept von Brown wenig zu neuen medizinischen Erkenntnissen beigetragen hat, verdient es Anerkennung durch das Wecken eines größeren Interesses an empirischer Beobachtung.<sup>211</sup>



**Abb. 2: John Brown**

John Brown’s Intention bestand darin, ein Naturgesetz zu finden, um damit Krankheit und Gesundheit von einer Theorie der Erregbarkeit heraus erklären sowie die gesamte Krankheitslehre auf ein einzelnes Grundprinzip hinunter deklinieren zu können.<sup>212</sup> Letztendlich war das Bestreben eingebettet in einem

---

<sup>210</sup> Röschlaub A (1807) John Brown’s Leben beschrieben von dessen Sohne Dr. William Cullen Brown. Frankfurt/Main, S. XX.

<sup>211</sup> Vgl. hierzu Schlesinger Jr. A (1980) Intellectual history: a time for despair. In: The Journal of American History 66/4.

<sup>212</sup> Schott H; Tölle R (Hrsg.) (2006) Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren - Irrwege - Behandlungsformen. München, S. 421f..

sich verändernden „ärztlichen Blick“<sup>213</sup>. Thomas Henkelmann diagnostiziert diese Phase: „Nach dieser Zeit wird der Puls nicht mehr gefühlt und charakterisiert, sondern in erster Linie gezählt. Die Körperwärme des Patienten wird nicht inspektorisch erfaßt oder ertastet, sondern gemessen.“<sup>214</sup> Brown versucht die Beobachtung des Körpers in den Mittelpunkt der medizinischen Diagnostik zu stellen. Darin liegt seine Leistung, wenn auch sein theoretisches Konzept als eine Einbahnstraße zu betrachten ist. Darüber hinaus fokussiert er den Blick auf ein neuro-physiologisches Erklärungsmodell und setzt so den Grundstein für eine neurologische Betrachtung der Krankheiten, die psychiatrischen Erkrankungen eingeschlossen.

Um Brown besser verstehen zu können, sollte man einige Aspekte seiner Biographie kennen. Er wurde 1735 in dem kleinen schottischen Ort Duns geboren und wuchs in ärmlichen Verhältnissen auf. Die familiäre Situation ermöglichte ihm anfänglich keine Schulbildung, so dass er zunächst eine Lehre als Weber abschloss. Dank einer puritanischen Stiftung konnte er danach jedoch eine höhere Schule besuchen, womit der Weg zur Hochschule gebahnt war und er sich schließlich 1757 an der Universität Edinburgh für Theologie immatrikulieren konnte. Wie sehr seine soziale Herkunft ihn prägte, beschreibt Günter Risse: „Während seines ganzen späteren Lebens zeigte Brown eine große Empfindlichkeit hinsichtlich seiner niedrigen sozialen Herkunft, und zum größten Teil müssen seine Feindseligkeit und sein nahezu paranoides Verhalten gegenüber dem Edinburgher Mediziner-Milieu wohl dieser Vergangenheit zugeschrieben werden. Statt sich einschüchtern zu lassen, machte sich Brown jedoch energisch daran, einen höheren Status der schottischen Gesellschaft zu erreichen. Dies brachte ihn wiederholt in Konflikt mit der herrschenden Klassenstruktur.“<sup>215</sup>

Bevor er sich jedoch der Medizin widmete, studierte er Theologie und musste sich einen Teil seines Studiums durch Nachhilfeunterricht in Latein verdienen. Es waren vor allem Medizinstudenten, die sich auf eine mündliche Prüfung in

---

<sup>213</sup> Foucault M (1973) Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. München, S. 103.

<sup>214</sup> Henkelmann T (1981) Zur Geschichte des pathophysiologischen Denkens. John Brown (1735-1788) und sein System der Medizin. Berlin, S. 3.

<sup>215</sup> Risse GB (1991) John Brown (1735-1788). In: Engelhardt D von; Hartmann F (Hrsg.) Klassiker der Medizin. Bd. 2, S. 25.



Latein vorbereiten mussten, bzw. ihre Dissertationen ins Lateinische übersetzen ließen. Damit war bei ihm Interesse und Neugier bezüglich der Medizin geweckt und ab 1759 besuchte er medizinische Vorlesungen.

Folgeschwer war die Begegnung mit William Cullen, der als Dozent für Chemie an der medizinischen Fakultät tätig war. Über die überlieferten „class lists of Dr. Cullen“ lässt sich eruieren, dass die erste Begegnung 1761 gewesen sein muss.<sup>216</sup> Cullen wurde sehr schnell aufmerksam auf Brown, förderte den neuen Medizinstudenten und es entwickelte sich über die Jahre sogar eine enge Freundschaft. Henkelmann charakterisiert diese Jahre: „Cullen hatte seinen Lieblingsschüler zum Repetitor seiner Vorlesungen gemacht und ihm zahlreiche Lateinschüler vermittelt. Brown hat die Zuneigung erwidert und drei seiner Kinder (geheiratet hat er 1765) nach Cullen benannt: William Cullen Brown seinen Erstgeborenen, und zwei Töchter Henry Cullen und Elisabeth Cullen.“<sup>217</sup> Obwohl Brown eine enge Beziehung zu den Cullens aufbaute, kam er jedoch nie über einen Status des Dieners hinaus.

Der Name Cullen spielt in der Psychatriegeschichte eine große Rolle. Um die Kontroverse zwischen Brown und Cullen besser einordnen zu können, ist wohl ein kleiner Exkurs über Cullen vonnöten. Dörner weist beispielsweise daraufhin, dass der Begriff „Neurose“ von Cullen selbst stammt. Die folgende Tabelle vermittelt einen Eindruck von der terminologischen Systematik des schottischen Mediziners. Bezogen auf eine dementielle Symptomatik verwendete er wie bei Kant den Begriff „Amentia“.

Cullen entwickelte auf Basis dieser Systematik die Theorie, dass dem Nervensystem eine Art Nervenkraft innewohnt, die für einen bestimmten Tonus des Körpers verantwortlich ist. Rolf Baer fasst die Theorie wie folgt zusammen: „Cullen nahm an, eine dem Nervensystem innewohnende ‚Nervenkraft‘ habe die Aufgabe, einen normalen, mittleren Tonus der festen Teile des Körpers zu erhalten. Ein Nervenfluidum bewirkt durch Tonusänderung, verschiedene Zustände des Gehirns mit der Folge verschiedener Krankheiten. Spasmus oder Atonie führten zu Manie oder

---

<sup>216</sup> Cullen WMD List of Dr. Cullens students at Edinburgh University in the Classes of Chemistry 1755-1765, Materia Medica C, and Clinical Medicine 1763. Edinburgh University Library. Da (class lists) Acc. 6473.

<sup>217</sup> Henkelmann T (1981) Zur Geschichte des pathologischen Denkens. John Brown (1735-1788) und sein System der Medizin. Berlin, S. 11.

Melancholie.<sup>218</sup>

| <b>Die Systematik CULLENs (1778)<sup>219</sup></b> |   |
|--|---|
| 1. Klasse: Fieberhafte Krankheiten (pyrexiae)      |   |
| 2. Klasse: Nervenkrankheiten (Nevroses)            |   |
| <b>1. Ordnung:</b> Schlafsuchtige Krankheiten      | <b>1. Gattung:</b> Schlagfluß oder Apoplexie (Comata)<br><b>2. Gattung:</b> Lähmung oder Paralysis  |
| <b>2. Ordnung:</b> Entkräftungen (Adynamiale)      | <b>1. Gattung:</b> Die Ohnmacht (Syncope)<br><b>2. Gattung:</b> Unverdaulichkeit (Dyspepsia)<br><b>3. Gattung:</b> Das hypochondrische Übel (Hypochondriasis)<br><b>4. Gattung:</b> Die Bleichsucht (Chlorosis) |
| <b>3. Ordnung:</b> Krampfartige Krankheiten        | <b>15 Gattungen:</b> Tetanus, Trismus, Convulsio (Spasmi) Epilepsie, Hysteria u.a.  |
| <b>4. Ordnung:</b> Gemüthskrankheiten (Vesaniae)   | <b>1. Gattung:</b> Dummheit (Amentia)<br><b>2. Gattung:</b> Melancholie<br><b>3. Gattung:</b> Raserey (Mania)<br><b>4. Gattung:</b> Der Traum (Somnium) Somnambulismus u.a.                                     |
| 3. Klasse: Cachexien                               |   |
| 4. Klasse: Topische Krankheiten oder Localübel     |   |

Dieser Systematik stellt Brown seine eigene Vorstellung entgegen. Geprägt von der Idee, das Grundprinzip des Lebens zu beschreiben, um dann sämtliche Krankheiten auf dieses Prinzip reduzieren zu können, entwickelt er eine Theorie der Reizlehre. Brown orientiert sich an dem Begriff „Reizbarkeit“ von Albrecht von Haller.<sup>220</sup> Der aus Bern stammende Arzt verwendete die Terminologie ausschließlich in Bezug auf die Muskulatur, als Erklärungsmuster für die Kontraktionsfähigkeit. Brown erweitert die Vorstellung der Reizbarkeit auf das gesamte Nervensystem und glaubt damit die Ursache alles Lebendigen gefunden zu haben. Daran knüpft er die Hypothese einer stofflichen Natur der Reizbarkeit. Schelling interpretiert diese Annahme von Brown: „Man sieht aus diesen, wie aus vielen anderen Stellen Browns, dass er an ein Substrat der Erregbarkeit gedacht hat.“<sup>221</sup>

Damit Reizbarkeit freigesetzt werden kann, bedarf es der Reize. Brown unterscheidet dabei zwischen inneren und äußeren Reizen, die die Funktion haben, physiologische Erregungen zu kontrollieren. Gesundheit orientiert sich aus diesem Verständnis heraus an ausgeglichener physiologischer Erregung.

<sup>218</sup> Ebd., S. 5.

<sup>219</sup> Baer R (1998) Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart, S. 5.

<sup>220</sup> Henkelmann T (1981) Zur Geschichte des pathologischen Denkens. John Brown (1735-1788) und sein System der Medizin. Berlin, S. 26.

<sup>221</sup> Schelling FWJ (1975) Schriften von 1794-1798. Darmstadt, S. 560.

Er gelangt zu folgender Definition: „Die allgemeinen Krankheiten, welche von übermäßiger Erregung herrühren, sollen sthenische, diejenigen, die aus mangelnder Erregung entspringen, asthenische genannt werden. Es giebt also zwei Hauptformen von Krankheiten [...]“<sup>222</sup>. Symptome konnten nun aufgegliedert und den jeweiligen Gattungen, ob sthenisch oder asthenisch, zugeordnet werden.

Die deutschen Romantiker saugten diese Begriffe geradezu in sich auf und erhoben sie zum Inbegriff eines Zeitgefühls. Bei Feuchtersleben findet sich folgende Stelle:

„Und unsere Zeit, die Zeit, welche vor allen des Arztes so sehr bedürfte, deren angemäße Vorzüge selbst zum Theile nichts als krankhafte Erregungen oder Ablagerungen sind, - deren Zerwürfnissen und Mängeln oft weit sicherer und gründlicher durch die Medicin, als durch tausend andere Mittel, die man vorschlägt, abzuhelfen wäre, - deren Ästhetik bereits ein Kapitel aus der Pathologie, deren Metaphysik längst eines aus der Psychiatrik geworden, - diese Zeit, von der sich der Arzt und Dichter zu sagen genöthigt fühlt: Was denn eigentlich unsers Jahrhunderts hemmender Fluch sey? Krankheit ist's - Asthenie! kräftige sich's - es gedeih!“<sup>223</sup>

Auch Novalis stimmt anfänglich ein in die euphorische Rezeption der Brownschen Lehre: „Brown ist der Arzt unserer Zeit. Die herrschende Konstitution ist die Zärtliche – die Asthenische. Das Heilsystem ist das natürliche Produkt der herrschenden Constitution - daher es sich mit dieser ändern muß.“<sup>224</sup> Später wird sich Novalis von Brown kritisch distanzieren.

Aus den sthenischen und asthenischen Zuständen lässt sich eine Skala der Erregung<sup>225</sup> ableiten, die jeweils verschiedenen Krankheiten zugeordnet werden können. Brown interpretiert diese Skala der Erregung wie folgt: „Da jede allgemeine Krankheit und jede Anlage zu Krankheiten in vermehrter und verminderter Erregung besteht, und in entgegengesetzten Zustand verfällt,

---

<sup>222</sup> Pfaff CH (1796) John Brown's System der Heilkunde. Kopenhagen, S. 33.

<sup>223</sup> Feuchtersleben E Frh. von (1839) Die Gewissheit und Würde der Heilkunst. Für das nicht ärztliche Publikum dargestellt. Wien, S. 19.

<sup>224</sup> Novalis (1968) Schriften. Die Werke Friedrich von Hardenbergs. Hrsg. Von Paul Kluckhohn und Richard Samuel. Band III. Darmstadt, S. 369.

<sup>225</sup> Entnommen aus Brown J (1796) Lehrbegriff der Brownischen Arzneilehre, von Brown selbst ohne seinen Namen herausgegeben. Wien, S. 165.

sobald diese umgeändert wird, so muß man zur Verhütung und Heilung der Krankheiten immer den gegebenen Rath befolgen: man muß reizen, oder schwächen, nicht müßig seyn, nicht auf Kräfte der Natur, welche ohne äußerliche Dinge nichts sind, vertrauen. <sup>226</sup>

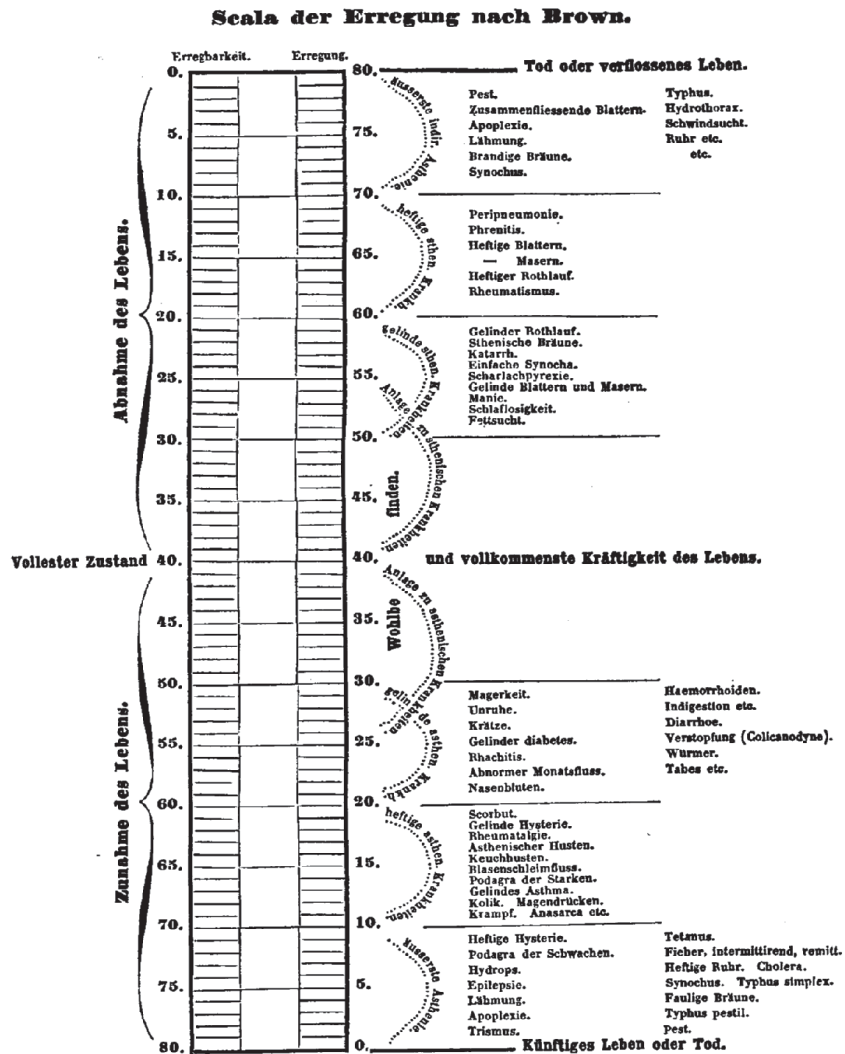


Abb. 3: Scala der Erregung

Wo lässt sich das Krankheitskonzept der Demenz in diesem Konstrukt am Besten einordnen? Die Begriffe Demenz oder amentia lassen sich nicht finden, so dass eine andere Herangehensweise gewählt werden muss. In Browns Ausführungen finden wir folgenden Erklärungszusammenhang: „Daß eine größere Erregung an einem Theile vorgehe, nimmt man wahr, wenn bey gesundem Zustande alsbald auf Bewegung an der Stirne Schweiß ausbricht,

<sup>226</sup> Brown J (1796) Lehrbegriff der Brownischen Arzneilehre, von Brown selbst ohne seinen Namen herausgegeben. Wien, S. 166.

wenn die Ausdünstung verhalten ist, wenn in Krankheiten Entzündung, oder ein ihr naher Zustand, wenn Irrseyn vorhanden ist. Beweise einer geringern Erregung sind allzu häufige Ausdünstung, meistens kalter und zäher Schweiß ohne Arbeit, andere häufigere Ausleerungen, Krampf, Zuckungen, Lähmung einiger Nerven, Verstandesblödigkeit, Irrseyn.<sup>227</sup>

Aus dieser Definition geht hervor, wie und wo er den Abbau kognitiver Fähigkeiten einordnet. Ist die Erregung zu schwach, so Brown, kann es zu einer „Verstandesblödigkeit“ oder einem Irrsinn kommen. In diesem Sinne ist der Verlust an kognitiven Fähigkeiten der Sthenie zuzuordnen. Allerdings lassen sich von der Asthenie ebenfalls Arten der geistigen Verwirrung ableiten. In seiner Schrift äußert er dazu: „Die nämliche Reihe der aus einer gemeinschaftlichen Ursache entstandenen asthenischen Zufälle bringt in der Folge noch andere schreckliche Zufälle der Verwirrung hervor, z.B. Sinnlosigkeit.“<sup>228</sup>

Es ist davon auszugehen, dass Brown dementiell veränderte Menschen kaum gekannt und nur peripher in sein medizinisches Gedankenkonstrukt eingebaut hat. Bedeutsamer ist Brown in seiner Wirkung auf deutsche Ärzte und hier im Besonderen auf deutsche Psychiater in der Romantik, die uns im Folgenden noch beschäftigen werden.

---

<sup>227</sup> Ebd., S. 167.

<sup>228</sup> Ebd., S. 168.

## 06 . Kant und die „Anthropologie in pragmatischer Hinsicht“



**Abb. 4: Immanuel Kant**

Grundlage und Basis für eine Auseinandersetzung mit der Psychiatrie in der deutschen Romantik ist die „Anthropologie in pragmatischer Hinsicht“ von Immanuel Kant. Das Werk ist in der Erstauflage 1798 erschienen und basiert auf einer Vorlesungsreihe, die er zwischen 1772 und 1773 gehalten hat. Bereits 1764 veröffentlichte Kant seine ersten theoretischen Überlegungen über Geisteskrankheiten unter dem Titel „Versuch über die Krankheit des Kopfes“.<sup>229</sup>

In der Rezeption wurde diese anthropologische Schrift bei einigen Autoren als eine populärphilosophische Arbeit betrachtet, auf die Entwicklung der deutschen Psychiatrie hatte sie jedoch wesentliche Auswirkungen. Wichtige Autoren, wie Kahlbaum, Schüle, Krafft-Ebing und Kraepelin zeigen in ihren Arbeiten einen neukantianischen Ansatz und integrieren letztendlich Kants Systematisierung psychiatrischer Begriffe.<sup>230</sup>

Für die Romantiker war Kant eine bedeutende Autoritätsfigur, die sowohl bewundert als auch abgelehnt wurde. Schleiermacher reagierte auf die Veröffentlichung der Anthropologie mit einem ironischen und abwertenden Artikel im Athenäum 1799<sup>231</sup>, dagegen verteidigte Carus in einer Publikation von 1807 Kants Schrift: „Wollte man in dieser Anthropologie das strengste System und eine ausschließende Rücksicht auf die Wissenschaft als solche vermissen, und es vielleicht gar ein Allerlei von anthropologischen und nicht anthropologischen Bemerkungen nennen: so würde man dort eine einseitige Forderung thun, und hier eine Ungerechtigkeit begehen. Gerade diese Fülle von allseitigen Beobachtungen, dieser Reichthum an beiläufigen, der weitem

<sup>229</sup> Brandt R (1999) Kritischer Kommentar zur Kants Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. Hamburg, S. 202.

<sup>230</sup> Dörner K (1999) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Hamburg (2. Auflage), S. 201.

<sup>231</sup> Schlegel AW; Schlegel F (Hrsg.) (1973) Athenäum. Eine Zeitschrift. 2. Band. (Nachdruck) Darmstadt, S. 300-306.

Entwicklung eben so fähigen als würdigen Winken, diese Veranschaulichung durch Beispiele, diese freie Genialität des Ganzen welche dennoch meist überall den rechten Standpunkt glücklich feste, kann die Kenntnis des Menschen stärker beleben, und selbst dem grösser gebildeten Publicum empfehlen.<sup>232</sup>

Dieses Beispiel vermittelt uns die Ambivalenz, die Kant auf die Generation nach ihm ausgeübt hat. Ihn also ausschließlich in der Rolle der Opposition zu sehen, gibt das Verhältnis zwischen Romantik und Aufklärung nur bedingt wieder. Bei jeder näheren Betrachtung lösen sich eindeutige Attribute auf und die Verbindung von Rationalismus und Aufklärung bröckelt genauso wie die Zuordnung von Irrationalismus und Romantik.<sup>233</sup> Die Gleichzeitigkeit rationaler und irrationaler Momente in der frühen Romantik kennzeichnet die Komplexität dieser Epoche und damit die Auseinandersetzung mit der Aufklärung.<sup>234</sup>

Kants Systematik der Anthropologie lässt sich herleiten aus seinem gesamten Gedankengebäude und muss auch hier auf seinen Schlüsselbegriff der Vernunft hin gelesen werden. „Was ist Aufklärung?“ Robert Hinske schreibt in seinem gleichnamigen Buch: Der „[...]Gedanke der Aufklärung setzt historisch wie sachlich gesehen, die Idee einer allgemeinen Menschenvernunft voraus, die auf die verschiedenen Subjekte verteilt ist.“<sup>235</sup> Kant selbst definiert 1784 wie folgt: „Aufklärung ist der Ausgang des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit. Unmündigkeit ist das Unvermögen, sich seines Verstandes ohne Leitung eines anderen zu bedienen. Selbstverschuldet ist die Unmündigkeit, wenn die Ursache derselben nicht am Mangel des Verstandes, sondern der Entschließung und des Mutes liegt, sich seiner ohne Leitung eines andern zu bedienen. Sapere aude! Habe Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen! Ist also der Wahlspruch der Aufklärung.“<sup>236</sup> Mit dieser Definition der selbstverschuldeten Unmündigkeit wird bereits eine erste Abgrenzung zur

---

<sup>232</sup> Carus FA (1999) Geschichte der Psychologie. Reprintausgabe. Eingel. von Rolf Jeschonnek. Berlin; S. 701.

<sup>233</sup> Schanze H (1966) Romantik und Aufklärung. Untersuchungen zu Friedrich Schlegel und Novalis. In: Erlanger Beiträge zur Sprach- und Kunstwissenschaft, Bd. 27. Nürnberg, S. 1-10.

<sup>234</sup> Sohni H (1973) Die Medizin der Frühromantik. Novalis Bedeutung für den Versuch einer Umwertung der „Romantischen Medizin“. Bd. 2. Freiburg, S. 18.

<sup>235</sup> Hinske N (1783) Was ist Aufklärung? In: Berlinische Monatsschrift. Bd. 2, S. 516.

<sup>236</sup> Kant I (1784) Was ist Aufklärung? In: Berlinische Monatsschrift. Dezember-Heft. S. 481-494.

unverschuldeten Unmündigkeit vorgenommen, die wir später in der Anthropologie ausformuliert finden.

Kant erklärt diese Unmündigkeit noch rein philosophisch, erst die Romantiker überführen den Terminus in die Medizin. In diesem Sinne sind die Anfänge der modernen Psychiatrie geprägt von einer Suche nach Struktur und Begrifflichkeit, basierend weniger auf neuen Kenntnissen über Krankheitsbilder als vielmehr auf dem Streben nach Systematisierung.

Vorbild für diese terminologischen Ordnungen, auch für Kant, sind die Publikationen des Botanikers und Mediziners Carl von Linné. Kant spricht in der Anthropologie denn auch vom dem „Ritter“ Linné für die Archäologie der Natur.<sup>237</sup> Welche Bedeutung diese systematischen Bezeichnungen für Linné und später für Kant besaßen, wird eindrucksvoll von Hagberg in einem Werk über Linné wiedergegeben: „Die neue binäre Namensgebung, die sich heute in jeder Flora findet, wirklich durchzuführen, gelang Linnäus bekanntlich erst in seinem 1750 veröffentlichten botanischen Hauptwerk, *Species plantarum*. Im Jugendwerk *Critica botanica* hat er nur die allgemeinen Grundsätze für eine Namensgebung aufstellen können. Er nimmt als Ausgangspunkt ein Wort Isidors von Sevilla: Kennt man nicht den Namen, so ist die Kenntnis vom Dinge wertlos. Die Nomenklatur, sagt er, ist in der Botanik ebenso bedeutsam wie die Einteilung. Bevor aber eine solche Namensgebung allgemein durchgeführt werden kann, muss man sich darüber schlüssig sein, nach welchen Grundsätzen sie vorgenommen werden soll.“<sup>238</sup>

Linné hat in dieser Denkweise auch eine Einteilung der Krankheiten vorgenommen, die jedoch keine Ansätze einer psychiatrischen Nomenklatur anbietet.<sup>239</sup> Wichtiger ist vielmehr seine Methode, die eine Vorbildfunktion für Kant darbot und als Grundlage für die Anthropologie diente. Der Zweck der angewendeten Systematisierung bestand in der Aufdeckung und Darstellung.<sup>240</sup> Mit Hilfe dieser Klassifizierung konnte durch die naturphilosophische Betrachtung der Romantiker eine psychiatrische Systematik für die Medizin

---

<sup>237</sup> Kant I (2000) *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht*. Hrsg. von Reinhard Brandt. Hamburg, S. 259.

<sup>238</sup> Hagberg K (1946) *Carl Linnaeus. Ein grosses Leben aus dem Barock*. Hamburg, S. 99f..

<sup>239</sup> Hjelt OEA (1882) *Carl von Linné als Arzt und seine Bedeutung für die Medizinische Wissenschaft. Ein Beitrag zur Geschichte der Medizin*. Leipzig, S. 28.

<sup>240</sup> Brandt R (1999) *Kritischer Kommentar zu Kants Anthropologie in pragmatischer Hinsicht*. Hamburg, S. 214.



geschaffen werden. „Kant gab seiner Anthropologie nicht nur eine eingehende Schilderung des Irreseins und seiner Formen, wie er sie dachte, sondern er bestritt auch ausdrücklich der gerichtlichen Arzneykunde, ja überhaupt der Medizin, die Befähigung, die Frage zu beantworten, ob ein Übeltäter bei der Begehung einer Straftat verrückt gewesen sei oder nicht, derartige Fälle seien vielmehr vor die philosophische Fakultät zu verweisen. Auch Hegel hielt sich berechtigt, ohne jede ärztliche Erfahrung eine Darstellung der Geisteskranken und ihren vermeintlichen Entstehungsweise zu geben.“<sup>241</sup>

Auch wenn Linné als Vorbild zitiert wurde, waren es im ausgehenden 18. Jahrhundert nicht vorwiegend die Ärzte, sondern Philosophen, Pädagogen, Anthropologen und Dichter, die über ihr Inneres und die Unvernunft nachdachten. Ein Tatbestand, der, wie Dörner formuliert, dazu führte, dass die „[...] späteren Psychiater ihren Gegenstand bereits bildungsbürgerlich präformiert fanden.“<sup>242</sup> Kant stand in diesem Sinne noch ganz in einer Tradition, die Unvernunft ausschließlich philosophisch und weniger medizinisch zu betrachten. In § 51 über die Gemütskrankheiten schreibt er: „Wenn also jemand vorsätzlich ein Unglück angerichtet hat und nun, ob und welche Schuld deswegen auf ihm hafte, die Frage ist, mithin zuvor ausgemacht werden muß, ob er damals verrückt gewesen sei oder nicht, so kann das Gericht ihn nicht an die medizinische, sondern müsste (der Inkompetenz des Gerichtshofes halber) ihn an die philosophische Fakultät verweisen.“<sup>243</sup>

Von diesem Standpunkt aus wurde auch die Gerichtsverhandlung um den Lehrer und Theologen Rüsau 1804 geführt. Der Angeklagte hatte aus Verzweiflung seine Frau und fünf Kinder umgebracht. Die Beschreibung des Falles deutet auf einen psychotischen Verarmungswahn hin.<sup>244</sup> Im Prozess hatten denn auch zwei Ärzte für einen Freispruch plädiert. Daneben wurden auch Vertreter anderer Fakultäten gehört, wobei vor allem die Philosophen einen Schuldspruch forderten. Das Gericht folgte dem philosophischen Gutachten und begründete das Urteil: „Rüsau habe seinen Wahn selbst erzeugt,

---

<sup>241</sup> Kraepelin E (1917) Hundert Jahre Psychiatrie. Ein Beitrag zur Geschichte menschlicher Gesittung. In: Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie 38, S. 161-275.

<sup>242</sup> Dörner K (1999) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. (2. Aufl.) Frankfurt/Main, S. 199.

<sup>243</sup> Kant I (2000) Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. Hrsg. von Reinhard Brandt. Hamburg, S. 120.

<sup>244</sup> Dörner K (1999) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. (2. Aufl.) Frankfurt/Main, S. 204.

genährt und gerechtfertigt, da er die Gesetze der Pflicht bei sich nicht wirken ließ, obwohl er den freien Willen dazu gehabt hätte. So ist der Tod ihm die gerechte Strafe und anderen dergleichen leidenschaftlichen, um alltäglichen Sorgen des Lebens willen sich feige der Verzweiflung ergebenden Menschen zum abschreckenden Beispiel.<sup>245</sup> Ein Urteilsverlauf, der sich ganz im Sinne des kantischen Denkens befindet.

Kants Systematisierungen basieren auf seiner Theorie der menschlichen Erkenntnis. Dabei lassen sich vier Stufen rekonstruieren. Auf der ersten Stufe steht die Fähigkeit, die Gegenstände in der Vorstellung einheitlich zu erfassen. Im zweiten Schritt ist unser Verstand dazu in der Lage, reale und irrealer Vorstellungen zu unterscheiden. Mittels unserer Urteilskraft sind wir auf der nächsten Ebene in der Lage, Objekte zu Begriffen zusammenzufassen, um sie dann auf der vierten und letzten Ebene durch die Vernunft zu Ideen weiterzuentwickeln. In der pathologischen Deformation lassen sich diese vier Stufen analog wiedererkennen. Auf der ersten Ebene besteht eine Unfähigkeit in der Vorstellung, Objekte zu einer Einheit zu stiften. Darauf folgt eine fehlende Unterscheidungsgabe zwischen realen und unrealen Wahrnehmungen. Die dritte Stufe ist gekennzeichnet durch eine gestörte Urteilskraft, falsche Analogien werden gezogen. Mit einer gestörten Vernunft befindet man sich auf der vierten Ebene und es kommt zu einem unkontrollierten Zusammenreihen von Ideen.<sup>246</sup> Innerhalb dieses Gedankengebäudes entsteht eine Gliederung zwischen den Schwächen und Krankheiten der Seele in Ansehung ihres Erkenntnisvermögens. In § 52 der anthropologischen Didaktik nimmt er eine systematische Einteilung der Gemütsstörungen vor und bezeichnet vier verschiedene Gruppen. Zunächst erwähnt er die „amentia“ und übersetzt den Begriff mit „Unsinnigkeit“. Dahinter verbirgt sich für ihn das Unvermögen, „[...] seine Vorstellungen auch nur in den zur Möglichkeit der Erfahrung nöthigen Zusammenhang zu bringen.“<sup>247</sup> Der Begriff „amentia“ fiel bereits bei William Cullen, dessen Definition einem gegenwärtigen Krankheitskonzept der Demenz am nächsten kommt. Auch Kant verwendet den Begriff „amentia“

---

<sup>245</sup> Brachmann R (1921) Ein Beitrag zur Geschichte der forensischen Psychiatrie. Der Fall Rüsau. (Diss.) Hamburg, S. 25.

<sup>246</sup> Brandt R (1999) Kommentar zu Kants Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. Hamburg, S. 214.

<sup>247</sup> Kant I (2000) Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. Hrsg. von Reinhard Brandt. Hamburg, S. 122.

mehr im Sinne unseres heutigen Demenzbegriffes. Die Terminologie „dementia“ verwendet er für die zweite Gruppe seiner Systematik. Der Begriff wird mit „Wahnsinn“ übersetzt und hat keine Verbindung zum gegenwärtigen Wortverständnis. Kraepelin verwendet später analog diesem Wortverständnis den Begriff „dementia praecox“, worunter er eine Krankheit versteht, die heute als „Schizophrenie“ bezeichnet wird. Die dritte Gruppe wird mit „insania“ umschrieben und umfasst den Wahnwitz infolge einer gestörten Urteilskraft. Auf der vierten Ebene siedelt Kant „versania“ an, den durch eine gestörte Vernunft erzeugten Aberwitz.

Die Definitionen der Gemütsschwächen und Gemütskrankheiten orientieren sich an Kants Vorstellung des Erkenntnisvermögens. In der Kritik der Urteilskraft geht er der Frage nach, ob es einen Maßstab gibt, mit dem man die Grundstrukturen des Verstandes bestimmen kann. Wichtig für Kants Verständnis in seiner Anthropologie ist die Fähigkeit des Verstandes, zwischen wirklich und möglich zu unterscheiden.

Die gesamte Schrift basiert auf Erfahrungsurteilen. Im Sinne seiner Systematik beschreibt er hier synthetische Urteile a posteriori. Kant setzt hierfür kosmopolitische Kenntnisse voraus und prägt den Begriff des „Weltbürgers“. Er selbst empfiehlt seinen Lesern das Reisen und das Lesen von Reisebeschreibungen. Erst in der Summierung verschiedener Lokalkenntnisse lässt sich eine Art von Generalkennntnis erwerben.

Gemessen an seinen eigenen Vorgaben konnte der Philosoph selbst auf keine Reiseerfahrungen zurückgreifen, er hat die Stadt Königsberg nie verlassen. Im Vorwort seiner Anthropologie äußert er sich dazu und beschreibt denn seine Heimatstadt als einen Mikrokosmos, der alle Elemente vereinigt, um Weltkenntnis zu erlangen: „Eine große Stadt, der Mittelpunkt des Reichs, in welchem sich die Landeskollegia der Regierung desselben befinden, die eine Universität (zur Kultur der Wissenschaften) und dabei noch die Lage zum Seehandel hat, welche durch Flüsse aus dem Innern des Landes sowohl als auch mit angrenzenden entlegenen Ländern von verschiedenen Sprachen und Sitten einen Verkehr begünstigt, - eine solche Stadt, wie Königsberg am Pregelflusse, kann schon für einen schicklichen Platz zu Erweiterung sowohl

der Menschenkenntnis als auch der Weltkenntnis genommen werden, wo diese, auch ohne zu reisen erworben werden kann.“<sup>248</sup>

Wie lassen sich nun solche Maßstäbe Kants auf die Psychiatrie anwenden? Ein Kennzeichen der modernen Psychiatrie definiert Dörner ja gerade in dem persönlichen Studium der Irren. Und wie lassen sich in diesem Kontext Kants Erfahrungen über Geisteskrankheiten belegen? Klaus Peter Kisker behauptet denn auch: „Die psychiatrische Erfahrungswelt unseres Philosophen war recht dürftig, wenn man sie an den Beobachtungsmöglichkeiten der späteren klinischen Psychiatrie misst. Vergleichen wir sie hingegen mit der Empirie der zeitgenössischen psychischen Ärzte, deren Kontakt zu den Kranken kaum das Administrative überstieg und deren Bücher gleichwohl bis weit in 19. Jahrhundert hinein die wissenschaftliche Diskussion bestimmten, so finden wir Kant, der allerdings viel über Geisteskranke nachgedacht oder sich von ihnen hatte erzählen lassen (Wyrsh), für seine historische Situation rehabilitiert.“<sup>249</sup>

Diese historische Situation galt für Deutschland und war im europäischen Kontext rückständig. Englische Schriftsteller der Romantik pilgerten bereits in den 40er Jahren des 18. Jahrhunderts nach Bedlam um dort die „Irren“ zu beobachten. Kant besaß durchaus die Möglichkeit eines persönlichen Studiums, denn seit 1692 lässt sich in Königsberg ein Irrenhaus nachweisen, es lässt sich allerdings nicht nachweisen, ob er persönliche Beobachtungen durchgeführt hat. Reinhard Brand kommentiert die „Gemütskrankheiten“ im Kontext seiner Gesamtsystematik: „Wir stoßen wieder auf das Phänomen, dass in der gesamten Erörterung die Frage dominiert, wie bestimmte vermeintliche Sonderbarkeiten zu benennen und einzuordnen sind; das Interesse richtet sich auf die eigene Wissenschaftsordnung, die sich auch im Wahn bewährt, nicht auf den Zustand und die empirische Erfassung der Betroffenen; die Kantsche Distanz ist die des benennenden und ordnenden Linné. Nicht bestimmte Fälle, sondern eine mit der eigenen Theorie kompatible Ordnung und eine distinktsichere Terminologie bilden das Interesse.“<sup>250</sup>

---

<sup>248</sup> Kant I (2000) Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. Hrsg. von Reinhard Brandt. Hamburg, S. 4.

<sup>249</sup> Kisker KP (1957) Kants psychiatrische Systematik. In: Psychiatria et Neurologia. Internationale Monatszeitschrift für Psychiatrie und Neurologie. Bd. 133, S. 17.

<sup>250</sup> Brandt R (1999) Kommentar zur Kants Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. Hamburg, S. 202.

Kants Verdienst um die deutsche Psychiatrie liegt im Ansatz einer Klassifikation, die jedoch rein philosophisch und nicht medizinisch betrachtet wurde. Für das Krankheitskonzept der Demenz rückt er aber sehr viel näher als die Romantiker an das gegenwärtige Krankheitskonzept heran, und ordnet die Symptome der Krankheit unter den Begriff „ementia“ anlog dem Vorbild Cullens. Damit ist der Philosoph näher an der Wirklichkeit als die antwortenden Mediziner der darauffolgenden Generation.

## 07 . Schellings Naturphilosophie



**Abb. 5: Friedrich Wilhelm Joseph Schelling**

Mit seinen naturphilosophischen Schriften übte Friedrich Wilhelm Joseph Schelling besonders auf die Mediziner und damit auch auf die Psychiatrie einen großen Einfluss aus. Mit Röschlaub, Marcus und Reil sind nur einige Ärzte genannt, die eine hohe Empfänglichkeit für den naturphilosophischen Ansatz besaßen. Grundsätzlich entwickelt Schelling einen Gegenentwurf zu Kants empirischem Erkenntnisansatz und verfolgt seinerseits den Weg, die Idee der Natur als einen Organismus zu begreifen, um dann aus dem Einzelnen das Allgemeine zu erklären. In seinen Ideen zur Philosophie der Natur äußert

er sich: „Gegen den empirischen Realismus, welcher vor Kant zum allgemeinen Denksystem geworden und selbst in der Philosophie herrschend war, konnte, der Notwendigkeit zufolge, daß jedes Einseitige unmittelbar einanderes ihm entgegengesetztes Einseitiges hervorruft, zunächst nur einebensoempirischer Idealismus aufstehen und geltend gemacht werden. So ausgebildet in seiner ganzen empirischen Qualität, als er sich bei den Kantschen Nachfolgern zeigte, lag er allerdings nicht in Kant selbst, aber er war dem Keim nach in seinen Schriften enthalten.“<sup>251</sup>

Eine Grundfrage, die sich Schelling dabei stellte, war, wie die unbelebte Materie zu verstehen sei. Schelling begreift die Natur, belebte und unbelebte, als einen Gesamtorganismus, der sich ständig in einem Prozess des Werdens befindet, und diesen Prozess wiederum als das eigentliche Wesen der Natur. Dieser Gedanke von Dynamik und ständiger Bewegung darf daher als Kern seiner Naturlehre angesehen werden, die er in drei unterschiedliche Charakterisierungen wie folgt einteilt: „Dies sind die Elemente unseres empirischen Wissens. Denn, wenn wir einmal Materie und mit ihr Kräfte der

---

<sup>251</sup> Schelling FWJ (1907) Ideen zu einer Philosophie der Natur als Einleitung in das Studium der Naturwissenschaften. In: Werke, Band 1. Leipzig, S. 153.

Anziehung und Zurückstoßung, ferner eine unendliche Mannigfaltigkeit von Materien, die sich alle durch Qualitäten voneinander unterscheiden, voraussetzen dürfen, so haben wir, nach Anleitung der Kategorientafel,

1. quantitative Bewegung, die einzig der Quantität der Materie proportional ist: Schwere;
2. qualitative Bewegung, die den innern Beschaffenheiten der Materie gemäß ist – chemische Bewegung;
3. relative Bewegung, die den Körpern durch Einwirkung von außen (durch Stoß) mitgeteilt wird – mechanische Bewegung.

Diese drei möglichen Bewegungen sind es, aus welchen die Naturlehre ihr ganzes System entstehen und werden läßt.<sup>252</sup>

Nicht das Sein, sondern das Werden wird als die Kernaussage der Natur begriffen<sup>253</sup>, wobei sich im Wesentlichen zwei Begriffe der Natur herauskristallisieren, zum einen die „natura naturans“ und zum zweiten die „natura naturata“. Die schaffende Natur, natura naturans, und die geschaffene Natur, natura naturata, verhalten sich zueinander wie das Absolute und das Bedingte. Die schaffende Natur ist zeitlos und unbedingt, demgegenüber steht die geschaffene Natur, in der sich die schaffende Natur für uns empirisch wahrnehmbar äußert. Die empirische Philosophie beschäftigt sich mit der geschaffenen Natur, die aber nur aus dem Verständnis der schaffenden Natur heraus interpretiert werden kann, demgegenüber beschäftigt sich die transzendente Philosophie mit der schaffenden Natur und versucht herauszukristallisieren, welchen Einfluss diese auf die gegebene Realität ausübt. Schelling erläutert den Zusammenhang des Einzelnen mit dem Absoluten mit einer kleinen Anekdote: „Ein Reisender nach Italien macht die Bemerkung, daß an dem großen Obelisk zu Rom die ganze Weltgeschichte sich demonstrieren läßt; - so an jedem Naturprodukt. Jeder Mineralkörper ist ein Fragment der Geschichtsbücher der Erde. Aber was ist die Erde? – Ihre Geschichte ist verflochten in die Geschichte der ganzen Natur, und so geht

---

<sup>252</sup> Schelling FWJ (1907) Ideen zu einer Philosophie der Natur als Einleitung in das Studium der Naturwissenschaften. In: Werke, Band 1. Leipzig, S. 124.

<sup>253</sup> Vgl. Wiesing U (1995) Kunst oder Wissenschaft. Konzeption der Medizin in der deutschen Romantik. Stuttgart-Bad Cannstatt, S. 191.

vom Fossil durch die ganze anorganische und organische Natur heraus bis zur Geschichte des Universums - eine Kette.“<sup>254</sup>

Eine weitere Grundlage der Naturphilosophie fußt auf der Vorstellung, die Wirklichkeit in Polaritäten zu denken, demzufolge stehen sich zwei Urkräfte gegenüber, die einen dynamischen Prozess des Werdens und Wandels bewirken.<sup>255</sup> Diese Grundidee, unsere Realität zwischen zwei Polen zu denken und zu erklären, lässt sich in vielen Konzepten, auch medizinischen und psychiatrischen Ansätzen der Romantik wiederfinden. Sei es Browns Konzept von Sthenie und Asthenie oder die galvanische Elektrizitätslehre, sie alle vertreten ein duales Erklärungsmodell von Potentialen, die in einer dialektischen Beziehung zueinanderstehen. In diesen Zusammenhang fügt sich auch Hegels Philosophie der historischen Dialektik. Und die Wechselbeziehung dieser oppositionellen Kräfte erklärt Schelling so, „[...]daß es ein und derselbe allgemeine Dualismus ist, der von der magnetischen Polarität an durch die elektrischen Erscheinungen endlich selbst in die chemischen Heterogeneitäten sich verliert, und zuletzt in der organischen Natur wieder zum Vorschein kommt.“<sup>256</sup>

Die Vorstellung, alles in einem Kontext des dialektischen Dualismus zu begreifen, durchzieht seine gesamte Philosophie. „Schelling ist überzeugt“, so Karl Jaspers, „einen neuen Begriff von Philosophie geschaffen zu haben: Die Einheit der Philosophie in der Zweiheit von negativer und positiver Philosophie. Der Weg der Vernunft gelangt durch alle Möglichkeiten des notwendig zu Denkenden wohl bis zur Idee der Wirklichkeit, aber nicht zur Wirklichkeit selbst, darum heißt dieser Weg negative Philosophie. Die positive Philosophie steht schon von vornherein in der Wirklichkeit selbst, kann diese aber nur begreifen mit den Mitteln der negativen Philosophie.“<sup>257</sup>

In der Naturphilosophie wird so die Natur auf die beiden Grundelemente Geist und Materie zurückgeführt. Darin fühlten sich besonders die psychiatrisch orientierten Mediziner angesprochen, weil sie dadurch eine Erklärung für Leib und Seele erhielten. Eine rein physiologische

---

<sup>254</sup> Schelling FWJ (1898) Sämtliche Werke. Dritter Band. Stuttgart, S. 291.

<sup>255</sup> Vgl. hierzu: Gerabek WE (1995) Friedrich Wilhelm Joseph Schelling und die Medizin der Romantik. Studien zu Schellings Würzburger Periode. (Europäische Hochschulschriften. Reihe 7, Abt. B, 7). Frankfurt/Main, S. 74

<sup>256</sup> Schelling FWJ (1898) Sämtliche Werke. Dritter Band. Stuttgart, S. 290.

<sup>257</sup> Jaspers K (1955) Schelling. München, S. 96.



Betrachtungsweise reichte ihnen nicht aus, weil sie den Menschen als zu mechanisch begriff. Die romantische Seele dürstete nach einer spekulativen Denkweise, die in der Lage war, einen geistigen Überbau anzubieten und die die Physiologie in einen kosmologischen Zusammenhang stellen konnte. Schelling selbst hat stets versucht, seine Naturphilosophie mit der Heilkunde zu verbinden: „Die Arzneywissenschaft ist die Krone und Blüthe aller Naturwissenschaften, wie der Organismus überhaupt und der menschliche insbesondere die Krone und Blüthe der Welt ist. Hieraus erhellt, daß es kein geringes Unternehmen sey, und vieler zusammenstimmenden und harmonisch wirkenden Kräfte bedürfe, wenn in diesem Gebiete der Wissenschaft das Vollendete zu Stande gebracht werden soll.“<sup>258</sup>

Schelling betrachtet die Medizin seiner Zeit als unwissenschaftlich und versucht durch Annäherung an seine Naturphilosophie, der Medizin den Weg zur Wissenschaft zu bahnen. So fordert er, dass „[...] die ersten Grundsätze, auf denen sie ruht, nicht empirisch oder hypothetisch, sondern durch sich selbst gewiß und philosophisch seyn [...]“<sup>259</sup> müssen. Erst wenn man die naturphilosophische Basis akzeptiere, sei die Medizin in der Lage, Krankheit und Gesundheit im Kontext des gesamten Organismus zu beurteilen. Da auch der Mensch Teil des Kosmos ist, leitet sich seine Gesundheit aus dem harmonischen Zusammenklang der Kräfte ab. Ist diese Harmonie gestört, wird eine Veränderung der Organisation bewirkt und dies verursacht beim Menschen die Krankheit. Schelling spricht von einem Verschieben zwischen den Polen der Sensibilität und Irritabilität, was eine Disharmonie bewirkt und pathologische Auswirkung hat.

Mit dieser Ansicht war er, vor allem in seinen jungen Jahren, sehr empfänglich für die Brownschen Theorien<sup>260</sup>, die er in erster Linie über Röschlaub vermittelt bekam. Aufgrund dieser Affinität wurde er öffentlich angegriffen und für den Tod der Auguste Böhmer verantwortlich gemacht.<sup>261</sup> Die Tochter seiner damaligen Geliebten und späteren Ehefrau Caroline

---

<sup>258</sup> Schelling FWJ (1805) Vorrede. In: (ders.) Jahrbücher der Medicin als Wissenschaft. Erster Band. Heft 1. Tübingen, S. VI.

<sup>259</sup> Schelling FWJ (1859) Sämmtliche Werke. Fünfter Band. Stuttgart, S. 336.

<sup>260</sup> Vgl. hierzu: Gerabek WE (1995) Friedrich Wilhelm Joseph Schelling und die Medizin der Romantik. Studien zu Schellings Würzburger Periode. (Europäische Hochschulschriften. Reihe 7, Abt. B, 7). Frankfurt/Main, S. 351.

<sup>261</sup> Vgl. hierzu: ebd., S. 105.

Schlegel erkrankte während einer Kur in Bad Bocklet schwer. Schelling soll sich in die Behandlung eingemischt und angeblich Auguste Böhmer mit den Mitteln Browns zu therapieren versucht haben. Kurz vor ihrem Tod schrieb Schelling noch an Schlegel: „Vor wenigen Tagen bin ich [...] hierher zurück gekommen und habe Carolinen vollkommen hergestellt, dagegen aber Augusten krank gefunden. Doch wird sie in wenigen Tagen so weit hergestellt seyn, daß wir nach Bamberg zurückkehren können.“<sup>262</sup>

Der Optimismus mündete tragisch in den dramatischen Tod Augustes am 12.06.1800 und führte zu einem öffentlichen Skandal um Schelling, der massiv und zum Teil sehr polemisch angegriffen wurde. Schelling hat sich davon nie richtig erholt und der Fall verfolgte ihn zeit seines Lebens. Später wird er sich von Brown distanzieren und riskiert damit einen Bruch mit seinem Freund Röschlaub.<sup>263</sup> Urban Wiesing fasst diese Phase wie folgt zusammen: „Indem Schelling an Röschlaub und Brown die mangelnde Tiefe des Krankheitsbegriffs und an den Empirikern den Erkenntnisverzicht kritisiert, eröffnet er die Liste der Autoren, die in seinem Gefolge einem ständigen Überbieten an Erkenntnistiefe nachgehen. Sein Schwerpunkt der Kritik prägt die gesamte Richtung der naturphilosophischen Ärzte.“<sup>264</sup>

Die Kritik, die er an Brown formuliert, begründet er mit dem Fehlen einer aktiven Potenz. Browns Vorstellung von der Erregbarkeit sei zu passiv gedacht und böte damit keine Grundlage um den kreativen Geist in der Natur zu begründen. Die Kräfte, die aber von außen, also passiv, auf das Leben einwirken, müssen umgepolt werden zu aktiven Kräften von innen nach außen. Nur so schafft die *Natura naturans* in einem Prozess des ständigen Werdens zu bleiben. Browns Thesen verneinten diesen aktiven Trieb. Für Schelling gilt dagegen: „Etwas schlechthin Passives aber ist in der Natur ein Unding, denn diesem immer schon voraus und wesentlicher ist die Bewegungskraft, der Trieb, der Instinkt, dessen höhere Stufe Genie ist, die Irritabilität als Positives,

---

<sup>262</sup> Schelling FWJ (1962) Briefe und Dokumente. Band I: 1775-1809. Hrsg. von Hans Fuhrmans. Bonn, S. 196.

<sup>263</sup> Vgl. hierzu: Gerabek WE (1995) Friedrich Wilhelm Joseph Schelling und die Medizin der Romantik. Studien zu Schellings Würzburger Periode. (Europäische Hochschulschriften. Reihe 7, Abt. B, 7). Frankfurt/Main, S. 357.

<sup>264</sup> Wiesing U (1995) Kunst oder Wissenschaft? Konzeption der Medizin in der deutschen Romantik. Stuttgart-Bad Cannstatt, S. 212.

der die Sensibilität nur ihr Negatives ist.<sup>265</sup> Daraus leitet er ab: „Überhaupt ist alles Erkennen das Negative eines (vorausgesetzten) Positiven; der Mensch erkennt nur das, was er zu erkennen Trieb hat; es ist vergebliche Arbeit, Menschen etwas verständlich zu machen, was zu verstehen sie gar keinen Drang haben.“<sup>266</sup> Diese beschriebene Passivität führt für Schelling zu einer Verkehrung des Krankheitsbegriffes. In seinem ganzen Engagement verbirgt sich die Absicht, die Medizin mit Hilfe der Philosophie zu adeln. Die Anfälligkeit der Mediziner ist nur zu verständlich und es stellt sich die Frage, ob der bis in die Gegenwart anhaltende Standesdünkel hier seinen Ursprung findet.

Auf jeden Fall hat Schelling besonders auf psychiatrisch orientierte Ärzte einen großen Einfluss ausgeübt. Mediziner wie Reil haben versucht, die Seelenheilkunde mit Hilfe des naturphilosophischen Denkens an die Medizin zu binden und gleichzeitig als Universitätsfach durchzusetzen. Über das Irresein äußert Schelling selbst sich aber erst recht spät. Aus seinen Stuttgarter Privatvorlesungen<sup>267</sup> ist eine Systematik der Erkrankungen des Gemüts und des Geistes überliefert. Er definiert den Menschen in seiner Ganzheit neben der Physis mit der Trinität Gemüt, Geist und Seele. Das Gemüt äußert sich in unseren Gefühlen, in unserer Sehnsucht, aber auch in unserer Lust und Begierde. Dominieren diese Gefühle unsere Handlungen, nehmen Sehnsucht, Begierde und Lust eine vorherrschende Rolle ein, dann spricht Schelling von einer Erkrankung des Gemüts. Als bewusstloses Prinzip des Geistes steht das Gemüt in der Rangfolge an unterster Stelle. Es folgt der Geist, durch den wir Bewusstsein erlangen und einen Willen zum Ausdruck bringen können. Der Geist setzt sich zusammen aus Eigenwille, Verstand und Willen. Auch in diesem Dreiklang gibt es eine Rangfolge, wonach der Eigenwille zuunterst anzusiedeln sei, und niemals als herrschendes Prinzip sich durchsetzen darf. Denn das Böse erklärt sich aus einer Dominanz des Eigenwillens. Über dem Eigenwillen steht der Wille als Vermittlungspunkt zur höchsten geistigen Potenz, dem Verstand. Heidegger erklärt diesen Zusammenhang: „Wille ist Wille des Verstandes, ob als Sehnsucht oder als Geist. Der Verstand ist das eigentlich Wollende, sich in die Verwirklichung Er-strebende und diese (Idea)

---

<sup>265</sup> Schelling FWJ (1857) Sämtliche Werke. Zweiter Band. Stuttgart, S.506.

<sup>266</sup> Ebd., S. 562.

<sup>267</sup> Schelling FWJ (1907) Stuttgarter Privatvorlesungen. In: Werke Bd. IV. Leipzig, S. 352.

Setzende. Zur Abhebung sei auf die metaphysische Umkehrung diese Wesens bei Nietzsche hingewiesen: Wille zur Macht, Sich-wollen als Gesetzgebung und deren Vollzug, Wille als Befehl des Erstrebens des Strebenkönnens, der Machtermächtigung.<sup>268</sup>

In diesem Kontext betrachtet Schelling den sog. „Blödsinn“, und damit also auch die dementiellen Symptome, als eine Erkrankung des Geistes. Der Geist selbst darf im Menschen jedoch nicht als das Höchste angenommen werden, denn: „Wer mit den Mysterien des Bösen nur einigermaßen bekannt ist, der weiß, daß die höchste Korruption gerade auch die geistigste ist, daß in ihr zuletzt alles Natürliche, und demnach sogar die Sinnlichkeit, ja die Wollust selbst verschwindet, daß diese in Grausamkeit übergeht, und daß der dämonische teuflische Böse dem Genuß weit entfremdeter ist als der Gute. Wenn also Irrtum und Bosheit beides geistig ist, und aus dem Geist stammt, so kann er unmöglich das Höchste sein.“<sup>269</sup>

Das Böse offenbart sich nur in der *natura naturata*, also der geschafften Natur. Heidegger hebt diesen Ansatz hervor, dass das Böse nur im Geist und nicht in der Seele sich äußern kann: „Das Böse ist also nur möglich im Geschaffenen, und es ist nur möglich als Geist. Der Bereich des geschaffenen Geistes bestimmt sich als die Geschichte. Diese ist nur, sofern der Mensch als existierender ist. Der Mensch allein ist des Bösen fähig; aber dieses Vermögen ist nicht eine Eigenschaft an ihm, sondern: dergestalt vermögend zu sein, das macht das Wesen des Menschseins aus.“<sup>270</sup> Das höchste ist daher die Seele, denn sie ist sowohl das Seiende des Unpersönlichen als auch das Persönliche des Nichtseienden und besitzt deshalb die Kraft der göttlichen Potenz im Menschen.<sup>271</sup>

Eine Erkrankung der Seele kann es vor diesem Hintergrund nicht geben. Ist aber die Verbindung zwischen Geist und Seele gestört, dann entsteht nach Schelling Wahnsinn. Im Wahnsinn manifestiert sich die Abkehr vom

---

<sup>268</sup> Heidegger M (1995) Schellings Abhandlung über das Wesen der menschlichen Freiheit (1809). Tübingen, S. 210.

<sup>269</sup> Schelling FWJ (1907) Stuttgarter Privatvorlesungen. In: Werke Bd. IV. Leipzig, S. 352.

<sup>270</sup> Heidegger M (1995) Schellings Abhandlung über das Wesen der menschlichen Freiheit (1809). Tübingen, S. 176.

<sup>271</sup> Die Welt einzuteilen in die drei Elemente Materie, Geist und Seele, und die Seele dabei als das höchste Element zu betrachten, übernimmt noch Thomas Mann in seinem Roman: Joseph und seine Brüder. Siehe: Mann T (2002) Joseph und seine Brüder. Die Geschichten Jaakobs. Frankfurt/Main, S. 41.

Göttlichen, die sich in Abwendung von der Seele äußert. Den Wahnsinn selbst siedelt er im Verstand, dem höchsten Organ des Geistes an und interpretiert daher diese Erkrankung als die schrecklichste aller Varianten in ihrer Abwendung von der göttlichen Seele: „Was ist der Geist des Menschen? Antwort: ein Seiendes, aber aus dem Nichtseienden, also der Verstand aus dem Verstandlosen. Was ist also die Basis des menschlichen Geistes in dem Sinne, in welchem wir das Wort Basis nehmen? Antwort: Das Verstandlose und da der menschliche Geist auch zu der Seele sich wieder als Nichtseiendes verhält, so auch zu ihr wieder als Verstandloses. Das tiefste Wesen des menschlichen Geistes also, NB. wenn er in der Trennung von der Seele und also von Gott betrachtet wird, ist der Wahnsinn. Der Wahnsinn entsteht also nicht, sondern tritt hervor, wenn das, was eigentlich Nichtseiendes, d.h. Verstandloses ist, sich aktualisiert, wenn es Wesen, Seiendes sein will. Die Basis des Verstandes selbst also ist der Wahnsinn.“<sup>272</sup>

Der Widerspruch, den Schelling für die Irrenärzte erzeugt, besteht darin, den Wahnsinn einzuhüllen in eine moderne Variante des Dämonischen, obwohl gleichzeitig die Mediziner bemüht waren, die Psychiatrie aus den Fesseln der Theologie zu befreien. Dennoch bot das Schelling'sche System den Ärzten ein universelles Erklärungsmuster, in dem Physis und Psyche gleichermaßen zugeordnet werden konnten. Bezogen auf die Erklärung dementieller Symptome unterscheidet Schelling zwischen Geist und Seele und schafft damit eine Öffnung, die Möglichkeit den Personenbegriff für dementiell veränderte Menschen beizubehalten, da aus seiner Perspektive „nur“ der Geist erkrankt und die Seele nicht berührt sei. Verglichen mit modernen Demenzkonzepten, die stets einhergehen mit dem Versuch, den Personenbegriff für Demenzkranke zu rechtfertigen, ermöglicht der Schelling'sche Ansatz einen Weg, den Personenstatus philosophisch zu begründen. Den ganzen Menschen nicht zu reduzieren auf seine kognitive Leistungen und damit entgegen Descartes („cogito, ergo sum“) eine ganzheitliche Vorstellung des Menschen zu entwickeln – dies findet sich in vielen modernen Demenzkonzepten wieder. Als Pate dieser Richtung mag Stephen Post herangezogen werden, bei dem wir folgende Forderung lesen können: „We lived in a culture that is, at least in large segments, dominated by heightened expectations of rationalism and

---

<sup>272</sup> Schelling FWJ (1907) Stuttgarter Privatvorlesungen. In: Werke Bd. IV. Leipzig, S. 361.

economic productivity, so clarity of mind and productivity inevitably influence of sense of the worth of a human life. Descartes cogito sum (I think, therefore I am) is not easily replaced with: I will, feel, and relate while disconnected by forgetfulness from my former self, but still, I am. Human beings are much more than sharp minds, powerful rememberers, and economic successes. One of my colleagues, an epidemiologist who studies AIDS, tells the story of a young man with AIDS related dementia who felt written off by his mentally agile friends. In response, he started a small business selling shirts: Sum, I am, printed on them to people with AIDS. The key to an adequate ethics of dementia is paying full attention to the varied ways of enhancing the many aspects of human well-being while drawing on remaining capacities.”<sup>273</sup>

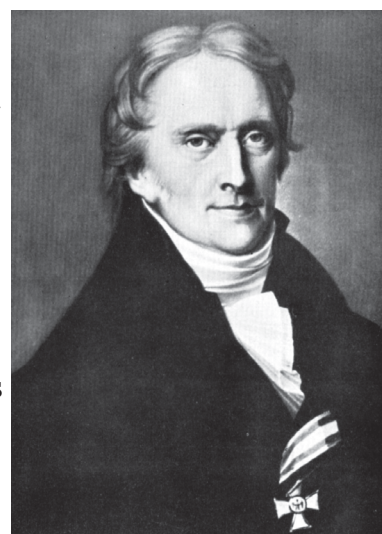
Aus der Perspektive von Schelling würde man den ganzen Menschen mit seiner Seele definieren, die auch in der Demenz unantastbar bleibt. Die Erkrankung des Geistes berührt daher nicht das menschliche Sein und erlaubt es vor diesem Hintergrund jedem dementiell erkrankten Menschen, wie dem zitierten an AIDS erkrankten jungen Mann, zu sagen: Ich bin. In diesem Kontext wäre es eine interessante Aufgabe, Schelling für den modernen Demenzbegriff wiederzuentdecken. Für die naturphilosophische Richtung der romantischen Psychiatrie zählt er zu den wichtigen Vorreitern und schließt die Klammer in Opposition zu Kant. Die Auseinandersetzung um Schelling, die zum Teil sehr kontrovers geführt wurde, spiegelt den Konflikt um den richtigen Weg zu Beginn des 19. Jahrhunderts wider. Während Reil und Röschlaub in Schelling einen wichtigen Vordenker in der Medizin sahen, wurde er von den Eklektikern, zu denen u.a. Hufeland zählt, als zu spekulativ abgelehnt.

---

<sup>273</sup> Post SG (2000) The Moral Challenge of Alzheimer Disease: Ethical Issues from Diagnosis to Dying. Baltimore, S. 5.

## 08 . Christoph Wilhelm Hufeland

Christoph Wilhelm Hufeland steht mit seinen Schriften zwischen Aufklärung und Romantik. Als konservativer Eklektiker<sup>274</sup> setzte er sich für eine empirisch rationale Medizin ein und erhob sich als Wortführer gegen die gleichaltrigen Romantiker. Geprägt durch Bacons Schrift „Historia vitae et mortis“<sup>275</sup> war er davon überzeugt, dass der Mensch über ein bestimmtes Kontingent an Lebenskraft verfügte, dessen Einteilung seiner Verantwortung obliegt. Seiner Theorie zufolge könnte der Mensch mit einer behutsamen sowie sparsamen Einteilung der Lebenskraft seinen Alterungsprozess



**Abb. 6:**  
**Christoph Wilhelm Hufeland**

verlangsamen und damit Alterssenilität vorbeugen. Je mehr Energie in der Jugend verbraucht würde, umso weniger Lebenskraft bliebe für das Alter übrig. Mit einem gesunden Lebensstil könnte der Alterungsprozess verlangsamt und würden die geistigen Kräfte im Alter erhalten bleiben. Hufeland verfolgt also, bezogen auf dementielle Symptome, keinen pathogenetischen Ansatz, sondern skizziert vielmehr einen salutogenetischen Weg, um Senilität im Alter zu vermeiden.<sup>276</sup> Dieser Denkansatz, mit Hilfe eines gesunden Lebensstils die jugendliche Kraft für das Alter zu bewahren, machte Hufeland zu einem modernen Vordenker. Die gegenwärtige gesellschaftspolitische Diskussion<sup>277</sup> sowie die Demenzforschung sind angefüllt von Empfehlungen und Untersuchungen, um einen vermeintlichen Zusammenhang zwischen Lebensstil, richtiger Ernährung und Demenz nachzuweisen.

---

<sup>274</sup> Wiesing U (1995) Kunst oder Wissenschaft? Konzeptionen der Medizin in der deutschen Romantik. Stuttgart-Bad Cannstatt, S. 76.

<sup>275</sup> Bacon F (1623) Historia vitae et mortis. Lownes.

<sup>276</sup> Vgl. hierzu Nowitzki HP (2005) Hufeland: Makrobiotik als Sozialanthropologie. In: Regenspurger K, Zantwijk T van (Hrsg.) Wissenschaftliche Anthropologie um 1800? Wiesbaden, S. 33.

<sup>277</sup> Vgl. hierzu die Empfehlungen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, denen zufolge geistige, körperliche und soziale Aktivitäten sowie eine ausgewogene Ernährung das Risiko an Alzheimer Demenz zu erkranken minimieren. Siehe: <http://www.deutsche-alzheimer.de/die-krankheit/haeufige-fragen-faq.html> (zuletzt aufgerufen am 23.12.2013).

Hufeland baute seine theoretischen Überlegungen auf einem induktiven Denkansatz auf. Er verurteilte jegliche deduktive Herangehensweise in der Medizin und akzeptierte nur Erkenntnisse auf der Basis empirischer Beobachtungen.<sup>278</sup> Vor diesem Hintergrund geriet er auch in die Auseinandersetzung um den Brownianismus<sup>279</sup> in Deutschland. Hufeland lehnte die Theorien des schottischen Arztes vehement ab und bemühte sich aktiv um die Auseinandersetzung mit deren Befürwortern. 1797 wettet er gegen die Anhänger Browns: „Es scheint besonders der Gedanke manchem Anhänger dieses Systems viel Vergnügen zu machen, eine Revolution in der Medizin zu bewirken.“<sup>280</sup> Hufeland verweist darauf, dass die Thesen des schottischen Arztes zu einseitig seien, um die Komplexität der Medizin zu erfassen und formuliert grundsätzliche Skepsis gegenüber einer Theorie, die alle Erscheinungen und Wirkungen des Körpers aus einem Prinzip herzuleiten versuche. Vor diesem Hintergrund argumentiert er, die Unterteilung in sthenisch und asthenisch sei lückenhaft und könne nicht die Gesamtheit der physiologischen Vorgänge im Körper erklären<sup>281</sup>, und er beruft sich auf die Notwendigkeit klinischer Erfahrungen. Darüber hinaus benötige der Arzt vielfältige theoretische Instrumente, um zu einer geeigneten Behandlung finden zu können. Deshalb fordert er für die Ausbildung: „Der wichtigste Grundsatz bey der Bildung des Arztes, ja in der ganzen Behandlung der Medizin, scheint mir zu seyn, sich so wenig wie möglich an einen einseitigen Gesichtspunkt oder an eine vorgeschriebene Vorstellungs- und Denkform zu gewöhnen.“<sup>282</sup>

Hufeland lobpreist eine eklektische Vielfalt, die er aber als eine, nämlich seine, Theorie bezeichnet. In diesem Sinne verstrickt er sich in seine eigene Widersprüchlichkeit. Urban Wiesing merkt dazu an: „Auch hier liegt eine

---

<sup>278</sup> Vgl. hierzu die gegenwärtige Diskussion über evidence-based-medicine sowie evidence-based-nursing. Aus der Sicht der evidenzbasierten Medizin werden nur empirische, randomisierte Studien mit einer entsprechenden Evidenzstärke bewertet. Siehe: Sackett DL; Rosenberg WM; Gray JA; Haynes RB; Richardson WS (1997) Was ist Evidenz-basierte Medizin und was nicht? Münchener Medizinische Wochenschrift 139 (44), S. 644-5. Und: Behrens J; Langer G (2010) Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Bern, S. 70.

<sup>279</sup> Vgl. hierzu Wiesing U (1995) Kunst oder Wissenschaft? Konzeptionen der Medizin in der deutschen Romantik. Stuttgart-Bad Cannstatt, S. 70.

<sup>280</sup> Hufeland CW (1797) Bemerkungen über die Brownische Praxis. In: Hufelands Journal 4, 1. S. 136.

<sup>281</sup> Vgl. hierzu ebd., S. 125f.

<sup>282</sup> Hufeland CW (1797) Nachrichten von der Medicinisch-chirurgischen Krankenanstalt zu Jena, nebst einer Vergleichung der konischen Hospitalanstalten überhaupt. In: Hufelands Journal 3, 3. S. 557.



Inkonsistenz vor: Einerseits streitet Hufeland jedweden

Allgemeingültigkeitsanspruch einer medizinischen Theorie ab und betont, daß sein Journal ‚nicht einem Systeme, oder einer Ansicht der Dinge huldige‘, andererseits spricht er von seinem System als ‚dem einzig wahren und infalliblen‘.<sup>283</sup> Dieser einzig wahre Weg im Sinne von Hufeland beschreibt immer wieder die Vielfältigkeit der medizinischen Praxis, die sich nicht aus einer Theorie heraus erklären lässt.

Für Hufeland waren die Ideen von Brown aus einer Theorie heraus geboren und nicht Ergebnis eigener Erfahrungen. Dem Anspruch einer rationalen Auseinandersetzung mit den Ideen von John Brown wird Hufeland allerdings nicht immer gerecht. An einigen Stellen mischen vermeintlich patriotische Argumente mit hinein, die eine gewisse Kränkung zum Ausdruck bringen: ‚Ich gestehe gern, daß mir bey dem jetzigen Brownischen Unwesen in Teutschland als teutschen Patriot das am meisten unangenehm ist, daß wir den stolzen Engländern von neuem Stoff geben über uns zu lachen, und die erbärmlichsten Ideen von unsrer Arzneykunst zu fassen, da wir so begierig die Brosamen auflesen, die von ihrem Tische fallen, und die sie selbst wegwarfen.‘<sup>284</sup>

Der nationale Zustand der Medizin spielte in öffentlicher Auseinandersetzung durchaus eine Rolle. Urban Wiesing weist auf den Arkesilas Artikel hin, in dem der Autor Erhard genau umgekehrt eine Entzauberung der deutschen Ärzte bewirken will und deswegen fordert, dass ‚[...] die deutschen Aerzte aus ihrem Traume über die Vortrefflichkeit ihrer Kunst und ihre Ueberlegenheit der Aerzte aller Nazionen zu wecken [...]‘<sup>285</sup> seien. Hufeland erachtete die deutschen Anhänger von John Brown als undifferenziert und auf keinen Fall für akzeptabel an deutschen Akademien und Kliniken. Seiner Autobiographie entnehmen wir aus der Zeit zwischen 1801 und 1806 die Ablehnung Ernst Horns aus diesem Grunde.<sup>286</sup> Für dessen Berufung machte er Johann Friedrich Fritze zum Schuldigen<sup>287</sup>, der verantwortlich für die klinische Ausbildung der

---

<sup>283</sup> Wiesing U (1995) Kunst oder Wissenschaft? Konzeptionen der Medizin in der deutschen Romantik. Stuttgart-Bad Cannstatt, S. 79.

<sup>284</sup> Hufeland CW (1798) Kurze Nachrichten und medizinische Neuigkeiten. Journal 5, 2. S. 459.

<sup>285</sup> Erhard JB (1799) Versuch eines Organons der Heilkunde. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde. Bd. 2, S. 3.

<sup>286</sup> Hufeland CW (1836) Selbstbiographie. Berlin, S. 92.

<sup>287</sup> Vgl. hierzu Schleiermacher FDE (1999) Briefwechsel und biographische Dokumente. Band 5: Briefwechsel 1801-1802, S. XLV.

angehenden Ärzte war: „Einen großen Kummer bereitete mir damals eine Kabale, die der alte Fritze spielte. Ich hatte darauf gerechnet, bei seinem zu erwartenden Abgange den Zustand der Charité zu verbessern und besonders statt der Brownschen Schule eine bessere zu gründen. Dies ahnend und zu verhindern suchend, hatte er ganz in der Stille, durch Formeys und Schulenburgs Mitwirkung, einen der damaligen heftigsten jungen Brownianer, den Dr. Horn, für die Charité als seinen Gehilfen und Nachfolger engagiert, und ich erfuhr es zu spät, um es rückgängig zu machen. So war mir die ganze Aussicht für die Zukunft getrübt.“<sup>288</sup>

Eine ebenso vehemente Antipathie entwickelte Hufeland gegen Andreas Röschlaub. Hier gerät die Auseinandersetzung in eine fast irrationale Kritik, da anscheinend Hufeland sich nicht von einer persönlichen Kränkung distanzieren konnte. Es sei hier noch einmal auf Urban Wiesing verwiesen, der den Sachverhalt wie folgt aufschlüsselt: „Hufeland argumentiert gegen Thesen, die ihm eigentlich sehr nahe kommen müßten. So streitet er gegen Röschlaubs Funktion der Prognose [...]: (...), ja die allerneueste und sublimste Entdeckung in der Art ist, daß man aus der Zukunft die Indication ziehen müsse‘. Da Röschlaub für die Prognose plädiert, weil sie mehr Information über den einzelnen Patienten enthält als eine Diagnose, so müßte dies eigentlich Hufelands Bestrebung entgegenkommen, stets zu individualisieren. Auch hier prägen wohl mehr Animositäten die Diskussion; die Kritik scheint auf einem Mißverständnis zu beruhen.“<sup>289</sup>

Bei aller Kritik an Röschlaub ist Hufeland in seiner Autobiographie aber auch selbstkritisch genug und versucht seine Position aus einer nachträglichen Betrachtung für die Jahre 1793 bis 1801 noch einmal zu Recht zu legen: „Es war der höchste Glanzpunkt meines Lebens; aber eben deswegen der gefährlichste für meine Eitelkeit, für die Aufregung des Übermutes, des Stolzes und der Selbstsucht, sowie überhaupt für ein besseres Ich. – Und wie wunderbar, wie weise, wie gnädig sorgte hier die Vorsehung durch unerwartete, zum Teil höchst schmerzhaftere Ereignisse, mich davor zu bewahren, und mich in der Demut, der Bescheidenheit und der Entsagung zu

---

<sup>288</sup> Hufeland CW (1836) Selbstbiographie. Berlin, S. 93.

<sup>289</sup> Wiesing U (1995) Kunst oder Wissenschaft? Konzeptionen der Medizin in der deutschen Romantik. Stuttgart-Bad Cannstatt, S. 80.

üben.

Das erste war die Erscheinung des Brown'schen Systems, durch Weikard, Röschlaub auf die heftigste, zum Teil unanständigste Weise gegen alle Andersdenkenden in Deutschland gepredigt, und durch seine Konsequenz, scheinbare Wahrheit, große Einfachheit und Leichtigkeit bei jungen Leuten viel Glück machend. - Es verwundert mich tief, einmal weil es die wahre gründliche Wissenschaft, Naturansicht und Erfahrung geradezu zerstörte und in der Praxis einen falschen, ja höchst gefährlichen Weg lehrte.<sup>290</sup>

Bei aller Kritik an den Anhängern von Brown, sie würden alles zu sehr von einem Prinzip ableiten: auch Hufeland selbst versuchte ein Urprinzip zu definieren, von dem alles abzuleiten wäre. Es ist die Vorstellung von der physischen Endlichkeit des Menschen und der ihm zur Verfügung stehenden Lebenskraft. Alfons Labisch interpretiert diese physische Endlichkeit des Menschen bei Hufeland wie folgt: „Die Ideen von Ei, Samen und Germination und die Idee einer sich durch das Leben aufzehrenden Lebenskraft vereinigten sich zu dem Grundgedanken, daß der Mensch über eine endliche Lebenskraft verfüge, mit der er sorgsam hauszuhalten habe.“<sup>291</sup> Innerhalb dieses Kontextes thematisiert Hufeland auch das Alter und seine Gebrechen. Unter der Rubrik „Die Kunst das menschliche Leben zu verlängern“ schreibt er über das Altern: „Also ganz verhütet kann es nicht werden. Die Frage ist nur: Steht es nicht in unserer Gewalt, es früher oder später herbei zu rufen? Und dies ist denn leider nur zu gewiß. Die neuesten Zeiten liefern uns erstaunliche Beispiele von der Möglichkeit, das Alter frühzeitig zu bewirken und überhaupt die Perioden des Lebens weit schneller aufeinander folgen zu lassen. Wir sehen jetzt (in großen Städten besonders) Menschen, welche im achten Jahre mannbar sind, im sechzehnten ungefähr den höchsten Punkt ihrer möglichen Vollkommenheit erreicht haben, im zwanzigsten schon mit allen den Schwächlichkeiten kämpfen, die ein Beweis sind, daß es wieder abwärts geht, und im dreißigsten das vollkommene Bild eines abgelebten Greisen darstellen, Runzeln, Trockenheit und Steifigkeit der Gelenke, Krümmung des Rückgrats, Mangel an Sehkraft und Gedächtnis, graue Haare und zitternde Stimme. Ich habe wirklich

---

<sup>290</sup> Hufeland CW (1836) Selbstbiographie. Berlin, S. 83.

<sup>291</sup> Labisch A (1992) Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin der Neuzeit. Frankfurt/Main, S. 99.

einen solchen künstlichen Alten, der noch nicht vierzig Jahre alt war, seziert, und nicht nur die Haare ganz grau, sondern auch die Rippenknorpel, die sonst nur im höchsten Alter knöchern werden, ganz verknöchert gefunden.“<sup>292</sup>

Betrachtet man diese Zeilen näher, dann geht Hufeland davon aus, dass das Alter und die damit verbundenen Gedächtnisleistungen geknüpft sind an die vorhandene Lebenskraft. Ein zügelloses Verschwenden dieser Lebenskraft führt dann zu einer vorzeitigen Alterung und Senilität. Dementielle Symptome, vor diesem Hintergrund betrachtet, sind die Folge eines falschen Lebensstils. Um im Alter den Prozess des Abbaus zu verlangsamen empfiehlt er: „Milch ist Wein für Kinder, Wein ist Milch für Alte. Auch erfordert das Alter, wegen der damit verbundenen größeren Trockenheit, nicht Vermehrung derselben durch die zweite Indikation, sondern eine Verminderung durch erweichende Dinge: Fleischbrühen, kräftige Suppen, laue Bäder.“<sup>293</sup>

Hufelands Bedeutung für die Entstehung einer „Uridee“<sup>294</sup> bezogen auf die dementielle Symptomatik ist in seinem makrobiotischen Ansatz begründet. Viele Ansätze, die er zum ersten Mal versucht zu deklinieren, werden gegenwärtig in der gerontologischen Forschung wieder aufgegriffen. Er steht mit diesem Ansatz weniger in der Tradition der modernen Psychiatrie, als vielmehr im Kontext der gegenwärtigen Gerontologie und Ökotrophologie.

---

<sup>292</sup> Hufeland CW (1797) Die Kunst das menschliche Leben zu verlängern. Jena, S. 455.

<sup>293</sup> Ebd., S. 611.

<sup>294</sup> Vgl. hierzu Fleck L (2012) Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. (9. Aufl.) Berlin, S. 35.

## 09 . Johann Christian Reil

Eine eingehendere Betrachtung verdient der 1759 im ostfriesischen Rhaude geborene Arzt Johann Christian Reil. In seiner Person vereinigen sich in besonderem Maße die Ideen sowie die unterschiedlichen Strömungen der romantischen Medizin, sein Wirken kann daher sozusagen als Schmelzpunkt der beginnenden Psychiatrie um 1800 betrachtet werden.<sup>295</sup> Die Auseinandersetzung mit seiner Biographie und seinen Schriften lässt uns die Anfänge der modernen Psychiatrie mit all ihren Widersprüchlichkeiten besonders deutlich nachvollziehen. Vor diesem

Hintergrund nimmt Reil auch für die historische Demenzforschung eine zentrale Rolle ein. Die Beschäftigung mit dementiellen Symptomen spielt bei ihm, wie bei den meisten Autoren um diese Zeit, zwar eine marginale Rolle, die Grundkonzepte werden dennoch bereits vordekliniert.

Reil versucht, als Mediziner die Psychiatrie zu definieren, löst das Fachgebiet aus der Philosophie heraus und entwickelt ein neurologisches Verständnis des Körpers.<sup>296</sup> Auch die pflegerische Versorgung und Betreuung der als unheilbar geltenden Menschen mit dementiellen Symptomen – von ihm mit dem Begriff „erworbener Blödsinn“ umschrieben – betrachtet er als medizinische Aufgabe. Die aufeinander aufbauenden Publikationen entwickeln zunächst einen Gesundheits- und Krankheitsbegriff, von dem aus eine psychiatrische Nosologie abgeleitet wird, in späteren Jahren entstehen Theorien der Ausbildung und des Versorgungsmanagements. In der Medizingeschichte werden diese Schriften als Ausdruck unerklärlicher Wandlungen des Mediziners betrachtet.<sup>297</sup> Ob die Ansätze einander tatsächlich so stark



**Abb. 7: Johann Christian Reil**

---

<sup>295</sup> Vgl. hierzu Wiesing U (1995) Kunst oder Wissenschaft? Konzeption der Medizin in der deutschen Romantik. Stuttgart-Bad Cannstatt, S. 271.

<sup>296</sup> Vgl. hierzu Dörner K (1999) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. (2. Aufl.) Frankfurt/Main, S. 217.

<sup>297</sup> Vgl. ebd..

widersprechen, sei dahingestellt. Da die Aufgabenstellungen sich verschieben und damit verbunden auch die Zielsetzungen variieren, entwickelt er jeweils zu diesen neuen Fragen die entsprechenden theoretischen Grundlagen.

Reil ist ein typisches Kind der romantischen Epoche und als einflussreicher Arzt verknüpft mit den großen Namen, die diese Epoche prägen, seien es E.T.A Hoffmann, oder die Gebrüder Grimm, ob Schiller, Goethe oder Schelling.<sup>298</sup> Sie alle ließen sich entweder von Reil behandeln, haben ihn in der Literatur verewigt oder sich philosophisch mit ihm auseinandergesetzt. Dieses Netzwerk zeigt aber auch, dass Johann Christian Reil geprägt war von den Idealen der Aufklärung und seine Hinwendung zu romantischen Themen. So wie die Epoche selbst sich verändert, so scheint auch Reil sich dieser Entwicklung anzupassen. Die Anpassung erfolgt, wie bereits angedeutet, mit einer Veränderung der Aufgabenstellung. Betrachtet man Reil als die Personifizierung der gesamten Romantik, dann, so eine mögliche These, sind seine Schriften folgerichtig und nicht widersprüchlich. Klaus Dörner<sup>299</sup> beurteilt diese Entwicklung bei Reil als einen Versuch, die eigenen Unkenntnisse romantisch gefärbt kaschieren zu wollen. Da diese Intention in seinem frühen Werk noch nicht präsent sei, würden diese Publikationen einen singulären Stellenwert einnehmen, seien aber für die wissenschaftliche Entwicklung der Psychiatrie als herausragend zu betrachten. Andere Autoren beschreiben die Anfangsphase bei Reil als „geläuterten Empirismus“<sup>300</sup> geprägt von der Aufklärung, werten seine späteren Werke als Ausdruck eines naturphilosophischen Denkens und rücken ihn in die Nähe von Schelling. Innerhalb dieses Spannungsbogens lässt sich seine Biographie beleuchten. Aber trotz der vielfältigen Möglichkeiten den Werdegangs Reils zu interpretieren: unbestritten bleiben seine Verdienste für die moderne psychiatrische Wissenschaft. Er bewirkt durch seine Schriften ein anderes Verständnis vom Körper. Um die Jahrhundertwende war dieses noch geprägt

---

<sup>298</sup> Vgl. hierzu Lips I von (2009): Der Hallische Magnet. Johann Christian Reil. Halle, S. 37f. und S. 135f..

<sup>299</sup> Dörner K (1999) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. (2. Aufl.) Frankfurt/Main, S. 216.

<sup>300</sup> Wiesing U (1995) Kunst oder Wissenschaft? Konzeption der Medizin in der deutschen Romantik. Stuttgart-Bad Cannstatt, S. 271.

von der antiken Humoralpathologie<sup>301</sup>, von der er sich nun abwendet und seinerseits eine physiologisch fundierte Theorie des Körpers entwickelt. Er greift die Erkenntnisse seiner Zeit auf und verarbeitet sie mit der Brille eines Romantikers zu einem zeitgemäßen Konzept.

Johann Christian Reil wurde am 20. Februar 1759 im ostfriesischen Rhaude als Sohn eines Pfarrers geboren. Die familiäre Herkunft sah eine theologische Laufbahn vor, aber in der Literatur wird darauf hingewiesen, dass er bereits in seiner Jugend eine ausgesprochene Affinität zur Medizin hatte. Demzufolge hielt er auf seiner Abiturfeier eine in Alexandrinern verfasste Rede mit dem Titel „Lob der Medizin“<sup>302</sup>. Sicherlich ist dies eine Anekdote, aber dass diese Rede einem humanistischen Milieu entspringt, deutet gewissermaßen bereits auf Reils zukünftige Entwicklung zur Naturphilosophie hin.<sup>303</sup> Die Grundlagen für seine späteren Ansätze sind ohne die klassische humanistische Ausbildung nicht denkbar.

Nach dem Abitur immatrikulierte er sich, zunächst gegen den Willen seines Vaters, für ein Studium der Medizin in Göttingen.<sup>304</sup> Die recht junge Universität - ihre Gründung geht auf das Jahr 1737 zurück - war sehr bemüht, mit ihrer fortschrittlichen Ausstrahlung junge Studenten anzulocken. Reil folgte dieser Anziehungskraft, entschied sich aber bereits nach einem Semester um und verließ Göttingen, obwohl „[...] das seit der Mitte des Jahrhunderts als moderne und glänzend ausgestattete Universität eine führende Stellung unter den deutschen Hochschulen einnahm [...]“, wie auch Hans-Heinz Eulner befindet, doch dieser vermutet: „[...] es hat ihm aber der hofrätliche Ton nicht gefallen, weshalb er sich nach dem freieren Halle gewandt hatte.“<sup>305</sup> Ob ihm tatsächlich der „hofrätliche“ Ton in Göttingen missfallen hat, oder ob er, wie andere Autoren vermuten, sich vielmehr verpflichtet fühlte, als „preußischer

---

<sup>301</sup> Vgl. Koschorke A (2004) Poiesis des Leibes. Johann Christian Reils romantische Medizin. In: Goethezeitportal. URL: <<http://www.goethezeitportal.de/db/wiss/reil/koschorke.pdf>> (letzter Besuch 19.11.2013). S. 1.

<sup>302</sup> Witte E (1953) Johann Christian Reil. (Zu seinem 140. Todestag) In: Medizinische Monatsschrift 7, S. 727.

<sup>303</sup> Vgl. Marneros A (2009) Die Psychiatrie hat 200. Geburtstag. Ein Grund zum Feiern? In: Nervenarzt 80, S. 598.

<sup>304</sup> Kaiser W (1989) Johann Christian Reil (1759-1813) als Medizinalorganisator und klinischer Lehrer. In: Kaiser W; Völker A (Hrsg.) Johann Christian Reil und seine Zeit (1759-1813). Halles Symposium 1988. Beiträge zur Universitätsgeschichte. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. S. 11.

<sup>305</sup> Eulner HH (1959) Hallesche Straßennamen als Denkmäler hallescher Mediziner. VII Johann Christian Reil (1759-1813). In: Hallesches Monatsheft 6. Halle, S. 68.

Untertan<sup>306</sup> an einer landeseigenen Universität das Studium zu beenden, lässt sich schwer eruieren.

Wie immer man den universitären Weg interpretiert, Halle wurde Ausgangspunkt und - neben Berlin - wesentlichste Stätte seiner Karriere. Hier an der Academia Fridericiana findet er besonders in den Ordinarien Phillip Friedrich Theodor Meckel und Johann Friedrich Gottlieb Goldhagen bedeutsame Unterstützer und Förderer. Beide Dozenten verkörpern den neuen und innovativen Prozess der Hallenser Universität ab 1777.<sup>307</sup> In Goldhagen hat er bald nicht nur einen wohlwollenden Paten, sondern auch einen väterlichen Freund. Diese Patronage ermöglichte ihm im Jahr seines Abschlusses, 1782, die Aufnahme in der Loge „Zu den drei Degen“. Goldhagen hält zu diesem Zeitpunkt den Vorsitz inne und ermöglicht seinem Zögling die Mitgliedschaft am 1. März 1782. Sieben Monate später, im Oktober desselben Jahres, meldet sich Johann Christian Reil bei seinem Förderer zur Promotion zum Dr. med. et chir. mit der Bitte, „[...] sine praeside disputieren zu dürfen [...]“<sup>308</sup>. Derartige Doppelpromotionen waren nicht gesondert geregelt und konnten nach den Modalitäten des jeweiligen Promotors durchgeführt werden. In seiner späteren Publikation „Ueber die Erkenntniß und Cur der Fieber“ wird erkennbar, warum diese Doppelpromotion für Reil einen hohen Symbolwert besaß. Im § 17 beschreibt er: „Die Heilkunde ist entweder chirurgisch oder medizinisch.“<sup>309</sup> Dieser Ganzheitsanspruch wird später erweitert durch die Wortschöpfung „Psychiatrie“. In einer Weiterentwicklung und Abgrenzung von der antiken humoralpathologischen Gliederung besteht für Reil die Medizin neben der Chirurgie und der Arzneikunde auch aus der Psychiatrie. Da es zu seiner Zeit noch kein medizinisches Lehrfach „Psychiatrie“ gab, war ihm nur ein Doppelabschluss in Medizin und Chirurgie möglich. Reil wird später in seinen Rhapsodien fordern, dass die Mediziner chemisch, mechanisch und psychisch

---

<sup>306</sup> Kaiser W (1989) Johann Christian Reil (1759-1813) als Medizinalorganisator und klinischer Lehrer. In: Kaiser W; Völker A (Hrsg.) Johann Christian Reil und seine Zeit (1759-1813). Halles Symposium 1988. Beiträge zur Universitätsgeschichte. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. S. 12.

<sup>307</sup> Kaiser W; Mocek R (1994) Johann Christian Reil. Biographien Hervorragender Naturwissenschaftler, Techniker und Mediziner. Band 41. Leipzig, S. 25.

<sup>308</sup> Marneros A; Pillmann F (2005) Das Wort Psychiatrie ... wurde in Halle geboren. Von den Anfängen der deutschen Psychiatrie. Stuttgart, S. 6.

<sup>309</sup> Reil JC (1799) Über die Erkenntnis und Cur der Fieber. Allgemeine Fieberlehre. 1. Band. Halle, S. 27.



ausgebildet werden müssen, um somit alle Aspekte der Heilkunde, die Arzeneikunde, die Chirurgie und die Psychiatrie bedienen zu können.

Johann Friedrich Gottlieb Goldhagen kam seiner Bitte um Doppelpromotion jedenfalls gerne nach, denn sein Verhältnis zu Reil war von einem gewissen Stolz geprägt, wie wir aus folgendem schriftlichen Nachlass entnehmen können: „Ich getraue mir mit Wahrheit zu behaupten, daß H. Reil einer unseren würdigsten Candidaten ist. Sein specimen inaugurale, ohngeachtet ich in manchen Meinungen nicht mit ihm überein denke, verräth einen denkenden Arzt, der seinen eigenen Weg verfolgt und für die Zukunft selbst einen guten Schriftsteller verspricht.“<sup>310</sup> Aus dieser Hochachtung lässt sich leicht nachvollziehen, dass Reil fünf Jahre nach seiner Promotion in Halle auf die Fürsprache Goldhagens hin eine außerordentliche Professur in Halle erhielt. Am 16. Oktober 1787 wurde er an seine Alma Mater berufen, nur wenige Monate bevor sein Mentor starb.<sup>311</sup> Reil trat in seine Fußstapfen und wurde sein Nachfolger als ordentlicher Professor für Therapie und Leiter der medizinischen Abteilung des neu eröffneten Klinikums in Glaucha. 23 Jahre später nahm er einen Ruf nach Berlin an, wohin er 1810 wechselte, und verbrachte dort seine letzten drei Lebensjahre, geprägt von den napoleonischen Feldzügen. Als Leiter der preußischen Feldlazarette kam er schwer erkrankt aus dem Krieg zurück. Und selbst im Sterben tat er es gewissermaßen seinem Freund und Förderer Goldhagen gleich - wie dieser erliegt er dem Typhus.

Reils Biographie deutet einiges an, was in den Schriften ausdekliniert worden ist. In den frühen Veröffentlichungen widmet er sich dem Gesundheits- sowie Krankheitsbegriff und stellt in den Fokus seiner Betrachtung den Begriff „Lebenskraft“<sup>312</sup>. Diese Lebenskraft, und das ist das Besondere an der Definition, wird materialistisch gedacht. Die Basis seiner These entwickelt er für die Flora und Fauna und überträgt sie auf den Menschen. In einer Anmerkung in seinem Buch „Von der Lebenskraft“ vermerkt er: „Ich habe die Kraft der Materie, die das Pflanzen- und Thierreich charakterisieren, Lebenskraft genannt, und das Wort Leben im weitläufigsten Verstande

---

<sup>310</sup> Marneros A; Pillmann F (2005) Das Wort Psychiatrie ... wurde in Halle geboren. Von den Anfängen der deutschen Psychiatrie. Stuttgart, S. 6.

<sup>311</sup> Vgl. hierzu ebd., S.7f.

<sup>312</sup> Vgl. Dörner K (1999) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. (2. Aufl.) Frankfurt/Main, S. 217.

genommen. Vielleicht finden andere das Wort organische Kraft passender. Ich habe es aber deswegen nicht gewählt, weil Organisation dem Sprachgebrauch nach die Bildung belebter Wesen bezeichnet. Doch sind die Worte willkürliche Zeichen unserer Begriffe, und es kommt nur darauf an, den Begriff, den wir mit einem Wort verbinden, genau zu bestimmen.<sup>313</sup> Hinter dieser Idee von der Lebenskraft steckt die Vorstellung, Körper und Seele materialistisch zu betrachten, ein Ansatzpunkt, der modernen Naturwissenschaftlern sehr entgegenkommt. Dieser Entwurf ist auch die Grundlage für ein naturwissenschaftliches Verständnis der Psychiatrie. Die Philosophie ist eingebettet in einem allgemeinen gesellschaftlichen Interesse um 1800, geprägt von Galvanis Erkenntnissen über Elektrizität, von Galls Theorien und dem Brown'schen Ansatz.<sup>314</sup> All diesen Denkansätzen gemein ist die Vorstellung von einer Energie zwischen komplementären Polen als materialisierte Form des körperlichen und psychischen Lebens. Aus diesem Verständnis heraus wird Reil seine Definition der Krankheit und damit verbunden die Theorie des Irreseins entwickeln. Krankheit wird durch eine abweichende Mischung der Lebenskraft verursacht, was sich sowohl somatisch als auch psychisch äußern kann. Die auftretenden Symptome, so seine Auffassung, lassen sich dann empirisch studieren. Gesundheit ist demgegenüber Ausdruck einer ausgewogenen Mischung der Materie. Diese so definierte Lebenskraft erfährt ihre Steuerung über das Nervensystem, und damit begründet er nun im Wesentlichen seine Abkehr von der Humoralpathologie hin zu einem neuronalen Körpermodell.

Im vierten Band seines Werkes „Über die Erkenntniß und Cur der Fieber“ beschreibt Reil gesondert die Nervenkrankheiten und thematisiert dabei auch die Rolle des Gehirns: „Das Gehirn und die Nerven bestehen aus einer eigenthümlichen Materie, die auf eine künstliche Art, und nach einer festen Regel organisiert ist. Daß der Knochen starr, und die Gefäße hohl seyn müssen, ist uns aus ihrer Bestimmung begreiflich. Allein die Form und Mischung des Gehirns und der Nerven schauen wir an, ohne im geringsten daraus es erkennen zu können, warum sie in Beziehung auf ihren Zweck, so und nicht

---

<sup>313</sup> Reil JC (1795) Von der Lebenskraft. In: Archiv für die Physiologie. Ersten Bandes erstes Heft. Halle, S. 48.

<sup>314</sup> Dörner K (1999) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. (2. Aufl.) Frankfurt/Main, S. 217.

anders seyn dürfen. Doch schließen wir aus den Gesetzen der Kausalität, daß dieselben, und ihre sich darauf gründenden Eigenschaften, Ton Plasticität, Dichtigkeit, Schwere, Trockenheit, Kohärenz der Nerven u.s.w. mit der Normalität ihrer Verrichtungen in dem genauesten Verhältniße stehen. Wie schließen, daß eine bestimmte normale Mischung und Form derselben zugleich auch den Grund einer eigenthümlichen Dichtigkeit, Schwere u.s.w. enthalte. Wir mutmaßen, daß, wenn auch ein gewisses uns unbekanntes expansives Wesen die Nerven umgeben, und an ihrer Funktion den größten Anteil haben sollte, dies sowohl in Ansehung seiner Entstehung, als auch in Ansehung seiner Leitung von der Mischung und Form der trägen und beharrlichen Materie derselben abhängig seyn müsse.<sup>315</sup>

Reil versucht, das Gehirn und die Nerven kausal in eine Beziehung zu setzen und physiologisch zu beschreiben. Die Mischung der Materie, die bereits für die Erläuterung der Lebenskraft eine Rolle gespielt hat, ist verantwortlich für einen reibungslosen Ablauf der körperlichen und psychischen Funktionen. Die körperlichen Organe bedingen einander und werden durch das Nervensystem zu einem Ganzen zusammen geführt. Diese Zusammengehörigkeit und Abhängigkeit vergleicht er mit einer Republik, einer für ihn hierarchiefreien Staatsform: „Der tierische Körper ist gleichsam eine große Republik, die aus mehreren Teilen besteht, welche zwar sämtlich in einem bestimmten Verhältnis gegeneinander stehen und einzeln zur Erhaltung des Ganzen mitwirken; aber ein jeder Teil wirkt doch durch seine eigenen Kräfte und besitzt seine eigenen Vollkommenheiten, Fehler und Gebrechen, unabhängig von den übrigen Gliedern des Körpers.“<sup>316</sup>

Und wie ordnet Reil in diesem Konstrukt die Geisteserkrankungen ein? Ganz in der Kant'schen Tradition, versucht er das Phänomen zu differenzieren, um die Bereiche herausfiltern zu können, über die man eine Aussage treffen kann. Als Empiriker lässt er nur die Bereiche gelten, die beobachtet und wahrgenommen werden können. Diese Differenzierung zieht sich wie ein roter Faden durch die gesamte spätere psychiatrische Nosologie. „Der Mensch hat Bewußtsein, eine dem inneren Sinne gegebene Erscheinung, die als Thatsache

---

<sup>315</sup> Reil JC (1802) Über die Erkenntniß und Cur der Fieber. 4. Band. Besondere Fieberlehre. Fieberhafte Nervenkrankheiten. Halle, S. 110.

<sup>316</sup> Reil JC (1910) Von der Lebenskraft. Hrsg. von Karl Sudhoff. Leipzig, S. 58.

seines Beweises bedarf, und als einfacher Begriff seiner weiteren Entwicklung fähig ist. Die Erforschung der Ursachen desselben ist ein metaphysisches Problem, dessen Auflösung nach der Kritik der reinen Vernunft unsere Kräfte übersteigt. Wir nennen sie Seele, Geist, Gemüth, und verstehen darunter den Inbegriff übersinnlicher Anlagen, die wir in ihrer ursprünglichen Aeüßerung und allmählichen Entwicklung, als unabhängig von den Gesetzen der Organisation vorstellen.<sup>317</sup>

Eine besondere Rolle übernimmt das Gehirn. Seine Bedeutung besteht in der Funktion eines zentralen Brennpunktes aller Nerventätigkeit und Kräfte innerhalb des Körpers. Für die Umsetzung der Prozesse benötigt das Nervensystem Unterstützung durch die Gefäße und das Blut, die jedoch vom Stellenwert nachrangig betrachtet werden. Sämtliche Prozesse werden im Gehirn zusammengeführt und gesteuert. Neben der somatischen Steuerung, ist die Wirkung des Gehirns auch ausgerichtet auf unsere Seele und damit verantwortlich für unsere psychische sowie geistige Gesundheit. Das Gehirn gewährt uns die Möglichkeit der Vorstellung und jede Aktion der Seele wird wahrgenommen in der Vorstellung sowie mittels eines inneren Sinnes. Diese inneren Prozesse korrespondieren mit der Ganzheit des Körpers. Körperliche und seelische Empfindungen prägen zusammen das „Gemeingefühl“<sup>318</sup>. Tätigkeiten des Gehirns und des Gemeingefühls bedingen einander und sind verantwortlich für unsere Anschauungen oder auch Imagination. Unsere Fähigkeit der Erinnerung liegt, dieser Logik zufolge, in der Kraft dieser Imagination begründet. Ein pathologisches Vergessen, wie sie die dementielle Symptomatik zeigt, müsste vor diesem Hintergrund mit der Unfähigkeit einer Imagination begründet werden. Wo allerdings exakt die Ursachen zu suchen sind, lässt sich für Reil nicht beantworten und er verweist diese Fragen deswegen auch in den Bereich der Spekulation. Diese nicht hinterfragbaren Ursachen sind auch in der gegenwärtigen Psychiatrie durchaus noch begrifflich präsent, wenn beispielsweise von endogenen Depressionen gesprochen wird.

---

<sup>317</sup> Reil JC (1802) Über die Erkenntniß und Cur der Fieber. 4. Band. Besondere Fieberlehre. Fieberhafte Nervenkrankheiten. Halle, S. 225.

<sup>318</sup>Vgl. Marneros A; Pillmann F (2005) Das Wort Psychiatrie ... wurde in Halle geboren. Von den Anfängen der deutschen Psychiatrie. Stuttgart, S. 50f. und Dörner K (1999) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. (2. Aufl.) Frankfurt/Main, S. 221f..

Mit dem Attribut „endogen“ wird lediglich eine Depression beschrieben, deren Ursache nicht eindeutig benannt werden kann.

Wenn auch die krankheitsauslösenden Faktoren nicht genau beschrieben werden können, so hält Reil das Gehirn jedoch zentral verantwortlich für alle geistigen und seelischen Erkrankungen. „Unter dieser Voraussetzung [...]“, so Werner Leibbrand und Annemarie Wettley, „[...] sind alle Verrücktheiten, wie und durch welche entfernte Ursache sie auch entstanden sein mögen, idiopathisch. Sie setzen eine Abnormität unmittelbar im Gehirn voraus. Nie dürfen wir uns unter sogenannten symptomatischen und sympathischen Geisteszerrütungen solche denken, bei denen das Gehirn zwar an sich gesund ist, aber durch abnorme Reize zu fehlerhaften Handlungen bestimmt wird.“<sup>319</sup> Mit der Vermutung, die seelischen Erkrankungen liegen begründet in einer Erkrankung des Gehirns, wird die medizinische Basis der modernen Psychiatrie und Neurologie geschaffen. Auch wenn Reil von den Theorien Galls wenig hielt, so liegt er mit seinem neurologischen Verständnis von Psyche und Geist durchaus in gedanklicher Nähe.

Auch die gerontopsychiatrischen Erkrankungen waren bekannt und für die Irrenanstalten eine feste Größenordnung. Reil selbst veröffentlicht eine Tabelle, die eine altersspezifische Differenzierung offenlegt und die Altersstufen mit unterschiedlichen Heilchancen charakterisiert: „Die Prognose in Beziehung auf das Alter, ergiebt sich aus beygehender Tabelle der Kranken, die in einem Zeitraume von zehn Jahren, nämlich von 1784 bis 1794, im Bedlam aufgenommen und entlassen wurden.

| <i>Alter zwischen</i>   | <i>Zahl d. Aufgenommenen</i>       | <i>Zahl d. geheilten Entlassenen</i> | <i>Zahl d. ungeheilt Entlassenen.</i> |
|-------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <i>10 und 20 Jahren</i> | <i>113</i>                         | <i>78</i>                            | <i>35</i>                             |
| <i>20 und 30 Jahren</i> | <i>488</i>                         | <i>200</i>                           | <i>288</i>                            |
| <i>30 und 40 Jahren</i> | <i>527</i>                         | <i>180</i>                           | <i>347</i>                            |
| <i>40 und 50 Jahren</i> | <i>362</i>                         | <i>87</i>                            | <i>275</i>                            |
| <i>50 und 60 Jahren</i> | <i>143</i>                         | <i>25</i>                            | <i>118</i>                            |
| <i>60 und 70 Jahren</i> | <i>31</i>                          | <i>4</i>                             | <i>27</i>                             |
|                         | <i>1664 überhaupt aufgenommen.</i> | <i>574 überhaupt geheilt.</i>        | <i>1000 überhaupt nicht geheilt</i>   |

Hiernach ist also die Hoffnung der Genesung bey jungen Personen größer, als bey alten. Auch zeigt diese Tabelle uns an, daß in dem Lebensalter zwischen

<sup>319</sup> Leibbrand W; Wettley A (2005) Der Wahnsinn. Geschichte der abendländischen Psychopathologie. Freiburg, S. 392.

dreißig und vierzig Jahren die Menschen am leichtesten ihren Verstand verlieren, weil sie in dieser Epoche dem Widerwärtigkeiten ausgesetzt sind.“<sup>320</sup>

Interessant ist diese Tabelle in zweierlei Hinsicht. Zum einen hat Reil vor seinem Hauptwerk, den Rhapsodien, intensive Studien durchgeführt, um sich über die Situation geistig erkrankter Menschen in Europa zu informieren. Zum zweiten legt seine Interpretation die Vermutung nahe, dass das Hauptinteresse den heilbar Kranken mittleren Alters galt. Diese Vermutung spielt in der Gesamtbewertung eine gewisse Rolle. Die Betrachtung gerontopsychiatrischer Erkrankungen ist ein Nebenprodukt in der psychiatrischen Diskussion um 1800. Selbst in der gegenwärtigen Diskussion erfährt die Demenz erst in den letzten Jahren eine medizinische Aufmerksamkeit, bedingt durch den quantitativ starken Anstieg infolge des demographischen Prozesses. Hinter dem fehlenden Interesse an psychischen Erkrankungen im Alter steckte sicherlich die Annahme, Betagte und Hochbetagte, nicht heilen zu können. Da die Medizin auf Heilung ausgelegt ist, fokussierte sich der Blick auf heilbare Erkrankungen der Seele. Dennoch wurden auch bei Reil die Grundkonzepte für die Gerontopsychiatrie und damit für die Demenz gelegt.

Als das wichtigste theoretische Fundament für die gesamte deutsche Psychiatrie darf sein Hauptwerk, die „Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen“ betrachtet werden. Sie wurden erstmalig 1803 veröffentlicht und sind noch ganz erfüllt von einer empirischen Herangehensweise oder, um mit Dörner zu sprechen: „Bisher ließ man die Psychiatrie in Deutschland 1803 mit Reils psychiatrischem Hauptwerk, den Rhapsodien, beginnen. Sicher ähnelt die geistesgeschichtliche Situation der in England und Frankreich. Man kann von einer Nahtstelle aufklärerischen und romantischen Denkens sprechen, als der ursprüngliche Kantianer Reil kurz vor seiner Konversion zum naturphilosophischen Systemdenken dieses Werk schrieb, das auf Jahrzehnte hinaus einem Paradigma am nächsten kommt.“<sup>321</sup>

Dieser Stellenwert der Rhapsodien erfordert eine intensive Analyse des Werkes. Es gewährt uns nicht nur einen Einblick in die beginnende

---

<sup>320</sup> Reil JC (1802) Über die Erkenntniß und Cur der Fieber. 4. Band. Besondere Fieberlehre. Fieberhafte Nervenkrankheiten. Halle, S. 372.

<sup>321</sup> Dörner K (1999) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. (2. Aufl.) Frankfurt/Main, S. 218.

medizinische Psychiatrie, sondern gibt uns auch Hinweise auf pflegerische Ansprüche und Betreuungskonzepte im beginnenden 19. Jahrhundert, die uns zum Teil auch heute noch in der Demenzforschung begleiten. Die Rhapsodien vereinigen auf über 500 Seiten, gegliedert in 28 Paragraphen, alle Aspekte der medizinischen, ärztlichen und pflegerischen Betreuung seelisch erkrankter Menschen. Diesem Gesamtanspruch steht ein sehr ungewöhnlicher Titel vor und man stellt sich die Frage, warum Reil auf diese Formulierung verfiel, mit dem Begriff „Rhapsodie“ verbindet man eher Musik oder Dichtung und weniger ein medizinisches Werk. Wir können vermutlich davon ausgehen, dass Reil mehr eine Kompilation intendierte, als eine wissenschaftliche Arbeit und dieses mit dem Titel zum Ausdruck bringen wollte.

Im ersten Paragraphen appelliert er an die moralische Öffentlichkeit. Er beschreibt die unhaltbaren Zustände in den sog. Tollhäusern und versucht gleichzeitig darauf aufmerksam zu machen, dass es jeden treffen kann, seelisch und geistig zu erkranken. Die Situation für geistig erkrankte Menschen war desaströs, ihr Dasein spielte sich am Rande der Gesellschaft ab. Psychiatrisch erkrankte Menschen und besonders verarmte Alte, die mit unheilbarem Wahnsinn oder „erworbenem Blödsinn“ untergebracht werden mussten, fanden folgende Verhältnisse vor: „In den meisten Irrhäusern sind die Stuben eng, dumpf, finster, überfüllt; im Winter kalt wie die Höhlen der Eisbären am Nordpol, und im Sommer dem Brande des krankmachenden Sirius ausgesetzt. Es fehlt an geräumigen Plätzen für Bewegung, an Anstalten zum Feldbau. Die ganze Verfassung dieser tollen Tollhäuser entspricht nicht dem Zweck der erträglichsten Aufbewahrung; und noch weniger der Heilung der Irrenden.“<sup>322</sup>

Die Ursachen sieht Reil in der gesellschaftlichen Haltung gegenüber Irrenden begründet. Die vorherrschende Meinung, selbst nicht zum Betroffenen werden zu können, führte dazu, dass die Mehrheit eine Auseinandersetzung mit dem Thema tabuisierte. Um diesem Vorurteil entgegenzuwirken, verdeutlicht er, dass eine Verbesserung der Zustände schon aus Eigeninteresse erfolgen müsse und fordert im gleichen Atemzug: „Dies sind Gründe, die uns Milde gegen Irrende gebieten, aus Eigenliebe ohne Nächstenliebe. Dennoch perennirt die Barbarey, wie sie aus der rohen Vorzeit auf uns übertragen ist. Wir sperren

---

<sup>322</sup> Reil JC (1818) Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrüttungen. Halle, S. 15.

diese unglücklichen Geschöpfe gleich Verbrechern in Tollkoben, ausgestorbne Gefängnisse, neben den Schlupflöchern der Eulen in öde Klüfte über den Stadthoren, oder in die feuchten Kellergeschosse der Zuchthäuser ein, wohin nie ein mitleidiger Blick des Menschenfreundes dringt, und lassen sie daselbst, angeschmiedet an Ketten, in ihrem eigenen Unrath verfaulen. Ihre Fesseln haben ihr Fleisch bis auf die Knochen abgerieben, und ihre hohlen und bleichen Gesichter harren des nahen Grabes, das ihren Jammer und unsere Schande zudeckt.<sup>323</sup>

Reil folgt in seiner beklemmenden Beschreibung der Vorgehensweise von Pinel und Esquirol, um anhand des bedrückenden Istzustandes die Forderung an die Gesellschaft zu richten. Die Anteilnahme in der Bevölkerung muss jedoch noch erkämpft und das Bewusstsein für diese Problematik geschaffen werden. Dabei stößt er auf allgemeine Ignoranz, der er wie folgt zu begegnen versucht: „Wo sind die Früchte unserer gerühmten Cultur, Menschenliebe, Gemeingeist, ächter Bürgersinn und edle Resignation auf eigenes Interesse, wenn es auf Rettung Anderer ankommt? Man muss wahrlich in der Jugend ein warmer Freund der Menschen gewesen seyn, um sie im Alter wie die Sünde zu hassen, wenn man sie kennen gelernt hat.“<sup>324</sup>

Das Bewusstsein, erkrankte alte Menschen versorgen zu müssen, wird in der Romantik zu einem gesellschaftlichen Thema, man denke zum Beispiel an das Märchen der Gebrüder Grimm von dem alten Großvater und dem Enkel. Reil greift diese kollektive Aufgabenstellung auf und weitet sie auf die Psychiatrie aus. Während seine spätere Nosologie die Gerontopsychiatrie nur am Rande thematisiert, steht bei den Rhapsodien gleich zu Beginn die Klage, alte Irrende würden nicht angemessen gewürdigt. Darauf aufbauend entwirft er im zweiten Paragraphen das Konzept von öffentlichen Einrichtungen für die Irrenden. Die Verantwortlichkeit für adäquate Unterbringung der Geisteskranken läge beim Staat und es sei seine Aufgabe entsprechende Institutionen zu schaffen. Ihre Funktion dürfe nicht reduziert werden auf eine reine Beherbergung der geisteserkrankten Menschen, sondern sie sollten gleich medizinischen Hospitälern ärztlich geführt werden, um eine Heilung der Krankheiten zu ermöglichen.

---

<sup>323</sup> Ebd., S. 14.

<sup>324</sup> Ebd., S. 16.



„Der Staat legt öffentliche Narren- und Tollhäuser, gleichsam als die Basis aller Vorsorge zum Grunde, welches schon auf die größere Schwierigkeit der Cur dieser Art von Krankheiten hinzudeuten scheint. Er spart dadurch an Kostenaufwand, kann seine Aufmerksamkeit in einem Punkt vereinigen und eine große Anstalt leichter als viele kleine überschauen. Für plötzliche Ausbrüche der Raserey sind öffentliche Sicherheits-Oerter nöthig. Meistens gelingt die Cur der Verrückten besser unter unbekanntem Menschen und in fremden Häusern. Die relativen Hindernisse ihrer Herstellung sind in einer öffentlichen Anstalt nur von einerley, hingegen in den Familien so mannichfaltiger Art, als die Familien, denen sie angehören. In Privathäusern fehlen Bäder, Douchen, freie Plätze und andere Hilfsmittel zur Cur, die in den öffentlichen Anstalten dem Arzt zu Gebote stehen.“<sup>325</sup>

Öffentliche Irrenanstalten haben für Reil vor allem zwei Funktionen<sup>326</sup>, zum einen die „Aufbewahrung“ nicht heilbar Irrender und zum anderen die medizinische Betreuung von heilbaren geistig und seelisch erkrankten Menschen. Für den Aufenthalt nicht heilbarer Kranker geht es auch um die Schaffung von Lebensqualität, neben dem Schutz vor sich und dem anderen. So fordert er: „1) Den Irrenden verwahren, daß er sich und Andern nicht schade; 2) ihm alle Mittel zum frohen Genuß seines Daseyns anbieten, die seinem Zustande angemessen sind; 3) endlich ihn, soweit es möglich ist, zur Thätigkeit anhalten.“<sup>327</sup> Dieses Grundkonzept verdient nähere Betrachtung. Vergleichen wir die genannten Forderungen mit der gegenwärtigen Diskussion um die Versorgung demenzkranker Menschen, so lassen sich einige Parallelen erkennen. In der Regel wird dann eine stationäre Versorgung angestrebt, wenn Eigen- oder Fremdgefährdung vorhanden ist, und für den Betroffenen ein beschützender Rahmen gefunden werden muss. Die Konzepte für derartige Einrichtungen zielen auf die Beibehaltung von Lebensqualität bei größtmöglicher Autonomie. In vielen Einrichtungen ist es Ziel, gemeinsam einen Haushalt zu leben unter der Einbeziehung der demenzkranken Menschen in die Aktivitäten des Alltags. Mit den geschützten Räumen für Menschen mit

---

<sup>325</sup> Ebd., S. 19.

<sup>326</sup> Marneros A; Pillmann F (2005) Das Wort Psychiatrie ... wurde in Halle geboren. Von den Anfängen der deutschen Psychiatrie. Stuttgart, S. 52f.

<sup>327</sup> Reil JC (1818) Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrüttungen. Halle, S. 20.

Demenz verbindet sich auch der Wunsch auf einen größtmöglichen Verzicht auf Psychopharmaka.

In der allgemeinen Psychiatrie kommt der klassische Konflikt zwischen Psychiatrie und Psychotherapie zum Ausdruck, bei Reil werden die chemischen und psychischen Curmethoden<sup>328</sup> einander gegenübergestellt. Reil lehnt die chemische, sprich psychopharmakologische, Behandlung nicht komplett ab, betont jedoch den Stellenwert der psychischen Kurmethoden, um eine Heilung bewirken zu können. Unter chemischer Therapie versteht er: „[...] die Nahrungsmittel, die Arzneien und Gifte, nach den Zwecken, die sie in der Organisation erreichen. Bromatologie, Diätetik, Pharmakologie und Toxikologie, sind unter dieser Abtheilung begriffen.“<sup>329</sup>

Im weiteren Verlauf der begrifflichen Definitionen geht er auf die psychischen Methoden ein und fasst zusammen, die Instrumente wirkten: „[...] Psychisch, wenn sie durch eine bestimmte Richtung der Seelenkräfte, der Vorstellungen, Gefühle und Begierden, solche Veränderungen in der Organisation hervorbringen, durch welche ihre Krankheiten geheilt werden. Die Instrumente dieser Art sind bis jetzt noch in kein System zusammengetragen.“<sup>330</sup> Aus der Definition wird deutlich, dass die nicht heilbaren psychisch Kranken kaum von einer psychischen „Curmethode“ profitieren. Bezogen auf den „erworbenen Blödsinn“ besteht die medizinische Herausforderung primär in der adäquaten Versorgung und Unterbringung der Betroffenen, auch wenn Reil an anderer Stelle betont, dass alle psychischen Erkrankungen, den erworbenen Blödsinn schließt er dabei nicht aus, mit den Mitteln der psychischen Methode behandelt werden könnten. Im Vordergrund für den Unheilbaren stehen allerdings Tagesstrukturierung und individuelle Ansprache. Wir würden dieses Aufgabenfeld heutzutage mehr den Pflegewissenschaften zuordnen und im Bereich des Versorgungsmanagements ansiedeln. Dennoch spielt diese Differenzierung durch Reil in der Demenzdebatte eine gewisse Rolle, die sich mit Modifikationen bis heute gehalten hat.

---

<sup>328</sup> Vgl hierzu Dörner K (1999) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. (2. Aufl.) Frankfurt/Main, S. 224f.

<sup>329</sup> Reil JC (1818) Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrüttungen. Halle, S. 25.

<sup>330</sup> Ebd., S. 26.

Welche Rolle darf die Psychopharmakologie in der Behandlung spielen? In den modernen nationalen sogenannten „Medizinischen S3-Leitlinien“ zählen die Musik- und Kunsttherapie als Unterkategorien zur Psychotherapie<sup>331</sup>. Geht man von diesem Verständnis aus, dann werden psychotherapeutische Maßnahmen im Sinne von Musik- und Kunsttherapie in vielen Demenzkonzepten angewandt, u.a. mit dem Ziel, die psychopharmakologische Behandlung möglichst gering halten zu können.

Die ersten Schritte für psychotherapeutische Methoden wurden in der Romantik entwickelt, und Reil musste sich diesen Anfang in der Medizin schwer erkämpfen. Nicht nur Kant, sondern auch sein Freund und philosophischer Kollege an der Hallenser Universität, Johann Christoph Hoffbauer, beanspruchte die Seelenpathologie für den Fachbereich Philosophie. Reil war davon überzeugt, das Rad in Richtung Medizin drehen zu können und dies auch zu müssen. Die Qualitäten, die für die Umsetzung der psychischen Methode erforderlich seien, listet er im fünften Paragraphen auf: „Die psychische Curmethode hat noch mit mancherley kleinen und großen, relativen und absoluten Schwierigkeiten zu kämpfen. Wer sich daher ihrer bedienen will, scheint ein vorzügliches Talent, großen Scharfblick, mehr Kenntnisse und Fertigkeiten nöthig zu haben als jeder andere Heilkünstler, der direct auf den Körper wirkt. Der psychische Arzt hat die verwickeltsten Verhältnisse zu berechnen. Er kann die absolute Kraft seiner Instrumente, nicht wie die Kraft eines Tourniquets oder wie die Größe eines Rhabarberpulvers, in Zahlen fassen, oder durch Maaß und Gewicht bestimmen. Meistens muß er die Eindrücke auf das Vorstellungs- und Begehrungsvermögen des Kranken extemporiren, wie es der Zufall heischt und sein Genie zu starken und überraschenden Inpromptü's aufgelegt ist.“<sup>332</sup>

Mit Hilfe der psychischen Methoden sollen auch Wirkungen auf die Physiologie erzielt werden. Reil ist davon überzeugt, dass man damit sogar Einfluss auf den somatischen Verlauf der Krankheit ausüben kann. Wenn die Erkrankung allerdings auf degenerative Zerstörungen des Gehirns

---

<sup>331</sup> Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.) S3-Leitlinie "Demenzen" (Langversion 23.11.2009) <http://www.dgppn.de/documents/s3-leitlinie-demenz-kf.pdf> (zuletzt aufgerufen am 11.12.2013), S.74f.

<sup>332</sup> Reil JC (1818) Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrüttungen. Halle, S. 32.

zurückzuführen sei, so ist auch nach Reil eine psychische Methode unwirksam. Eine neurologisch degenerative Demenz kann in diesem Kontext nicht mehr primär psychisch behandelt werden. Die Aufgabe des Arztes, so die Folgerung, liegt in der Heilung des Organes Gehirn, denn: „Ein zerstörter Gehirntheil ist kein Gehirn mehr, also auch nicht mehr im Stande, dessen normale und abnorme Funktion auszuüben, d. h. Vorstellungen zu erzeugen. Der Wahnsinn hat in diesem Fall nicht in den zerstörten, sondern in den scheinbar unverletzten Theilen des Gehirns seinen Sitz.“<sup>333</sup> Hier wird zum Teil bereits eine neurologische Ursache beim „erworbenen Blödsinn“ gedacht, die gekoppelt sein könnte mit einer psychiatrischen Erkrankung der noch funktionierenden Gehirnteile.

Reil trennt die verschiedenen Krankheitsbilder und bedient sie mit unterschiedlichen Heilmethoden. Auch wenn er um das unzureichende Wissen über die Psyche weiß, so baut er auf ein systematisches empirisches Studium der unterschiedlichen psychischen Erkrankungen, aus dem die Medizin zukünftig neue Erkenntnisse erzielen kann. Deswegen zählt für ihn dieser neue Weg unbedingt zur Medizin und er appelliert an die medizinische Fakultät, den zwei vorhandenen Graden - es sei dabei kurz an seine Doppelpromotion in Medizin und Chirurgie erinnert - einen dritten Grad, den der psychischen Heilkunde als Doktorwürde hinzufügen. Damit die Versorgung der Irrenden nicht im Konflikt zwischen den Fakultäten zerrieben wird, reicht Reil den anderen Mitwirkenden die Hand und schlägt eine multiprofessionelle Koalition vor. Ein Vorschlag, der selbst im zeitgenössischen Kontext sehr modern wirkt, schaut man sich die Entwicklung der gegenwärtigen Psychiatrie und besonders der Gerontopsychiatrie näher an. Der Aufbau von gerontopsychiatrischen Verbänden mit dem Ziel, sämtliche Professionen an einem Tisch zu versammeln, zählt zu den großen Erneuerungen der vergangenen Jahre. Vor 200 Jahren klangen die Worte freilich etwas pathetischer: „Englands, Frankreichs und Deutschlands Aerzte treten zugleich auf, das Schicksal der Irrenden zu mildern. Ihnen bieten Philosophen und Priester freundlich die Hand, und unsere erlauchten Diener des Staates sind bereit, Entwürfe zu realisiren, die dem Staatsinteresse keine Aufopferung kosten, ihnen Ehre und dem Volke Heil bringen. Mit Frohsinn sieht der Cosmopolit dem unermüdeten

---

<sup>333</sup> Ebd., S. 48.

Gewühl der Menschen für die Wohlfahrt ihrer Nächsten zu. Das Abschreckende der Gefängnisse und Zuchthäuser ist beseitigt.“<sup>334</sup> Eine Allianz also ist gebildet auf der Grundlage zeitgemäßer medizinischer Erkenntnisse, um gegen die Missstände der herkömmlichen Unterbringung Irrender anzugehen.

Es war für Reil eine gesellschaftliche Herausforderung und Aufgabe, sich um die Verbesserung der Betreuung geistig und seelisch erkrankter Menschen zu bemühen. Dieses Engagement brachte ihm den Titel ein, „der deutsche Pinel“<sup>335</sup> zu sein, obwohl er persönlich sehr kritisch zu seinem französischen Kollegen stand. Aber wie Philippe Pinel fordert auch Reil neue Methoden im Umgang mit Irren. Diesen neuen Mitteln, die er für die Betreuung empfiehlt, widmet er einen ganzen Paragraphen. In Unterscheidung zu Arzneien und chirurgischen Maßnahmen, betrachtet er diese nun als notwendige Werkzeuge, um zweckmäßig auf die Veränderungen der Seele eingehen zu können. Da man im Gegensatz zu den physischen Mitteln keine Dosierung empfehlen kann, ist der Arzt gezwungen, die Patienten streng zu beobachten, um eine Wirksamkeit zu kontrollieren. Die Sinne spielen dabei als Rezeptoren eine große Rolle, denn die psychischen Mittel werden von den Sinnesorganen aufgenommen und über die Nervenenden zum Gehirn weitergeleitet. Es wird an dieser Stelle deutlich, dass mit den psychischen Kuren weniger die Gesprächstherapie gemeint ist, als vielmehr der Versuch unternommen werden soll, heilende und positive Reize auf den Körper zu erzeugen. Einige der vorgeschlagenen Methoden wirken aus heutiger Lesart sehr barbarisch, so, wenn er beispielsweise Hunger, Durst, Niesmittel, das Abbrennen der Moxa, glühende Eisen oder brennendes Siegellack aufzählt.<sup>336</sup> Er preist aber auch andere, uns vertrautere Methoden, wie beispielsweise Arbeiten, Musizieren und Malen. Methoden, die auch in der modernen Demenzbetreuung eine Rolle spielen. Es lassen sich die ersten Ansätze einer Musiktherapie ableiten, wenn er das Ohr als besonderes Sinnesorgan hervorhebt und heilende Töne beschreibt: „Durch dasselbe wirkt

---

<sup>334</sup> Ebd., S. 180.

<sup>335</sup> Marneros A; Pillmann F (2005) Das Wort Psychiatrie ... wurde in Halle geboren. Von den Anfängen der deutschen Psychiatrie. Stuttgart, S. 33.

<sup>336</sup> Vgl. Reil JC (1818) Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrüttungen. Halle, S. 189 ff.

der Zauber der Töne auf uns, die Pythagoras das Element der Geister nannte.<sup>337</sup>

Die Musiktherapie ist heute unverzichtbarer Bestandteil in der Betreuung von Menschen mit Demenz. Sie ist eine Komponente des biographischen Arbeitens und eignet sich ebenso gut für das Gedächtnistraining. Für die kognitiven Übungen schlägt Reil jedoch Maßnahmen vor, die deswegen interessant sind, weil sie als erste Ideen für ein gezieltes Gedächtnistraining angesehen werden dürfen: „Übungen des Verstandes werden der Fassungskraft des Kranken gemäß eingerichtet. Er muß anfangs leichte Versuche im Bilden der Begriffe, Urtheile und Schlüsse machen, Vorstellungen in ihre Theile auflösen, diese unter sich und mit andern vergleichen, gleichartige Merkmale absondern und sie zu neuen Begriffen zusammenfassen. Allmählig schreitet man zu schwereren Aufgaben.“<sup>338</sup>

Eine weitere Methode, die als absolut unerhört galt, die aber in der gegenwärtigen Demenzbetreuung tatsächlich wieder neu konzipiert und erwogen wird, ist der Einsatz von Prostituierten in der Behandlung. Reil beruft sich hierbei auf die italienische Literatur: „Das stärkste und angenehme körperliche Gefühl bewirkt der Genuß des Beischlafs. Chiarugi trägt keine Bedenken, ihn den Verrückten zu verstatten, und glaubt, daß er vorzüglich zur Heilung der Melancholie beitragen könne. Männern kann man durch eine öffentliche Dirne, Weibern schwerer genügen, weil sie schwanger werden, und ihr Uebel auf die Frucht forterben können.“<sup>339</sup> In erster Linie hat auch Reil mit dieser extravaganten Methode<sup>340</sup> mehr die Behandlung bei Depression im Blick und weniger bei „erworbenem Blödsinn“. Die Methode an sich wird tatsächlich seit einigen Jahren wieder neu diskutiert, um besonders Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung eine sexuelle Befriedigung zu ermöglichen. In diesem Kontext beschreiben einige skandinavische Demenzprojekte den gezielten Einsatz von Pornographie und Prostitution, um aufdringliche und unkontrollierte Sexualität in den Einrichtungen zu verhindern. Aber selbst in diesen gegenwärtigen Konzepten gilt der Vorschlag zumindest als mutig wenn

---

<sup>337</sup> Ebd., S. 203.

<sup>338</sup> Ebd., S. 252.

<sup>339</sup> Ebd., S. 186.

<sup>340</sup> Vgl. hierzu auch Marneros A; Pillmann F (2005) Das Wort Psychiatrie ... wurde in Halle geboren. Von den Anfängen der deutschen Psychiatrie. Stuttgart, S. 49.

nicht gar als revolutionär, so dass die Idee vor 200 Jahren geradezu verstörend gewirkt haben muss.

Die in den „Rhapsodien“ beschriebenen Praktiken und Methoden dienen allesamt dazu, positive und/oder disziplinierende Reize zu erzeugen, im Kontext einer heilsamen Atmosphäre. Unterstützend dazu wird im modernen Sinne ein „Wellness-Programm“ entwickelt und Reil betont: „Alle diese und andere Uebungen der Aufmerksamkeit und Besonnenheit müssen den Kräften des Kranken angemessen seyn, ihn nicht ermüden, Veränderungen haben, und mit Pflege des Körpers, mit Bädern, Bewegungen Salbungen u.s.w. abwechseln.“<sup>341</sup> Die Einbeziehung aller Sinne ist ein fester Bestandteil auch in den modernen Betreuungskonzepten für Menschen mit Demenz. Reil war also mit seinen Vorstellungen von einer positiven Atmosphäre nicht weit entfernt von zeitgenössischen Modellen. Die Methoden wurden zwar ursprünglich nicht für Demenzkranke erdacht, die Konzepte werden gegenwärtig jedoch zum Teil für diese neu entdeckt.

Selbstverständlich muss bei Reil von einer grundverschiedenen Nosologie ausgegangen werden, die aber auch dementielle Symptome am Rande einordnet. Ab § 20 beginnt er mit der Beschreibung einer Krankheitssystematik.<sup>342</sup> Reil unterteilt die „Arten der Verrücktheit“ in vier Kategorien, den „fixen Wahn“, die „Wuth“, die „Narrheit“ und den „Blödsinn“. Viele Begleiterscheinungen, die die moderne Medizin gegenwärtig dem dementiellen Syndrom zuordnet, lassen sich beim „fixen Wahn“, der „Wuth“ sowie bei der „Narrheit“ finden, doch die eigentlichen Kernsymptome werden im Abschnitt „Blödsinn“ beschrieben. Reil erläutert seine Vorstellung: „Mein Begriff des Blödsinns ist allgemein gegeben. Er begreift also jede Ohnmacht des Verstandes, als Art oder Abart unter sich, sie mag so oder anders modificiert, aus einer eigenthümlichen Schwäche des Verstandes oder aus Ohnmachten anderer Seelenkräfte, die auf denselben einfließen, hervorgegangen seyn.“<sup>343</sup> Die Ursachen für diese Ohnmacht begründet er mit einer Asthenie des Verstandes. Damit orientiert sich Reil in seiner

---

<sup>341</sup> Reil JC (1818) Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrüttungen. Halle, S. 247.

<sup>342</sup> Vgl hierzu auch Marneros A; Pillmann F (2005) Das Wort Psychiatrie ... wurde in Halle geboren. Von den Anfängen der deutschen Psychiatrie. Stuttgart, S. 50.

<sup>343</sup> Reil JC (1818) Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrüttungen. Halle, S. 400.

terminologischen Annäherung an den Begriffen von Brown. Der asthenische Zustand drückt eine Unterversorgung mit den notwendigen Reizen aus, und Reil kommt zu folgender Schlussfolgerung: „Wenn also das Wesen des Blödsinns in direkter oder indirekter Asthenie des Verstandes besteht, so folgt natürlich, daß wir seine Diagnostik von der Verletzung der eigenthümlichen Functionen des Verstandes, Begriffe, Urtheile und Schlüsse zu bilden, hernehmen müssen. Doch nicht alle schiefe Urtheile, nicht jeder Mangel derselben ist Kennzeichen des Blödsinns. Sie fehlen in der Kindheit, im Schlaf, in der Ohnmacht und dem Scheintod. Sie können schief seyn oder fehlen, weil die Sinne, die Einbildungskraft und das Gedächtnis dem Verstande keine Materialien zur Verarbeitung vorstrecken.“<sup>344</sup>

Reil unterscheidet zwischen dem angeborenen und dem erworbenen Blödsinn. Menschen mit einem angeborenen Blödsinn, die er auch als „Kretinen“ bezeichnet, wachsen auf, so seine Beschreibung, mit einer Armut an Ideen und haben nicht nur ein schwaches Gedächtnis, sondern leiden auch an kraftlosen Sinnen und Imaginationen. Beim erworbenen Blödsinn beobachtet er folgende Entwicklung: „Im Anfang der Krankheit und in ihrem leichteren Grade mag dann und wann, wie bey den Narren, eine für ihre Kräfte zu schnelle Flucht der Ideen statt finden. Dies schließe ich aus den leeren Aufwallungen und der zwecklosen Geschäftigkeit einiger Blödsinnigen. Ihr Gedächtnis ist mehr oder weniger schwach, daß sie heute nicht mehr wissen, was sie gestern thaten, ja gar ihre Fragen vergessen, ehe sie die Antwort bekommen und daher deren Sinne nicht begreifen.“<sup>345</sup> So schildert Reil den Verlust des Kurzzeitgedächtnisses zu Beginn der Krankheit. Die zunehmenden kognitiven Einbußen lassen einen Gesprächsverlauf nicht mehr zu, die Konzentration reicht nicht aus, um einen Gesprächsfaden wieder aufgreifen zu können, geschweige denn, um sich an vergangene Fragen zu erinnern. Der progrediente Verlauf des kognitiven Abbaus führt zu einem zunehmenden Verlust der Sprache und des Langzeitgedächtnisses. Reil beschreibt diesen Zustand als mittleren Grad und kommt zu dem Ergebnis: „Der Kranke ist nicht ganz sinnlos, sondern faßt noch die einfachsten Begriffe, doch ist er zu den

---

<sup>344</sup> Ebd., S. 403.

<sup>345</sup> Ebd., S. 407.



gemeinsten Geschäften unfähig, wenn sie nicht ganz mechanisch abzumachen sind.<sup>346</sup>

Mit mehreren Beispielen versucht Reil den Ursachen des erworbenen Blödsinns nahezukommen. Neben Gehirnerschütterungen, Geschwülsten in der Hirnschale oder Kriegsverletzungen wird auch das Alter aufgezählt, welches eine Erschütterung des Verstandes mit dem Verlust kognitiver Fähigkeiten bewirken kann. Gemeinsam ist allen Beispielen die neurologische Erkrankung des Gehirns: „Das Gehirn wird unter allen Organen, die in die Gruppe eines Menschen eingehen, am spätesten reif, und dauert am längsten aus. Allein endlich fängt auch an ihm der Zahn des Alters an zu nagen. Das Gedächtnis und der Verstand werden stumpf; der Greis ist geschwätzig, ergötzt sich an Kleinigkeiten und wird wieder ein Kind.“<sup>347</sup>

Die Symptome des erworbenen Blödsinns sieht Reil nah verwandt mit der Narrheit. Er definiert zwar die Narrheit als eine „Verkehrtheit und Schwäche der Seelenkräfte“ ohne Tobsucht und Blödsinn, fügt aber in einer Anmerkung hinzu: „Die kindliche Albernheit, der Blödsinn des Alters, niaiserie, radoterie, Paranoia, fatuitas, stoliditas scheinen Benennungen von Seelenzuständen zu seyn, die der Narrheit nahe liegen.“<sup>348</sup> Der Blödsinn des Alters wird dem „anhaltenden Blödsinn“ zugeordnet, der zu unterscheiden ist vom „transitorischen Blödsinn“, der lediglich vorübergehend auftaucht und nach einer Regeneration des Gehirns wieder zu kognitiver Vitalität zurückführen kann. Beide Arten des Blödsinns zeigen jedoch identische Symptome und verlangen im Umgang die gleichen Methoden. Eine besondere Herangehensweise ist beim Auftreten von Aggressionen notwendig und zählt in zeitgenössischen Demenzkonzepten zu den größten Herausforderungen, eine Schwierigkeit, die auch Reil bereits erkannte: „Es giebt einige Blödsinnige, die einem besonderen Starrsinn und zornigen Aufwallungen über Kleinigkeiten unterworfen sind. Diese bedürfen einer leichten und zweckmäßigen Correktion, nach der Art, wie man eigensinnige Kinder behandelt.“<sup>349</sup>

Vor dem Hintergrund der Gesamtheit aller Symptome verlangt Reil für die Unterbringung der Blödsinnigen eine eigene Abteilung. Damit stellt er

---

<sup>346</sup> Ebd., S. 414.

<sup>347</sup> Ebd., S. 431.

<sup>348</sup> Ebd., S. 399.

<sup>349</sup> Ebd., S. 439.

gewissermaßen auch zum ersten Mal die Frage nach einer segregativen Demenzbetreuung. An dieser Problematik scheiden sich die Geister bis heute. Selbst das Kuratorium Deutsche Altershilfe legt sich nicht fest und lässt beide Philosophien, segregative oder gemischte Betreuungsform<sup>350</sup>, zu. Reil hingegen legt sich eindeutig fest und verfolgt ein durchdachtes Konzept, damit aus einer reinen Verwahranstalt eine Heilanstalt werden kann. Wesentliche Voraussetzung für die zgedachten neuen Aufgaben ist eine dafür geeignete Architektonik. Sie benötigt das Potential einer den Krankheiten angemessenen Organisation, um den Patienten die notwendige Aufmerksamkeit zu schenken, um die verordneten Pflegemaßnahmen anzuwenden und um die psychischen Kurmethoden zu realisieren. Reil betrachtet den Bau derartiger Irrenhäuser als unabwendbar und appelliert an die Öffentlichkeit: „Und doch sind Irrenhäuser, wie bereits oben bemerkt ist, in der Regel nothwendige Erfordernisse zur Kur der Irrenden. In keinem Privathause kann der Umfang psychischer und physischer Mittel zu ihrer Heilung in der Vollkommenheit geschafft werden, als in einem Irrenhause. Die Kranken werden entfernt von den Gegenständen, die sie immer von Neuem an ihre fixen Ideen erinnern. Sie sind umringt von lauter fremden Objekten, die ihre Aufmerksamkeit anziehen. Sie fühlen sich außer dem Schooße ihrer Familie verlassener, hoffen nirgends eine Stütze ihres Eigensinns, und ergeben sich williger allen Vorschriften in einem fremden Hause, wo strenger Gehorsam an der Tagesordnung ist. Narren, Blödsinnige und Rasende gehören ohne Ausnahme alle hinein; und nur selten mag es Melancholische geben, die durch Kummer gebeugt sind, die Nachstellungen der Menschen fürchten, und noch soviel Besonnenheit haben, daß eine gewaltsame Trennung von ihrer Familie ihnen größere Nachtheile verursachen, als das Irrenhaus ihnen Vortheile verschaffen kann.“<sup>351</sup>

Blödsinnige gehören seiner Auffassung nach grundsätzlich in geschlossene Einrichtungen, da sie nur dort eine angemessene Betreuung erfahren können. Voraussetzung für diese angemessene Betreuung ist eine überschaubare Größe, die von der Administration gut bewältigt werden kann. Reil empfiehlt die Größe auf 20 Patienten zu reduzieren und verfolgt damit eine Theorie der

---

<sup>350</sup> Vgl. hierzu: Maciejewski B; Sowinski C; Besselmann K et al. (2001) Qualitätshandbuch Leben mit Demenz. Zugänge finden und erhalten in der Förderung, Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen. KDA 2001. Köln, S. 11.

<sup>351</sup> Reil JC (1818) Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrüttungen. Halle S. 455.

kleinteiligen Strukturen. Um den Aufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten, ist die Lage der Heilanstalt sorgsam zu wählen: „Die Irrenanstalt muß in einer anmuthigen Gegend liegen, die Seen, Flüsse, Wasserfälle, Berge und Felder, Städte und Dörfer in der Nähe hat. Sie muß Ackerbau, Viehzucht und Gärtnerey besitzen. Der Garten ist vorzüglich für Kranke, denen man nicht ganz trauen darf. Er sey mit einer Mauer von der Höhe einer Brustwehr eingeschlossen, auf derselben stehe ein Gitter, damit die Aussicht nicht ganz gehemmt werde. Eine solche Lage macht es möglich, jeden Kranken zu zerstreuen und zu beschäftigen, wie es seine Krankheit erfordert.“<sup>352</sup>

Die beste Architektur nütze nichts ohne den Einsatz qualifizierten Personals. Damit eine vernünftige Administration umgesetzt werden kann, bedarf es eines Oberaufsehers, eines Arztes, eines Psychologen und sogenannter Dienstleute. Der Oberaufseher, wir würden heute von Pflegedienstleitung oder Pflegedirektion sprechen, ist für die gesamte Organisation des Hauses zuständig, demgegenüber der Arzt und der Psychologe als „Heilkünstler“ betrachtet werden und für die medizinische und psychische Betreuung zuständig sind. Da diese drei Professionen eine geschlossene Trinität bilden sollen, ist auch eine Vielzahl von Anforderungen identisch. „Der Oberaufseher, Arzt und Psychologe“, so Reil, „müssen folgende allgemeine Eigenschaften, Talent, Kunde ihres Fachs und guten Willen zur Ausübung desselben haben. Sie müssen Beobachtungsgabe und Scharfblick besitzen, um ins Innerste der Herzen zu dringen und die verborgensten Triebfedern der Verkehrtheit auszuspähn; Schnelligkeit im Auffassen der Gegenstände, im Entschliessen und Inprovisiren, um jedes momentane Ereignis zu nützen; Muth, um die erschütterndesten Scenen auszuhalten; Geduld und Beharrlichkeit, um die misslungenen Versuche solange zu wiederholen, bis sie zum Zweck führen. Der ganze Vorrath von Kenntnissen, von allgemeiner Menschenkenntnis, Philosophie, Psychologie und Arzneykunde stehe ihnen zu Gebot, der zur Ausübung ihres Fachs erfordert wird.“<sup>353</sup>

In den Rhapsodien entwickelt Reil einen umfassenden Einblick in die Medizin und Versorgung psychisch kranker Menschen. Angefangen von der Notwendigkeit, geeignete Einrichtungen zu bauen, über die Konzeption einer

---

<sup>352</sup> Ebd., S. 459.

<sup>353</sup> Ebd., S. 474.

psychotherapeutischen Behandlung sowie die Ausarbeitung geeigneter Mittel und Methoden, weiter über die Auflistung der Varianten psychischer Störungen bis hin zu Qualifikationsanforderungen für das Personal enthält das Werk alle Aspekte der Psychiatrie.<sup>354</sup> Nur das Wort „Psychiatrie“ existiert zu diesem Zeitpunkt noch nicht als medizinischer Fachterminus. Diesen Begriff entwickelt Reil fünf Jahre später in einer gemeinsamen Publikation mit Hoffbauer.<sup>355</sup> Die Wortkombination aus den Begriffen „Psyche“ und „Iatros“ entsteht in Anlehnung an Röschlaubs Theorie der Iaterie. Die Synthese von „Psyche“, zu Deutsch „Seele“, und „Iatros“ für „Arzt“ schien Reil die geeignetste Bezeichnung für den neuen medizinischen Zweig. Zunächst verwendet er den Begriff „Psychiaterie“, später, 1816, wird er von ihm selbst abgewandelt zu „Psychiatrie“. Die Bezeichnung setzte sich beharrlich durch und wurde dann von vielen zeitgenössischen Kollegen verwendet, als adäquater Ausdruck für die psychische Medizin. Mit der Einführung des Begriffes geht auch der beschriebene Wandel einher, vom Empiriker zum Naturphilosophen. Ab 1804, ein Jahr nach der Publikation der Rhapsodien, verändert Reil sein konzeptionelles Denken und wendet sich verstärkt der naturphilosophischen Weltanschauung zu. Ob diese Wendung als radikale Abkehr von seinem bisherigen Denken betrachtet oder als Folgerichtigkeit in der Weiterentwicklung interpretiert werden muss, lässt sich nicht abschließend beantworten. Indizien scheinen jedoch darauf hinzuweisen, dass Reil mit den unterschiedlichen Aufgaben unterschiedliche Konzepte anwendete. Die Ausbildung der Ärzte und die Bemühungen, die Psychiatrie als wissenschaftliche Disziplin zu etablieren, stand nach 1804 verstärkt in seinem Bemühen und korrespondiert mit dem Wandel seines Denkens.

Vor diesem Hintergrund darf seine 1804 veröffentlichte Arbeit über die „Pepinieren zum Unterricht ärztlicher Routiniers als Bedürfnisse des Staats nach seiner Lage wie sie ist“<sup>356</sup> im Kontext dieses Wandels gelesen werden. Das Werk ist der Versuch eines Spagats zwischen der Forderung nach einer Akademisierung der Medizin und der gleichzeitigen Suche nach einem

---

<sup>354</sup> Vgl. hierzu Dörner K (1999) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. (2. Aufl.) Frankfurt/Main, S. 218f..

<sup>355</sup> Vgl. hierzu Marneros A; Pillmann F (2005) Das Wort Psychiatrie ... wurde in Halle geboren. Von den Anfängen der deutschen Psychiatrie. Stuttgart, S. 19f..

<sup>356</sup> Reil JC (1804) Pepinieren zum Unterricht ärztlicher Routiniers als Bedürfnisse des Staats nach seiner Lage wie sie ist. Halle.

medizinischen Versorgungskonzept für die breite Masse. Es war Reil sehr wohl bewusst, dass wissenschaftlich ausgebildete Ärzte noch Zukunftsmusik waren. Um kurzfristig eine Besserung der medizinischen Versorgung zu bewirken, setzte er auf die Ausbildung sogenannter „Routiniers“. Ein solcher, außerhalb der Universität ausgebildeter, Praktiker sollte mit ausreichendem Handlungswissen ausgestattet werden, das er sich wie beim Vokabellernen aneignen müsste. „Er habe“, so Urban Wiesing, „die Regeln zu lernen, wie er handeln soll, ohne daß er begründen könnte, warum. Beide, wissenschaftliche Ärzte und Routiniers, könnten praktisch tätig werden; es unterscheide sie einzig die wissenschaftliche Erkenntnis über Leben, Krankheit und Gesundheit, die nur die wissenschaftlichen Ärzte besäßen.“<sup>357</sup> Reil versucht, zwei Säulen zu konzipieren, eine praktische und eine wissenschaftlich theoretische Säule, die er als essentiell für die medizinische Ausbildung betrachtet, wobei die Routiniers ausschließlich auf der praktischen Säule aufsetzen. Eine korrespondierende Auseinandersetzung finden wir gegenwärtig in dem Versuch, die Pflege zu akademisieren. Hier stehen sich in vergleichbarer Weise die praktisch ausgebildete Krankenschwester und die universitär ausgebildete Krankenschwester gegenüber.

Für Reil war es von Bedeutung, den eigentlichen Weg über die Universität zu bahnen, dabei aber den akuten Versorgungsauftrag nicht zu vernachlässigen oder zu verschweigen. Immer aber steht für ihn fest, dass nur der wissenschaftlich ausgebildete Arzt in der Lage ist, das theoretische Fundament der Medizin zu reflektieren. In seinem „Entwurf der allgemeinen Therapie“ fasst er die Notwendigkeit wie folgt zusammen: „Die äußeren Einflüsse und die kranken Organismen haben verschiedene Formen, in welchen sie sich äußern, offenbaren. Die Theorie der Heilkunde überhaupt und der Chirurgie, Arzneikunde und Psychiaterie insbesondere soll diese Formen der äußeren Einflüsse in den kranken Organismen zusammenstellen, das Verhältnis zwischen beiden und dessen Grund objectiviren, um wissenschaftlich werden.“<sup>358</sup>

---

<sup>357</sup> Wiesing U (1995) Kunst oder Wissenschaft? Konzeption der Medizin in der deutschen Romantik. Stuttgart-Bad Cannstatt, S. 278.

<sup>358</sup> Reil JC (1816) Entwurf der allgemeinen Therapie. Halle, S. 260.

Die Rolle des Wissens durchzieht wie ein roter Faden all seine Schriften. Reil steht an einem Wendepunkt der Medizin mit dem Bewusstsein eines fehlenden Wissens. In den Rhapsodien geht es um eine Analyse der praktischen Psychiatrie, so dass sein Bestreben eine ehrliche Bestandsaufnahme ist, die nur durch empirische Studien gesichert und weiterentwickelt werden kann. In den Schriften über die Pepinieren versucht er eine wissenschaftliche Basis zu erarbeiten, die er auf ein philosophisches Fundament zu stellen beabsichtigt. Diese Hinwendung zum philosophischen Fundament bewirkt anscheinend die Annäherung an die naturphilosophische Philosophie. Betrachtet man die Publikation im Kontext der jeweiligen Zielsetzung, scheint eine Folgerichtigkeit erkennbar zu sein. Reils Wandel, von Dörner mit einigem Erstaunen konstatiert<sup>359</sup>, lässt sich vor diesem Hintergrund nicht als Kehrtwendung, sondern als konsequente Weiterentwicklung begreifen.

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass der „deutsche Pinel“ Reil die Grundlagen der modernen Psychiatrie geschaffen hat. Damit lenkt er auch die ersten Bahnen der Gerontopsychiatrie, die bei ihm jedoch eher eine Randnotiz darstellen und nicht im Fokus der Betrachtung standen. Reil grenzt sich mit seiner Betrachtungsweise von Franz Joseph Gall ab, aber beide zusammen müssen als die großen Wegbereiter betrachtet werden, an die später Alois Alzheimer mit seinen Forschungsansätzen anknüpfen konnte. Neben dem Entwickeln und Einfordern einer psychiatrischen Medizin liegt der zweite große Verdienst Reils in dem Postulat, angemessene Unterbringungen für heilbare und unheilbare Irrende schaffen zu müssen. Im Gegensatz zum angelsächsischen Modell, wo viele Projekte aus einer Eigeninitiative in Gang gesetzt wurden, wird Reil nicht selbstständig tätig, sondern versucht als Mahner, die Gesellschaft, die Fürsten und den Staat zu bewegen, die Verbesserungen einzuleiten. Es ist ein geradezu Hegelianisches Denken, das den Staat und nicht den Einzelnen in die Verantwortung nimmt, Veränderungen zu bewirken. Eine Mentalität, die bis heute in Deutschland den sozialen, pflegerischen und medizinischen Bereich charakterisiert. Reils Vorschläge für eine „Irrenreform“<sup>360</sup> wurden in Fachkreisen heftig diskutiert, das Meiste blieb jedoch im Bereich des Appells haften. Folgen wir Dörners

---

<sup>359</sup> Vgl. hierzu Dörner K (1999) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. (2. Aufl.) Frankfurt/Main, S. 216f..

<sup>360</sup> Vgl. ebd., S. 224f..

Analysen, dann kristallisierte sich in Deutschland eine Situation heraus, in der sich kaum eine gesellschaftliche Kraft der Veränderung entwickeln konnte. Die Diskussionen wurden in der Literatur und an den Universtäten geführt, sie bewegten aber nur unzureichend den Staat, neue Einrichtungen zu bauen und moderne gesetzliche Grundlagen für eine Veränderung zu schaffen. Trotz alledem gelang es dem preußischen Staat eine „Irrenreform“<sup>361</sup> zu verabschieden, die aus dem Geist der Romantik heraus entstand und wohl auch einige Ideen Reils umsetzte. Damit war die Grundlage der psychiatrischen Entwicklung im 19. Jahrhundert hergestellt.

---

<sup>361</sup> Ebd., S. 225f..

## 10. Johann Christian August Heinroth



**Abb. 8: Johann Christian August Heinroth**

Bezogen auf dementielle Konzepte in der Romantik nimmt Johann Christian August Heinroth eine wichtige Rolle ein. Besonders als Autor zahlreicher psychiatrischer Werke ist er gut geeignet, um den Stellenwert von dementiellen und gerontopsychiatrischen Symptomen in der Zeit der Romantik herauszuarbeiten. Als Sohn eines Chirurgen wurde Heinroth am 17. Januar 1773 in Leipzig geboren.<sup>362</sup> Die Mutter, eine strenggläubige Pietistin, hat das Fundament für seine tiefe Religiosität gelegt. Selbst im 32. Lebensjahr plante Heinroth noch, kurzfristig Theologie zu studieren<sup>363</sup>, der Plan wurde allerdings schnell wieder aufgegeben, und kurz danach promovierte er als Mediziner. In seiner „Psychologie als Selbsterkenntnis“ schreibt er über seine Mutter, dass sie „[...] ihn beten lehrte: ‚Christi Blut macht uns rein von unseren Sünden‘.“<sup>364</sup> Dieser Hinweis charakterisiert sicherlich die Bedeutsamkeit des Glaubens für ihn und sein Schaffen. Die Tendenz, zu theologisieren, zieht sich denn auch durch alle seine medizinischen Traktate. Sein Schwager Ferdinand Moritz August Querl, Herausgeber der ersten Biographie über Heinroth, beschreibt diese Neigung „zu philosophisch-religiöser Speculation“ und folgert daraus, dass er seinen Beruf eigentlich verkannt habe.<sup>365</sup>

In einem Umfeld von militärischer Strenge des Vaters - dieser war, bevor er sich in Leipzig niederließ, Militärchirurg - und tiefer Gläubigkeit der Mutter wuchs Heinroth mit zwei jüngeren Geschwistern auf. Es wird ihm eine

<sup>362</sup> Dörner K (1999) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. (2. Aufl.) Frankfurt/Main, S. 255f.

<sup>363</sup> Steinberg H (2005) Johann Christian Heinroth (1773-1873) – der erste Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und sein Krankheitskonzept. In: Angermann MC; Steinberg H (Hrsg.) 200 Jahre Psychiatrie an der Universität Leipzig. Personen und Konzepte. Heidelberg, S. 6.

<sup>364</sup> Heinroth JCA (1827) Die Psychologie als Selbsterkenntnißlehre. Leipzig, S. 359.

<sup>365</sup> Querl FMA (1844) Johann Christian August Heinroth. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, S. 346.



außerordentlich hohe Begabung nachgesagt, und anscheinend hatte er ein besonderes Talent für die neueren Sprachen Englisch und Französisch.<sup>366</sup> Dies ermöglichte ihm später den engen Kontakt zu Esquirol<sup>367</sup> und die Rezeption von dessen Werken, lange bevor diese ins Deutsche übersetzt wurden. Anfänglich von einem Privatlehrer unterrichtet, besuchte er ab 1782 die Nikolaischule. Nach Erlangen der Hochschulreife begann er 1791 mit dem Studium der Medizin in Leipzig. Bereits drei Jahre später wurde er medizinischer Baccalaureus und 1779 stellte er sich den Abschlussprüfungen. Bis 1801 arbeitete er dann als Assistent für den in Leipzig promovierten Arzt Friedrich Gottlob Schirmer und nutzte danach die Möglichkeit, als ärztlicher Begleiter den kränkenden Grafen Razumovskij (1728-1803) nach Italien zu begleiten<sup>368</sup>, Graf Kirill Grigorevic Razumovskij war ein russischer Feldmarschall und ehemaliger Präsident der Petersburger Akademie der Wissenschaften. Holger Steinberg hebt hervor: „Die Reise sollte ein Höhepunkt in Heinroths dichterischem Schaffen werden; viele der während dieser Reise gesammelten Eindrücke lassen sich in den Gedichten innerhalb der gesammelten Blätter wiederfinden, die er später unter dem Pseudonym Treumund Wellentreter veröffentlichte.“<sup>369</sup> Nach dem Tode des Grafen, 1803, kehrte Heinroth nach Leipzig zurück und nahm zunächst eine schlecht bezahlte Stelle am städtischen St. Jakobsspital an. Die Reise zurück in die sächsische Heimat nutzte er jedoch noch zu einem Aufenthalt in Wien, um dort Vorlesungen bei Johann Peter Frank zu hören, u.a. über John Brown.<sup>370</sup> Im November 1805 erwarb er den medizinischen Doktorgrad und habilitierte bereits ein Jahr später durch seine Vorlesungsreihe.

Die Jahre zwischen 1806 und 1813 waren geprägt von den napoleonischen Kriegen. Heinroth arbeitete während dieser Zeit als Militärarzt in

---

<sup>366</sup> Steinberg H (2005) Johann Christian Heinroth (1773-1873) – der erste Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und sein Krankheitskonzept. In: Angermann MC; Steinberg H (Hrsg.) 200 Jahre Psychiatrie an der Universität Leipzig. Personen und Konzepte. Heidelberg, S. 3.

<sup>367</sup> Vgl. Pauleikhoff B (1983) Das Menschenbild im Wandel der Zeit. Ideengeschichte der Psychiatrie und der Klinischen Psychologie. Bd. 2. Stuttgart, S. 86f..

<sup>368</sup> Riha O (2005) Johann Christian August Heinroth (1773-1843). Der erste Lehrstuhlinhaber für psychische Heilkunde. In: Steinberg H (Hrsg.): Leipziger Psychiatriegeschichtliche Vorlesungen. Leipzig, S. 211.

<sup>369</sup> Steinberg H (2005) Johann Christian Heinroth (1773-1873) – der erste Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und sein Krankheitskonzept. In: Angermann MC; Steinberg H (Hrsg.) 200 Jahre Psychiatrie an der Universität Leipzig. Personen und Konzepte. Heidelberg, S. 5.

<sup>370</sup> Jantz V (1974) Pharmacologia Browniana. Die pharmakotherapeutische Praxis des Brownianismus, aufgezeigt an den Modellen von A. F. Marcus in Bamberg und J. Frank in Wien. (Diss.) Marburg.

verschiedenen französischen Lazaretten, so dass er die Völkerschlacht bei Leipzig in dieser Funktion erlebte. Trotz der kriegerischen Umstände hat er während dieser Zeit seine Frau Henriette Querl kennengelernt und schließlich 1809 geheiratet. 1814 nahm er eine Stelle am städtischen Waisen- Zucht- und Versorgungshaus St. Georg an.<sup>371</sup> Auch wenn dieser Tätigkeit keiner Spezialisierung zu Grunde lag, so galt sein Interesse zunehmend der Versorgung von psychiatrisch erkrankten Menschen.

Es folgten Jahre der gesellschaftlichen Etablierung mit einer starken Neigung, sich der romantischen Bewegung anzuschließen. Ortrun Riha schreibt über diese Jahre: „Offenbar füllte die ärztliche Tätigkeit am städtischen Spital Heinroth nicht aus. Er nahm am intellektuellen Leben seiner Zeit regen und aktiven Anteil und fühlte sich der neuen Literaturrechtung der Romantik verbunden, was auch in seinen dichterischen Versuchen zum Ausdruck kommt. Seine geisteswissenschaftlichen Neigungen fanden 1817 ihren Niederschlag in einer philosophischen Habilitation in Form einer ‚De voluntate medici medicamento insaniae hypothesis‘ betitelten Arbeit, worin er sich unter Bezug auf Kant und Herder mit Hegel, Fichte und Schelling auseinandersetzt, und zwar unter der Fragestellung der Willensschulung und des Mesmerismus als möglichen Therapieansätzen in der Psychiatrie.“<sup>372</sup> 1819 wurde er zum ersten europäischen Ordinarius für Psychische Heilkunde in Leipzig berufen.<sup>373</sup>

Heinroth hat der Nachwelt eine Vielzahl von Publikationen hinterlassen. Er hat sich sowohl mit naturphilosophischen als auch mit ethischen und praktischen Fragen der Medizin beschäftigt. So entwickelte er ein psychiatrisches Weltbild, angeregt durch Esquirol aus Frankreich, vermischt mit seinen pietistischen Vorstellungen und den Erfahrungen aus den städtischen Heilanstalten. Für die Psychiatriegeschichte dürfte das „Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörung und ihrer Behandlung“<sup>374</sup> die bedeutendste Publikation sein, kulturgeschichtlich hat sein

---

<sup>371</sup> Vgl. Pauleikhoff B (1983) Das Menschenbild im Wandel der Zeit. Ideengeschichte der Psychiatrie und der Klinischen Psychologie. Bd. 2. Stuttgart, S. 84.

<sup>372</sup> Riha O (2005) Johann Christian August Heinroth (1773-1843). Der erste Lehrstuhlinhaber für psychische Heilkunde. In: Steinberg H (Hrsg.): Leipziger Psychiatriegeschichtliche Vorlesungen. Leipzig, S. 212.

<sup>373</sup> Steinberg H (2004) Die Errichtung des ersten psychiatrischen Lehrstuhls: Johann Christian August Heinroth in Leipzig. In: Der Nervenarzt 75, S. 303ff..

<sup>374</sup> Heinroth JCA (1818) Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlungen. Leipzig.

„Lehrbuch der Anthropologie“<sup>375</sup> eine höhere Relevanz.<sup>376</sup> In diesem Werk nimmt Heinroth Bezug auf Goethe und seine Anschauungen und provoziert gar eine positive Reaktion des Dichtersfürsten. Es ist ein Beispiel für den regen Austausch zwischen den Wissenschaften und der Philosophie um 1800. Dietrich von Engelhardt fasst Goethes Naturverständnis wie folgt zusammen: „Goethes Naturauffassung besitzt in ihrer spezifischen Verbindung von Ästhetik, Philosophie, Wissenschaft und Biographie einen eigenständigen Charakter. Den Heften zur Morphologie (1817) gibt Goethe in diesem Sinn den Untertitel: Erfahrung, Betrachtung, Folgerung – durch Lebensereignisse verbunden. Von Hegel wird Goethes Position als ‚sinnige Naturbetrachtung‘ im Unterschied zum ‚begreifenden Erkennen‘ der Naturphilosophie bezeichnet; die ‚Urphänomene‘ führten in ein ‚Zwielicht, geistig und begreiflich durch seine Einfachheit, sichtlich oder greiflich durch seine Sinnlichkeit‘, sie markierten insofern auf besondere Weise den Übergang von der Empirie zu Philosophie.“<sup>377</sup> Heinroth bezeichnet Goethes Naturverständnis „als gegenständlich tätig“ und Goethe antwortet auf diese Charakterisierung, beschreibt Heinroths morphologisches Konzept mit der Devise: „Anschauen ist Denken, Denken ist Anschauen.“<sup>378</sup>

Innerhalb dieses Gesamtkonzeptes spielt auch die Beziehung zu Esquirol eine wichtige Rolle. Bernhard Pauleikhoff vermutet einen engen Austausch zwischen den beiden Psychiatern und stellt rhetorisch die Frage: „Ist es nicht mehr als nur ein Zufall, daß diese gleichgesinnten Ärzte auch fast gleichaltrig sind?“ Er folgert weiter: „Sie hatten engen wissenschaftlichen Kontakt und sind sich wahrscheinlich auch persönlich begegnet.“<sup>379</sup> Die enge Beziehung wurde sicherlich durch die Sprachkenntnisse des Leipziger Psychiaters gefördert. Es ist überliefert, dass er sich auf seiner Reise nach Paris 1820

---

<sup>375</sup> Ders. (1822) Lehrbuch der Anthropologie. Leipzig.

<sup>376</sup> Vgl. hierzu Riha O (2005) Johann Christian August Heinroth (1773-1843). Der erste Lehrstuhlinhaber für psychische Heilkunde. In: Steinberg H (Hrsg.): Leipziger Psychiatriegeschichtliche Vorlesungen. Leipzig, S.214.

<sup>377</sup> Engelhardt D von (1994) Wissenschaft und Philosophie der Natur um 1800. Prinzipien, Dimensionen, Perspektiven. In: Kanz KT (Hrsg.) Philosophie des Organischen in der Goethezeit. Studien zu Werk und Wirkung des Naturforschers Carl Friedrich Kielmeyer (1765-1844). Stuttgart, S. 253.

<sup>378</sup> Riha O (2005) Johann Christian August Heinroth (1773-1843). Der erste Lehrstuhlinhaber für psychische Heilkunde. In: Steinberg H (Hrsg.): Leipziger Psychiatriegeschichtliche Vorlesungen. Leipzig, S. 216.

<sup>379</sup> Pauleikhoff B (1983) Das Menschenbild im Wandel der Zeit. Ideengeschichte der Psychiatrie und der Klinischen Psychologie. Bd. 2.. Stuttgart, S. 84.

sowohl mit Pinel als auch mit dessen Schüler Esquirol getroffen und sich die Pariser Irrenanstalten angesehen hat. Das Verhältnis zu Jean Etienne Dominique Esquirol stand von Anfang an unter einem guten Stern. Aus den Notizen von Heinroth lässt sich ableiten, dass der gleichaltrige Pariser Psychiater dem Leipziger Kollegen eine persönliche Einladung ausgesprochen und ihm einen gemeinsamen morgendlichen Besuch im „Salpêtrière“ angeboten hat. Am 16. September 1820 notiert sich Heinroth dass er „[...] mit ihm den Krankenbesuch durch das ganze Haus [...]“ gemacht habe. Heinroth „[...] besah dann, in Gesellschaft von noch ein paar Aerzten die übrigen Anstalten des Hauses, dann das Local der Privatanstalten des Herrn Esquirol, und endlich nahmen wir sämtlich auf seinem Zimmer gegen 1 Uhr ein solennes Frühstück ein.“<sup>380</sup>

Dieser kleine Einblick mag Heinroths Interesse an der europäischen Psychiatrie verdeutlichen. Auf Grund seiner Vorbildung zählte er sicherlich zu den belesensten und kenntnisreichsten Psychiatern in Deutschland. Es lassen sich viele Anregungen nachweisen, die er sich besonders von der französischen Psychiatriebewegung hat geben lassen. Beispielsweise die Idee für den Einsatz von ehemaligen Kranken als Wärter in Irrenanstalten hat er von Pinel und Esquirol übernommen. Eine Position, die in Deutschland sehr umstritten war, besonders Reil war ein vehementer Gegner dieses Konzeptes. Auf der anderen Seite hat Heinroth sich an vielen Stellen in seinen Arbeiten von Esquirol distanziert. Im Anhang zu der deutschen Ausgabe von Esquirols „Allgemeine und spezielle Pathologie und Therapie der Seelenstörung“ kommentiert Heinroth: „Sicheren Taktes setzt sich Esquirol mit den ersten Schritten auf dem Felde der Beobachtungen fest. Beobachtung, Erfahrung, das vor Augen liegende, überhaupt das den Sinnen Gegebene, kurz, das Wirkliche, ist die Basis, worauf die Forschung ruht, die Praktik operiert. Aber, um darauf mit Erfolg zu wirken, will das Beobachtete, das Wirkliche, begriffen seyn. Das Vermögen des Begreifens ist die Intelligenz. Die Intelligenz begreift, indem sie das Mannichfaltige der Beobachtung in die Einheit des Gedankens zusammenfaßt. Der Gedanke ist das ordnende, bildende Prinzip, durch welches die Einsicht, die Erkenntniß der Verhältnisse der Gegenstände, zu Stande

---

<sup>380</sup> Entnommen aus Steinberg H (2005) Johann Christian August Heinroth (1773-1843). In: Angermann MC Steinberg H (Hrsg.) 200 Jahre Psychiatrie an der Universität Leipzig. Personen und Konzepte. Heidelberg, S. 22.

komme. Eine Summe von Beobachtungen, welche dieses Princip, als des erhellenden Lichts, ermangelt, ist und bleibt ein Chaos. Und ein solches Chaos ist es, welches der vortreffliche Beobachter Esquirol in dem Inhalte dieses ersten Kapitels darbietet.<sup>381</sup> Das Verhältnis zwischen Heinroth und Esquirol schien von kritischem Respekt getragen.

Interessant für unsere Fragestellung ist ein synoptischer Vergleich der Systematiken Pinels, Esquirols und Heinroths sowie der von Kraepelin, um die unterschiedliche sprachliche Verankerung des Wortes „Demenz“ zu begreifen. Pinel verwendet in seinen fünf Kategorien der Geistesverirrungen den Begriff „démence“ analog dem deutschen Wort „Blödsinn“. Bei Esquirol wird das Wort „démence“ für den Komplex der Verwirrtheit verwendet und grenzt davon den „Blödsinn“ als „imbécilité“ oder „idiotisme“ ab.<sup>382</sup> Die begriffliche Zuordnung unseres modernen Demenzverständnisses erfolgt bei Heinroth mit dem Begriff „erworbener Blödsinn“. Allerdings beginnt seine Nosologie mit einer Synopse der lateinischen Terminologie. Dem Begriff „dementia“ stellt er die Ausdrücke „despientia“, „insipientia“, „insania“, „insanitas“ und „morbis mentis“ gegenüber.<sup>383</sup> Im Vergleich dazu hat Kraepelin den Begriff „dementia praecox“ im ausgehenden 19. Jahrhundert im Sinne unseres heutigen Schizophrenie-Verständnisses verwendet. Für ein Begreifen des Stellenwertes dementieller Symptomatik bei Heinroth ist der Begriff „nachtetstandener Blödsinn“ relevant. Es ist für Heinroth von großer Bedeutung, den Blödsinn von der Verrücktheit abzugrenzen. Die Versuchung für den modernen Leser ist groß, einige Charakteristika der Demenz in der Kategorie „Verrücktheit“ zu suchen. Sicherlich lassen sich psychiatrische Symptome, die eine Demenz begleiten können, auch hier finden, jedoch wird besonders die dementielle Erkrankung im Alter von Heinroth als „erworbener Blödsinn“ betrachtet. Dabei gilt es zu unterscheiden zwischen Dummheit (Stupiditas), Stumpfsinn (Imbecillitas) und Blödsinn (Fatuitas).<sup>384</sup> Zu „erworbene Fatuitas“ vermerkt

---

<sup>381</sup> Esquirol JED (1827) Allgemeine und specielle Pathologie und Therapie der Seelenstörungen. Frei bearb. von K. C. Hille. Nebst einem Anhang kritischer und erläuternder Zusätze von J. C. A. Heinroth. Leipzig, S. 540.

<sup>382</sup> Vgl. Baer R (1998) Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart, S. 19.

<sup>383</sup> Heinroth JCA (1818) Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens und ihrer Behandlung. Zweiter oder practischer Theil. Leipzig, Anhang.

<sup>384</sup> Heinroth JCA (1825) System der psychisch-gerichtlichen Medicin: oder theoretisch-practische Anweisung zur wissenschaftlichen Erkenntniß und gutachtlichen Darstellung der krankhaften persönlichen Zustände, welche vor Gericht in Betracht kommen. Leipzig, S. 207.

Heinroth: „Gegen alle bisherigen Ansichten behauptet der Verfasser, und er meint mit gutem Grunde, daß aller nachentstandene Blödsinn, wie jede Krankheit der Person, die Folge eines verkehrten Seelenlebens ist, welches den Organismus mit in seine eigene Zerrüttung hineingerissen hat. Wenn demnach auch der Blödsinn als organische Abgestumpftheit erscheint, z. B. als endliche Folge von Ausschweifungen im Trunke und in der Geschlechtslust, so verbittet sich der Verf. dennoch, diesen Zustand eine eigentliche, rein organische Krankheit zu nennen, da er nur der äußere Abdruck der inneren Gesunkenheit ist. Onanisten, die zuletzt blödsinnig werden, sind nichts weniger als bloß körperlich krank; sie sind persönlich krank: denn sie sind aus moralischer Versunkenheit in diesen Zustand gerathen, sie sind durch die Zügellosigkeit, der sie sich ergeben haben, unfreie Wesen geworden.“<sup>385</sup> Der Verdienst Heinroths, dieses zeigt das Zitat, liegt darin, den Blödsinn als Krankheit zu betrachten. Seine pietistische Grundhaltung verleitet ihn aber zu einer Art medizinisch konnotiertem Sündenverständnis. Der Mensch ist selbst schuld an seiner Krankheit und besonders an seiner psychiatrischen Erkrankung. Ein zügelloses Leben führt demnach dann auch verstärkt zu einem „Blödsinn aus Altersschwäche“. In seinem Lehrbuch des Seelenlebens geht er nur kurz auf den Blödsinn aus Altersschwäche ein und schreibt: „So ist der Blödsinn aus Altersschwäche (amentia) keiner Behandlung fähig.“<sup>386</sup>

Analog seiner Systematik psychiatrischer Erkrankungen entwirft Heinroth ein Modell der Geschichtlichkeit des Irrseins. Diese Entwicklungsgeschichte der Seelenstörungen wird in sechs Perioden eingeteilt. Die erste Periode wird als die Heldenzeit umschrieben und entspricht in der Psychiatrie den Affekten und Leidenschaften. Es folgt die Dichterzeit, die analog für die Ekstase der Phantasie, Erotik, Wahnsinn und Epilepsie steht. Die dritte Phase steht für den „künstlichen“, sprich für den kulturellen Zusammenhang der Gesellschaft. In diesem Zeitraum entsteht die Angst vor dem Verlust und bewirkt Melancholie und Wahnwitz. Dem schließt sich die Zeit der positiven Religionen an und bewirkt auf der psychiatrischen Kehrseite Fanatismus und religiöse Melancholie. In der nächsten Phase wandeln sich die positiven Religionen zu einer Wortgewordenen Metaphysik. Dieser Zeitraum steht für die

---

<sup>385</sup> Ebd., S. 210.

<sup>386</sup> Heinroth JCA (1818) Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens und ihrer Behandlung. Zweiter oder practischer Theil. Leipzig, S. 229.

systematische Verrücktheit und für den Aberwitz. Mit der sechsten Periode wird die Gegenwart umschrieben als ein Zeitalter der Ausschweifungen. Aus den daraus folgenden physischen und moralischen Schäden erwächst Albernheit und Blödsinn.<sup>387</sup> Diese Historisierung erinnert an die Lebensphasen des Menschen. Der „Blödsinn“ stünde, verglichen mit den Zeitaltern des Lebens, für die letzte Phase und damit für das Alter. Ebenso suggeriert die historische Einteilung des Irrseins eine versteckte Wertung der verschiedenen Krankheitskonzepte. Der erworbene Blödsinn, die analoge Umschreibung der Altersdemenz, steht auf der letzten Stufe mit dem geringsten Interesse. Dörner sieht diese diskriminierende Haltung und weist darauf hin: „Die Blöd- und Schwachsinnigen werden daher viel länger in der Ausgegrenztheit belassen; erst als der klassische Liberalismus seinen Gipfel schon fast überschritten hat, beginnt deren soziale Integration.“<sup>388</sup>

Heinroth führt zwar die Psychiatrie aus der Theologie heraus, bleibt aber in der Charakterisierung der Krankheitsbilder der Theologie treu. Wendet sich der Mensch gegen Gott und gegen seine Vernunft, dann schafft er den Raum für eine Herrschaft der Unvernunft. Die beste Prophylaxe gegen das Irrsein sieht er im Glauben an Gott und in einer moralischen Lebensführung. Regiert aber die Unvernunft, dann verliert der Mensch sein Menschsein: „Das Welt- und Selbstbewußtseyn ist [...] mehr oder weniger getrübt, verworren, oder gar ausgelöscht, und das höhere Vernunftbewußtseyn [...] findet in diesen Zuständen keinen Platz mehr. Die Individuen demnach [...] existiren nicht mehr im Gebiete der Menschheit [...], sie folgen dem Drange innerer und äußerer Naturnothwendigkeit, und sind nicht sowohl Thiere, die ja von einem heilsamen Instinkt geleitet werden, als vielmehr Maschinen [...]“.<sup>389</sup> Für Heinroth wird die Unvernunft mit dem Bösen gleichgesetzt, dieses gilt es aber mit der Medizin zu bekämpfen. Heinroth selbst versteht sich schon primär als Arzt, auch wenn er die Grenze zur Theologie hinsichtlich der Ursachen psychiatrischer Erkrankungen fließend beschreibt. Auch wenn seine Schriften geprägt sind von einem religiösen Vokabular, so hat er doch für die moderne

---

<sup>387</sup> Heinroth JCA (1818) Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens vom rationalen Standpunkt aus entworfen. Erster oder theoretischer Theil. Leipzig, S. 67.

<sup>388</sup> Dörner K (1999) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. (2. Aufl.) Frankfurt/Main, S. 258.

<sup>389</sup> Heinroth JCA (1818) Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens vom rationalen Standpunkt aus entworfen. Erster oder theoretischer Theil. Leipzig, S. 35.

Psychiatrie neue Türen geöffnet. Bezogen auf den „erworbenen Blödsinn“ hat er jedoch eher die Grundlagen für fortdauernde Diskriminierung geschaffen. Obwohl die Literatur seit der Aufklärung dem Alter größere Aufmerksamkeit schenkt, erscheint dieses Interesse in Heinroths Werken nur sehr marginal. Wir müssen daher den „erworbenen Blödsinn“ im Gesamtkontext seines Begriffes von „Seelenstörung“ sehen. Gesa Wunderlich weist in ihrer Dissertation darauf hin, dass Heinroth den Begriff „Seelenkrankheit“ ablehnt und dafür die Terminologie „Seelenstörung“ bevorzugt, und fasst die geistige Haltung wie folgt zusammen: „Seelenstörung heißt Stillstand des Seelenlebens. Weil der Mensch nicht seinem Gewissen gehorcht, gerät er in einen unfreien Zustand, die Willkür (das Vermögen zur Freiheit) ist untergegangen und das Vernunftbewußtsein tot, weil die Voraussetzung, die Empfänglichkeit der Vernunft, fehlt. Wider besseres Wissen hat der Mensch seine eigene Entwicklung gestört, die ‚Ordnung und Gesetzlichkeit des Seins und Lebens‘ selbst. Damit vergeht er sich gegen seine Bestimmung, schuldhaft gewissenlos fällt er in die Sünde.“<sup>390</sup> Für den modernen Leser fällt es schwer, hinter einer solchen geistigen Haltung einen Befreier in der Psychiatrie zu erkennen. Verglichen mit Esquirol und Pinel hat Heinroth ein vergleichbar reaktionäres System aufgebaut.

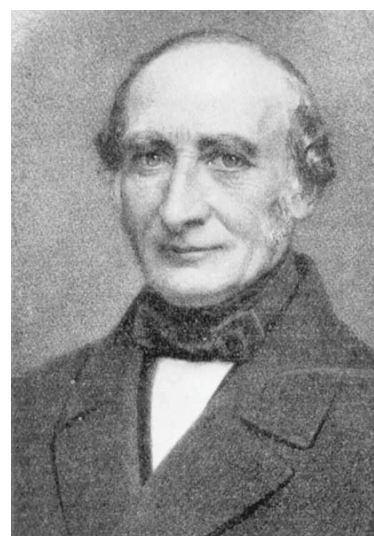
---

<sup>390</sup> Wunderlich G (1981) Krankheits- und Therapiekonzepte am Anfang der deutschen Psychiatrie (Haindorf, Heinroth, Ideler). (Diss.) Berlin, S. 44.



## 11 . Carl Wilhelm Ideler

Ideler gehört neben Heinroth zu den Vertretern der Psychiker.<sup>391</sup> Als Herausgeber von zahlreichen Publikationen über Geisteserkrankungen, als Nachfolger von Horn an der Charité und als Übersetzer von Stahls Werk „Theoria medica vera“<sup>392</sup> zählt er zu den wichtigen Begründern eines „Denkstils“<sup>393</sup> für Demenz in der Romantik. 1835 wendet er sich mit seiner Publikation „Grundriß der Seelenheilkunde“ an die Öffentlichkeit und entwirft eine allgemeine Philosophie der Psychiatrie, aus der er seine Position des



**Abb. 9: Carl Wilhelm Ideler**

Psychikers entwickelt. Die gesamte Schrift besteht aus zwei Teilen, einer Abhandlung über Langermann und Stahl und dem eigentlichen Werk mit dem Titel „Grundriß der Seelenheilkunde“.

Den ersten Teil eben jenes Grundrisses widmet er der wissenschaftlichen Begründung für die somatische Unabhängigkeit der Psyche. „Wie aber beide, geistige und physische Erscheinungsreihen, innerlich zusammenhängen, das hat noch niemand zu sagen gewußt; selbst die subtilen Definitionen des Seelenorgans, welches bald in das Gehirn, bald in die Eingeweide der Brust und des Unterleibs verlegt wurde, haben nur die Frage weiter hinausgeschoben, ohne sie zu lösen. Schon der Begriff eines Seelenorgans ist eine metaphysische Fiktion, bei der man sich den Geist als einen Künstler dachte, ohne zu begreifen, warum und auf welche Weise er ein Sklave seines Werkzeuges werden, wie letzteres ohne seine Leitung verkehrte Wirkungen hervorbringen könne.“<sup>394</sup> Ideler versucht gegnerische Positionen sehr differenziert

<sup>391</sup> Vgl. hierzu Dörner K (1969) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt/Main, S. 266f.

<sup>392</sup> Pauleikhoff B (1983) Das Menschenbild im Wandel der Zeit. Ideengeschichte der Psychiatrie und der Klinischen Psychologie. Bd. 2. Stuttgart, S. 109.

<sup>393</sup> Vgl. hierzu Fleck L (2012) Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. Frankfurt/Main, S. 31.

<sup>394</sup> Ideler CW (1835) Grundriß der Seelenheilkunde. Berlin, S. 113.

darzustellen, um sie anschließend zu entkräften. Auch vermeintliche Zusammenhänge zwischen Somatik und Psyche, wie beispielsweise bei Geschlecht und Alter, lässt er nur bedingt gelten und gesteht lediglich eine marginale Kausalität in diesen Bereichen zu. Das folgende Zitat vermittelt uns einen Eindruck von seiner Argumentationsstrategie:

„Sobald aber das organische Leben auf seinen physischen Grundlagen konstituiert ist, übt es durch seine verschiedenen Zustände unstreitig einen mächtigen Einfluß auf die Gemüthsbeschaffenheit aus, und eben diese Thatsache diene zur Hauptstütze der materialistischen Psychologie. Denn da sich nicht leugnen läßt, daß jene Zustände ihren Begriff und ihre Bedeutung in den organischen Grundbedingungen finden; so scheinen diese das entscheidende Moment für die Richtung der Seelenthätigkeit abzugeben. Wenn nämlich der Mann ganz anders denken und handeln muß, als das Weib, das Kind ganz anders als der Greis; und wenn der Phlegmatiker, wie er sich auch in Bewegung setzen mag, es niemals dem Choleriker gleich thun kann: so sollte man meinen, die thätigen Seelenäußerungen wären nur Reflexe der verschiedenen körperlichen Verfassung, deren Typus sich gleichsam in den Formen des Bewußtseins zu erkennen gebe.

Täuschen wir uns indessen hierüber nicht, denn von wie wichtigem Belange auch jene organischen Verschiedenheiten sein mögen, so ist doch in den durch sie begründeten Modifikationen des Gemüths keineswegs sein wesentlicher Charakter ausgesprochen. Es bedarf nur eines Blicks auf die bisher betrachteten Gemüthstriebte und auf ihre Verhältnisse sowohl unter sich, als zum Verstande, um uns sogleich darüber zu vergewissern, daß ihre ursprüngliche Bedeutung ganz außer aller Beziehung zu den organischen Bedürfnissen steht, daß sie also durch ihr Wirken eine in sich geschlossene Welt von Erscheinungen bilden, wenn diese auch mit organischen Vorgängen in einem wesentlichen Kausalverhältniß stehen, durch sie begünstigt oder behindert werden können.<sup>395</sup>

Auch wenn er eine Abhängigkeit der Psyche von den körperlichen Zuständen verneint, so widmet er doch dem Alter ein eigenes Kapitel und skizziert eine Entwicklung des Geistes, in der der Verstand erst im Greise volle Reife erlangt.

---

<sup>395</sup> Ebd., S. 481f..

Die unterschiedlichen, altersbedingten Gemütsverfassungen werden in einem natürlichen Kreislauf beschrieben: „Das Leben ist eine Reihe von Entwicklungsstufen, die sich dergestalt gegenseitig bedingen, daß jede den Keim der nachfolgenden anlegt, und nur in Bezug auf sie ihre Bedeutung findet, welche sie in sich abgeschlossen gar nicht haben kann. Umgekehrt wird jede Altersstufe von allen vorhergehenden getragen und bloß durch sie erklärlich; denn jeder Entwicklungspunkt wird nur durch alle früheren möglich. Wenn also jede Altersstufe die Vorbereitung zu den folgenden ist, so wird es selbst vom Greisenalter zu sagen erlaubt sein, daß es die Ablösung des für höhere Entwicklung reif gewordenen Geistes einleiten und zu Stande bringen, damit aber den Kreis des irdischen Lebens abschließen soll.“<sup>396</sup>

Für Ideler entwickelt sich der Geist mit den Jahren und behält selbst im Greisenalter seine jugendliche Frische. Die vielen Beispiele von hochbetagten Gelehrten, die trotz körperlichen Verfalls noch eine immense geistige Kreativität besitzen, dienen ihm als Beweis für die Unabhängigkeit des Körpers vom Geist. Elemente des geistigen Verfalls, wie beispielsweise den Abbau des Kurzzeitgedächtnisses, interpretiert er als notwendige Entwicklung der geistigen Reife im Alter. Er fasst diesen Kreislauf wie folgt zusammen: „Noch größer wird die Abweichung des geistigen vom physischen Leben im Greisenalter, wo der Körper seiner Auflösung entgegenschleicht, und daher den Kreis seines Wirkens immer mehr einengt, während der Geist seine höchste Reife erlangt, und mit freiem, aufgeklärtem Blick auf die Vergangenheit zurückschaut, um die Rechnung seines irdischen Daseins abzuschließen. Nur in seinen physischen Beziehungen sieht er sich eingeschränkt; denn die Sinne trüben sich, neue Eindrücke haften nicht mehr, daher das Gedächtnis bloß noch die tief eingegrabenen Erinnerungen früherer Zeit festhält, und die Phantasie mit ihrem Farbenspiel nicht mehr die lichte Klarheit des Gedankens verschleiern kann.“<sup>397</sup>

Ideler kennt jedoch auch eine pathologische Degeneration des Gedächtnisses im Alter. Deren Ursachen leitet er von einem ausschweifenden Lebensstil ab, oder, wie beispielsweise im Falle von Kant, von einer besonderen Überforderung der zerebralen Kräfte. Das Beispiel Kant ist in diesem Kontext

---

<sup>396</sup> Ebd., S. 486.

<sup>397</sup> Ebd., S. 493.

von besonderer Bedeutung, da bei Kant eine Demenz in den letzten Lebensjahren als sehr wahrscheinlich angenommen werden kann. Dennoch sind für Ideler diese, ihm durchaus geläufigen, dementiellen Prozesse, keine Argumente für eine somatische Herleitung: „Nur wenn er allzu sehr ein Sklave seiner ungestümen Interessen war, und sich an ihrem Widerstreit ruhelos abquälte, verdüstert sich der Abend seines Lebens, weil der stets irre geleitete Verstand zu keinem richtigen Begriff mehr gelangen kann, und die menschliche Bestimmung so sehr vergißt, daß sich ihm das nahe Ende unter dem Schreckbild der Zerstörung vor Augen stellt. Noch schlimmer, wenn er in sinnlichen Ausschweifungen das Mark seines Lebens verpraßte, und von einer trostlosen Oede des Bewußtseins umgeben, entsetzt über den Ruin aller höheren Interessen, die Vernichtung seines Daseins fühlt, ehe sie noch physisch eingetreten ist. Aber auch edlen Gemüthern, welche einem ihnen zu schweren Schicksal nicht gewachsen waren, kann es begegnen, daß ihr Lebensende in Trauer sich einhüllt; so wie auch große Denker (Newton, Kant), welche die Kräfte ihres Nervensystems überboten, stumpf werden können. Aber dies sind Ausnahmen von der Regel, daß das natürliche Greisenthum sich durch eine Milde, Klarheit und Heiterkeit auszeichnet, in welcher die sittlichen Ideen zur reinsten Darstellung gelangen, und im schneidenden Gegensatze zum zerfallenden Körper die ewige Jugend des Geistes anzeigen, dem an seinen heiligsten Interessen bis zum letzten irdischen Augenblick kein Abbruch geschieht. Wie denn namentlich produktive Geister eine Frische und Regsamkeit bewahrten, und deshalb gerade im Greisenalter die vollendetsten Meisterwerke der Kunst schufen (Homer, Sophokles, Gluck, Händel, Haydn).“<sup>398</sup>

Insgesamt entwickelt Ideler in seinem „Grundriß der Seelenheilkunde“ eine Psychologie der Leidenschaften, die sich nicht nur abgrenzt von somatischen Erklärungsversuchen, sondern von einem Großteil der vorherrschenden Psychologie. Für Ideler entwickeln sich Denken, Wollen, Wissenschaft und Ethik aus den Leidenschaften heraus. Alle Leidenschaft strebt nach einem ungezügelt Ausleben, doch ethische und kulturelle Grenzen gebieten ihre Disziplinierung. Klaus Dörner fasst diese Vorstellung wie folgt zusammen: „Nur innerhalb dieser sittlichen Grenzen herrscht Willensfreiheit, darf Lust

---

<sup>398</sup> Ebd., S. 494f.

gebilligt werden und ist zugleich Psychologie (und Seelenheilkunde) als empirische möglich. Hier ist zunächst volle Abhängigkeit des Verstandes von den Gemüthstrieben‘ anzuerkennen, das Verhältnis der Triebe zueinander ist ‚dynamisch‘, nicht logisch, daher auch nicht direkt über die Sprache zu erfassen, weshalb der empirische Psychologe ‚auf rein historische Kenntnis‘ beschränkt ist, nur durch Analyse der Motive zwischen Trieben und Handlungen seine diagnostische Aufgabe erfüllen kann.“<sup>399</sup>

Die Seele ist eigenständig und im Wesentlichen abhängig von den Gemüthstrieben. Aus der Notwendigkeit einer Domestizierung der Triebe leitet Ideler eine Theorie der Ethik, der Geschichte und der unterschiedlichen Kulturen ab. Durch die Verbindung einer Psychologie der Triebe mit der Ethik wird dem Einzelnen Verantwortung für seine Gesundheit übertragen. Mit dieser Haltung wird indirekt eigene Schuld impliziert; ein Prinzip, das auch auf dementielle Symptome angewendet wird. In seinen ‚Gesetzen der Lebensthätigkeit‘ kommt er zu folgender Schlussfolgerung: „Jeder Mensch lebt sich folglich vermöge seiner individuellen Verfassung in eine ihm eigenthümliche Sphäre von äußern Reizen und ihnen entsprechenden Formen von Thätigkeit hinein, und gefährdet seine Existenz nur durch den plötzlichen Uebertritt in ganz andere Lebensweisen, die er durch allmähliche und besonnene Umstimmung seiner Kräfte endlich doch annehmen kann. Daher muß man sich gegen jede beschränkte Ansicht der Lebensbedingungen verwahren, z.B. daß die hervorstechende Kultur des Gehirns durch angestrenzte Geistesthätigkeit dem Leben feindseelig sei. Sie ist es nicht, wie das Beispiel so vieler bis in ein hohes Alter gesund gebliebener Gelehrten beweiset. Die schädlichen Accidenzien der Gelehrsamkeit, Stubenluft, Mangel an Bewegung, Störung des Schlafs und der Verdauung durch unzeitige Studien, litterarische Fehden und Leidenschaften lassen sich vermeiden, und kommen daher nicht auf Rechnung des gesteigerten Gehirnlebens.“<sup>400</sup>

Die im ‚Grundriß der Seelenheilkunde‘ beschriebenen pathologischen Veränderungen des Gehirns im Alter werden nicht mit eigenen Terminologien ausgestattet. Dennoch waren die Begriffe ‚Dementia‘ und ‚Amentia‘ für Ideler

---

<sup>399</sup> Dörner K (1969) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt/Main, S. 268.

<sup>400</sup> Ideler CW (1835) Grundriß der Seelenheilkunde. Berlin, S. 669f..

nicht unbekannt und in einem seiner letzten Werke, dem „Lehrbuch der gerichtlichen Psychologie“ widmet er diesen beiden Begriffen ein eigenes Kapitel. Im § 53 versucht er Verwirrtheit (Dementia) und Blödsinn (Amentia) zu definieren, übt jedoch gleichzeitig Kritik an diesen Bezeichnungen:

„Wir können allerdings schulgerechte Definitionen aufstellen, so wohl der Verwirrtheit (Dementia) als einer völligen Auflösung des logischen Zusammenhanges unter den Vorstellungen, welche nicht wie in der Tobsucht durch ungestüme Leidenschaften veranlasst werden, dieselben vielmehr gänzlich ausschließen, so wie des Blödsinns (Amentia) als einer gänzlichen Nullität des Denkvermögens, welche namentlich bei den Cretinen den höchsten Grad erreicht. Indess obgleich diese Begriffe so präcis und erschöpfend scheinen, dass ihre Anwendung auf specielle Fälle, welche jenen Charakter vollständig an sich tragen, sich ganz von selbst ergibt; so reichen doch hier wie überall unsere Kategorieen nicht aus, die unendliche Mannigfaltigkeit des Lebens in sich aufzunehmen.“<sup>401</sup>

Die Theorie von der Unabhängigkeit der Psyche scheint bezogen auf den Blödsinn und die Verwirrtheit besonders angreifbar. Eine erworbene wie auch eine angeborene geistige Schwäche bieten sich geradezu an für eine Beweisführung der somatischen Kausalität. Ideler muss sich deswegen der Herausforderung stellen und entwirft dabei folgende Argumentationsstrategie: „Um das Ebengesagte mit einigen Beispielen zu erläutern, erinnere ich daran, dass die Verstandesschwäche im höchsten Grade ohne Geistesverwirrung vorhanden sein kann. Wie viele Schwachsinnige giebt es, welche unter liebevoller Pflege der Ihrigen sich in eine mechanische Routine beschränkter Thätigkeit hineinleben, gegen alle Conflictte geschützt nirgends Anstoss erregen, und durch einförmige, niemals von Affecten unterbrochene Ruhe eine gewisse Scheinverständigkeit erlangen, welche für den engen Kreis ihrer Bedürfnisse ausreicht. Haben sie überdies im früheren Leben eine höhere Ausbildung des Verstandes erreicht, und erst durch Krankheit eine Schwächung desselben erlitten; so können sie die früher erworbenen Begriffe in einem ziemlich treuen Gedächtnisse bewahren, und im Gespräche auf eine leidliche Weise reproduciren, um wenigstens so lange, als ihre Imbecillität nicht auf die Probe gestellt wird nicht als wirkliche Geisteskranke zu gelten.

---

<sup>401</sup> Ideler CW (1857) Lehrbuch der gerichtlichen Psychologie. Berlin, S. 276.

Werden sie aber in Lagen versetzt, welche umsichtige Besonnenheit, folgerechtes Nachdenken, freie Selbstbestimmung erfordern, so kommt auf einmal ihre grosse Geistesarmuth zum Vorschein, zumal wenn wenigstens vorübergehend heftige Affecte in ihnen erweckt werden, unter deren Andrange sie nicht nur den schwachen Ueberrest an Besinnung verlieren, sondern auch in die vollständigste Verstandesverwirrung oder Betäubung gerathen. Dass unter solchen Bedingungen verübte gesetzwidrige Handlungen ihnen nicht zugerechnet werden können, bedarf nicht erst des Beweises. Nur in so fern kann dabei eine Schwierigkeit obwalten, als die Zeugenvernehmungen welche Thatsachen für das Urtheil über das Maass der Geisteskräfte liefern sollen, mitunter ganz schwankende und ungewisse Ergebnisse darbieten, weil Niemand sie genau zu beobachten das Talent oder die Gelegenheit hatte.<sup>402</sup>

Obwohl er in seinen eigenen Schriften höchst vage bleibt, lässt sich aus einer anderen Quelle seine Kenntnisnahme von differenzierterem Wissen über die Demenz sehr wohl ableiten. Ideler hat die französische Literatur nicht nur aufmerksam verfolgt, sondern zum Teil auch mit eigenen Anmerkungen ins Deutsche übersetzt. Seine auch diesmal von ihm selbst kommentierte Übersetzung des Buches „Die Geisteskrankheiten in Beziehung zur Rechtspflege“ von Charles Chrétien Henri Marc ist in diesem Zusammenhang sehr aufschlussreich und verdeutlicht, dass fehlende Differenzierung in seinem eigenen Werk nicht auf mangelnder Information basiert.

Vor diesem Hintergrund macht es Sinn, kurz auf die Erläuterungen des französischen Psychiaters einzugehen. In einem eigenen Kapitel wird die Verwirrtheit (Démence) beschrieben und abgegrenzt von Idiotie und Blödsinn. Marc leitet den Begriff zunächst aus der juristischen Literatur ab und hebt hervor, dass in der Terminologie der Juristen der Ausdruck „Démence“ gleichbedeutend sei mit den Bezeichnungen „Wahnsinn“ oder „Geisteskrankheit“. Der Zustand des Verwirrtseins wird verknüpft mit dem Verlust von alltäglichen Kompetenzen und der eigenen Mündigkeit. Marc selbst beruft sich mehrfach auf seinen Kollegen Louis-Florentin Calmeil und zitiert nach ihm: „Bei den meisten Verwirrten werden die organischen Functionen um so thätiger, je mehr die geistigen abnehmen. Diese Sinnlosen haben eine große Anlage, fett zu werden; sie sind schmutzig; viele fühlen nicht

---

<sup>402</sup> Ebd., S. 276f..

einmal ihre Bedürfnisse, und man muss für ihre Pflege, wie für die der Kinder Sorge tragen.<sup>403</sup> Die erkennbare Verwahrlosung und Unfähigkeit, für sich selbst zu sorgen, verlangte nach Lösungsstrategien für eine pflegerische Betreuung.

Die Beschreibungen der Symptome dieser „Sinnlosen“ lassen bereits eine große Kenntnis der dementiellen Erkrankung erahnen: „Zuweilen zerstört die Verwirrtheit gewissermaassen, und, wenn man sich so ausdrücken darf, Stück vor Stück alle Werkzeuge des Denkens, der Neigungen und Gefühle, und führt den Menschen in einen an Idiotismus grenzenden Zustand, wie die Spiritualisten sich ausdrücken, es scheint, dass der Körper die Seele überlebt, von welcher man jedoch noch immer einige Spuren ihres früheren Wesens antrifft. Dieser letzte Zustand bildet die vollständige, allgemeine Verwirrtheit, ihren höchsten Grad. Endlich ist dieselbe zuweilen partiell, und sie betrifft alsdann nur eine einzelne Seelenkraft, oder nur einige, z.B. das Gedächtniss für Zahlen, Zeiten, Orte, die Liebe, den Muth, die Vorsicht, das Bewusstsein des Rechts und des Unrechts u.s.w.[...]“<sup>404</sup>. Die geschilderten Symptome können in unterschiedlicher Weise auftreten, wobei die Verwirrtheit im Alter als eine eigene Art hervorgehoben wird: „Bei den Verstandesstörungen giebt es eine gewisse Abhängigkeit derselben von einander, wodurch sie sich miteinander verknüpfen, eben so, wie im physiologischem Zustande die verschiedenen Gehirorgane in einem wechselseitigen Zusammenhange stehen. Die Verwirrtheit ist auch noch acut oder chronisch, einfach oder complicirt, anhaltend, nachlassend oder aussetzend; endlich hat man die Verwirrtheit der Greise zu einer eigenen Art gemacht.“<sup>405</sup>

In der deutschen Literatur, die diese Differenzierung nicht vornimmt, werden die „Sinnlosen“ unter dem Oberbegriff „erworbener Blödsinn“ subsumiert. Dagegen versucht Marc eine genaue Abgrenzung von Idiotismus und Blödsinn vorzunehmen und folgert daraus: „Indess ungeachtet dieser Aehnlichkeit des Charakters des Idiotismus, des Blödsinns und der Verwirrtheit, ist es doch, wie wir bereits gesehen haben, unmöglich, diese verschiedenen Formen

---

<sup>403</sup> Marc CCH (1843) Die Geisteskrankheiten in Beziehung zur Rechtspflege. Deutsch bearbeitet und mit Anmerkungen begleitet von Prof. Karl Wilhelm Ideler. Erster Band. Berlin, S. 183.

<sup>404</sup> Ebd., S. 183.

<sup>405</sup> Ebd., S. 184.



miteinander zu verwechseln. Bei den Idioten und Blödsinnigen findet man sehr oft eine auffallende Unregelmässigkeit in der Bildung des Schädels, welche man bei den Sinnlosen nicht bemerkt. Bei letzteren behalten die Gesichtszüge noch einen gewissen Ausdruck von Geist, während sie beim Blödsinnigen und noch mehr beim Idioten ein gewisses Gepräge an sich tragen, welches sich nicht schildern lässt, aber welches der Beobachter nicht verkennen kann, und welches anzeigt, das die Intelligenz bei diesen unglücklichen Geschöpfen niemals zur Entwicklung gekommen ist.<sup>406</sup>

Es stellt sich die Frage, warum diese Differenzierung und Beobachtung durch die französischen Psychiater, ein Teil lässt sich auch schon bei Pinel und Esquirol finden, keine Beachtung in der deutschen Literatur findet. Ideler selbst gibt eine Antwort darauf und kommentiert die von ihm vorgenommene Übersetzung: „Diese fast mühsam sorgfältige, wenn auch richtige Unterscheidung zwischen der Verwirrtheit einerseits und dem Idiotismus und Blödsinn andererseits hat selbst in medizinischer Bedeutung nur einen geringen, in forensischer Beziehung aber fast gar keinen Werth. Denn alle diese so umständlich von einander abgesonderten Seelenzustände stimmen ihrem Wesen nach als eine mehr oder minder vollständige Nullität der Geistes- und Gemüthsthätigkeit überein, sind alle gleich unheilbar, und müssen ärztlich, wie juristisch ganz auf dieselbe Weise beurtheilt werden.“<sup>407</sup>

Allerdings führt diese Ablehnung der französischen Nosologie auch zu Missverständnissen in der Jurisprudenz. Die Kommunikation zwischen der medizinischen und der juristischen Disziplin war von unterschiedlicher Sprache geleitet und führte oft in laufenden Prozessen zu schwerwiegenden Auseinandersetzungen. Ideler kannte diesen Konflikt aus eigener Erfahrung und merkt dazu an: „Letzte Bemerkung gilt auch von den Bestimmungen des Preussischen Landrechts, in welchem bekanntlich Blödsinnige als Personen bezeichnet, welche unvermögend sind, die Folgen ihrer Handlungen einzusehen, Wahnsinnige (zu denen auch die Rasenden gerechnet werden) aber als solche, welche ihrer Vernunft gänzlich beraubt sind. Unstreitig gehören also zum gesetzlichen Blödsinn alle Arten der Monomanie und Melancholie, bei denen ein durch Wahnvorstellungen irre geleiteter, aber noch einer

---

<sup>406</sup> Ebd., S. 185.

<sup>407</sup> Ebd., S. 187.

zusammenhängenden Reflexion fähiger Verstand, also ein im gewissen Sinne geregeltes Bewusstsein im Allgemeinen das Wirken der Seele nach ihren wesentlichen Gesetzen, nur befangen in einseitiger Richtung zu erkennen geben. Zum gesetzlichen Wahnsinn werden dagegen die Formen der Tobsucht, der Verwirrtheit, des Blödsinns in medizinischer Bedeutung, des Idiotismus gezählt, weil sie alle ungeachtet ihrer Verschiedenheit darin übereinstimmen, dass bei ihnen jedes geregelte Vorstellen, also jede Reflexion aufgehört hat. In der Sprache der Juristen bezeichnet daher Blödsinn den niederen, Wahnsinn aber den höheren Grad der Geisteskrankheiten, eine Ausdrucksweise, welche mit der der Aerzte geradezu im umgekehrten Verhältnisse steht. Bei gerichtlichen Verhandlungen über Geisteskranke bin ich oft Zeuge von lebhaften Streitigkeiten zwischen den Juristen und Aerzten gewesen, welche sich gegenseitig missverstanden, weil jeder mit den Worten Blöd- und Wahnsinn einen anderen Begriff verband.<sup>408</sup>

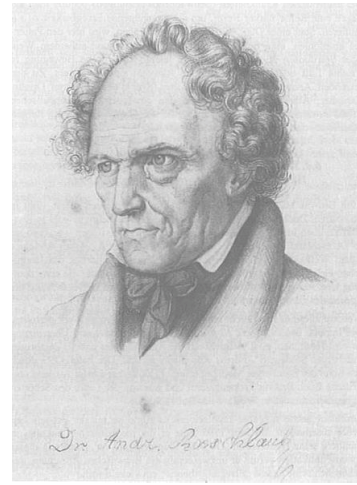
Wir können aus den Schriften ableiten, dass Ideler durchaus um das Phänomen der senilen Demenz wusste. Dabei werden die Begriffe „Dementia“ und „Amentia“ jedoch in seinen Publikationen als nicht angemessen kritisiert, in der Übersetzung von Marcs Werk gar als eine überflüssige Differenzierung beschrieben. Es lässt sich vermuten, dass das Interesse primär den sog. heilbar Kranken wie den Melancholikern galt, auch wenn diese zahlenmäßig weniger waren als die als unheilbar geltenden sog. Sinnlosen. Zudem wird der Zustand im Alter kausal verknüpft mit dem vorherigen Lebensstil und damit eigene Verantwortung impliziert, wenn Körper und Geist sich in einem pathologischen Abbauprozess befinden. Insgesamt wird die geistige Entwicklung im Greisenalter als ein Höhepunkt beschrieben und dem Geist ewige Jugend zugesprochen. Dementielle Symptome im Alter treten nur als Folge eines ungezügelter Lebens zutage. Wer seine Leidenschaften zügellos auslebt, läuft Gefahr, im Alter seinen Geist zu verlieren. Eine Verknüpfung, die durchaus auch heute präsent ist, wenn versucht wird, wissenschaftlich eine Kausalität zwischen Lebensstil und Alzheimerkrankheit zu belegen.

---

<sup>408</sup> Ebd., S. 188.

## 12 . Andreas Röschlaub

Andreas Röschlaub zählt nicht unbedingt zu den Protagonisten der deutschen Psychatriegeschichte, aber er gilt im Kontext der romantischen Medizin als wichtigster Vertreter des Brownianismus in Deutschland.<sup>409</sup> Zwischen den verschiedenen Richtungen, die sich Anfang des 19. Jahrhunderts gegenüberstanden, positionierte er sich mit einem sehr eigenständigen Konzept der Jatrotechnik auf der Grundlage von John Brown.<sup>410</sup> In diesem Spannungsfeld entwickelt er eine eigene Nosologie, in der er auch auf psychiatrische Symptome, Verstandestätigkeiten und die Rolle des Geistes eingeht. Damit streift er auch das Gebiet der dementiellen Symptome und erlaubt einen neuen Blickwinkel auf den Umgang mit derartigen Krankheitsbildern um 1800.



**Abb. 10: Andreas Röschlaub**

---

Röschlaubs Bestreben bestand darin, eine eigene Theorie der ärztlichen Handlung zu konzipieren. Er bezeichnet das neue Lehrgebäude als Jatrotechnik und gründete 1804 dafür eigens eine Publikation mit dem Titel „Zeitschrift für Jatrotechnik“. In der ersten Ausgabe begründet er seinen Ansatz mit folgender Zielsetzung: „Praktische Arzneikunde, praktischer Arzt waren bisher bei uns die Benennungen, welche dasselbe ausdrücken sollten, was der Sinn der aus dem Griechischen stammenden Worte Jatrotechnik, Jatrotechniker andeuten. Da es in der Theorie unumstößlich bewiesen ist, daß nur das Prinzip alles Lebens auch das Prinzip aller Heilung sei, und da folglich nur von diesem eigentlich ausgesaget werden kann, daß es die Krankheiten heile; so kann der Arzt nicht so ganz eigentlich Heilkünstler, wenigstens nicht in dem Sinne genannt werden, als kenn und treibe er die Kunst, Krankheiten zu heilen, sondern, wenn doch ein richtiger Sinn dem Ausdrucke beigelegt werden soll,

---

<sup>409</sup> Vgl. hierzu Dörner K (1999) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. (2. Aufl.) Frankfurt/Main, S. 215.

<sup>410</sup> Vgl. hierzu Wiesing U (1995) Kunst oder Wissenschaft. Konzeption der Medizin in der deutschen Romantik. Stuttgart-Bad Cannstatt, S. 158f..

so kann es nur der sein: Er verstehe und übe die Kunst, Kranke durch seine Anordnungen in solche Umstände und Einflüsse versetzen zu lassen, durch welche das Prinzip aller Heilung zur Bewerkstelligung von dieser bestimmt, darin unterstützt, und die seiner Wirksamkeit feindseligen Hindernisse beseitigt werden.“<sup>411</sup>

Hinter dieser terminologischen Analyse steht eine Kritik an der ärztlichen Ausbildung.<sup>412</sup> Damit die Tätigkeit des Arztes sich systematisch weiterentwickeln kann, fordert er wissenschaftliche Kriterien und einen theoretischen Überbau ein. Für diesen Ansatz kreiert er den Ausdruck „Jaterie“, als Oberbegriff für das theoretische Fundament, das der Arzt anzuwenden habe. Aus der Jaterie entspringt die „Jatrotechnik“, eine Theorie der praktischen Tätigkeit, die für die Ausübung gedacht ist. Interessant ist die konsequente Unterscheidung zwischen Anwendung und Ausübung. Für Röschlaub scheint diese Unterscheidung von größter Bedeutung zu sein.<sup>413</sup> In seinem „Lehrbuch der besonderen Nosologie“ wird er konkreter und definiert die Begriffe wie folgt:

- „1. Im folgenden soll betrachtet werden, wie besondere respektive Übelseynsformen des Menschen entstehen, sich entwickeln und ausbilden; wie der mögliche Übergang derselben in Genesung geschehe, und wie eben dieser zu veranlassen, und zu befördern sey.
2. Die Betrachtung, wie besondere respektive Übelseynsformen entstehen, sich entwickeln und ausbilden, ist Gegenstand der besonderen Nosologie (*nosologia specialis*).
3. Die Betrachtung, wie der mögliche Übergang derselben in Genesung geschehe, ist Gegenstand der besonderen Jatreusiologie (*Jatreusiologia specialis*).
4. Die Betrachtung endlich, wie eben dieser (3.) Übergang zu veranlassen und zu befördern sey, ist Gegenstand der besonderen Heilkunde oder Jaterie.“<sup>414</sup>

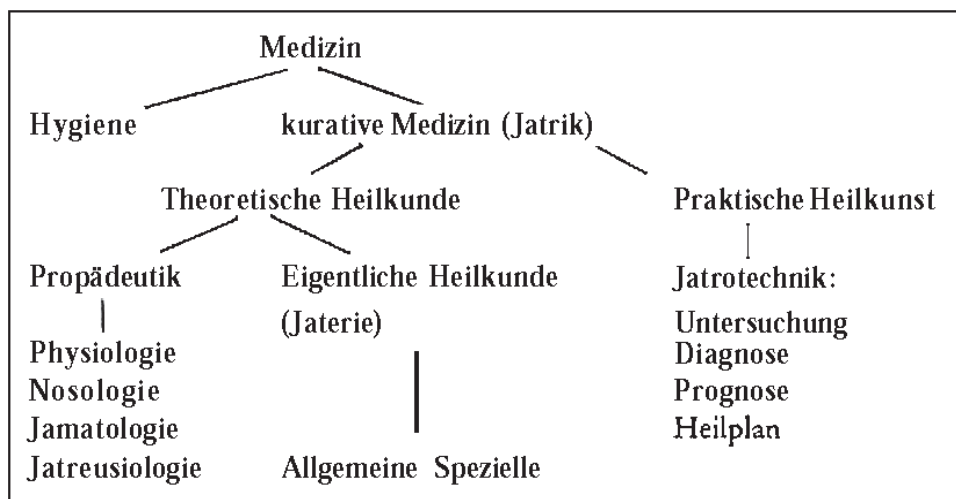
---

<sup>411</sup> Röschlaub A (1804) Ueber Jatrotechnik, Jatrotechniker, und über den Zweck und Inhalt dieser Zeitschrift. In: Zeitschrift für Jatrotechnik. Bd. 1. Landshut, S. 1.

<sup>412</sup> Vgl. Wiesing U (1995) Kunst oder Wissenschaft. Konzeption der Medizin in der deutschen Romantik. Stuttgart-Bad Cannstatt, S. 169.

<sup>413</sup> Vgl. ebd., S. 166.

<sup>414</sup> Röschlaub A (1807) Lehrbuch der besonderen Nosologie, Jatreusiologie und Jaterie. Bd. 1. Frankfurt/Main, S. 3.



**Abb. 11: Röschlaubs Aufteilung der Medizin**

Aus diesen Ausführungen werden der terminologische Aufbau und seine Logik deutlich erkennbar. Jaterie und Jatrotechnik sind demzufolge zwei unverzichtbare Säulen der ärztlichen Tätigkeit, die zwar voneinander abhängig sind, aber ganz unterschiedliche Aufgaben zu erfüllen haben.

Die Aufteilung in der Tabelle<sup>415</sup> auf der folgenden Seite zeigt, wie explizit Röschlaub Heilkunde und Heilkunst voneinander trennt, und sie beide dennoch als notwendig zusammengehörig betrachtet. Röschlaub befindet sich mit diesem Ansatz zwischen den Empirikern auf der einen Seite und den Anhängern der Naturphilosophie auf der anderen Seite.<sup>416</sup>

Den Empirikern spricht er jede Form von Wissenschaftlichkeit ab. Da sie keinen theoretischen Überbau haben, sind sie nicht befähigt, Erfahrungszusammenhänge zu bilden und können daher auch nicht Erkrankungen systematisch erfassen und eine sinnvolle Prognose erstellen. Die Bedeutung der Prognose beschreibt er in der ersten Ausgabe seiner Zeitschrift: „Aber nur mittels einer medizinischen Prognose weiß er gründlich einen wahren Kurplan zu entwerfen und das Detail derselben, die Kurmethode, anzugeben, so wie die medizinische Prognose nur mittels der Diagnose, und diese nur mittels Anamnese, vest begründet werden kann. Darum bedarf der Arzt, welcher nicht als blinder Empiriker handeln will, nicht nur einer allgemeinen und speziellen Jaterie (Heilkunde) und gesamten Jamatologie

<sup>415</sup> Entnommen aus: Wiesing U (1995) Kunst oder Wissenschaft. Konzeption der Medizin in der deutschen Romantik. Stuttgart-Bad Cannstatt, S. 165.

<sup>416</sup> Ebd., S. 169.

(Heilmittellehre), worin er die theoretischen Gründe für seinen Kurplan und die Kurmethode ersehe; sondern auch einer Jatreusiologie (Theorie des Heilungsprozesses), aus welcher ihm theoretische Gründe für die Prognose fließen; so wie einer Nosologie, in welcher er die theoretischen Gründe für die Anamnese und Diagnose der Krankheit erhält.<sup>417</sup> Hufeland griff genau dieses Konzept der Prognose besonders heftig an und versuchte gar mit Polemik, dieser These eine esoterische Richtung zu unterstellen. Obwohl beide Mediziner in diesem Punkt gar nicht weit auseinanderlagen, wurde der Teilaspekt „Prognose“<sup>418</sup> besonders vehement und emotional bekämpft.<sup>419</sup>

Auch beim therapeutischen Ansatz fordert Röschlaub, modern ausgedrückt, eine evidenz-basierte Herangehensweise. Ohne diese wissenschaftliche Systematik sei jeder therapeutische Weg vom Zufall der persönlichen Erfahrung abhängig und könne demzufolge nicht weiterentwickelt werden. Den wissenschaftlichen Ansatz erkennt er dagegen bei den Naturphilosophen, denen er im Wesentlichen näher steht. Dennoch kritisiert und beklagt er hier das Fehlen einer Theorie der Heilkunst. Um diese Differenzen zu verstehen, zieht Nelly Tsouyopoulus folgende Quintessenz aus der Konzeption von Röschlaub: „a) Naturwissenschaftliche Grundlage der theoretischen Medizin, die auf die praktische übertragbar sein soll. Voraussetzungen: 1. Neue Methode für das Studium von Naturprozessen. 2. Erfassung pathologischer Prozesse als ein Teil der physiologischen.

b) Die naturwissenschaftlichen Grundlagen der Physiologie und Pathologie sind durch die neue Methode auf die Klinik anwendbar und garantieren ein sicheres Fundament. Aber die eigentliche Medizin ist nicht bloß angewandte Naturwissenschaft, sondern veranlassende Kunst. Konsequenz: Die medizinische Prognose und vor allem die Therapie bedürfen einer weiteren Bearbeitung und einer eigenen Methode, welche durch die naturwissenschaftlich bearbeitete Physiologie nicht erfaßt werden kann.“<sup>420</sup>

---

<sup>417</sup> Röschlaub A (1804) Ueber Jatrotechnik, Jatrotechniker, und über den Zweck und Inhalt dieser Zeitschrift. In: Zeitschrift für Jatrotechnik. Bd. 1. Landshut, S. 5.

<sup>418</sup> Wiesing U (1995) Kunst oder Wissenschaft. Konzeption der Medizin in der deutschen Romantik. Stuttgart-Bad Cannstatt, S. 171.

<sup>419</sup> Ebd., S. 182.

<sup>420</sup> Tsouyopoulos N (1982) Andreas Röschlaub und die Romantische Medizin. Die philosophischen Grundlagen der modernen Medizin. Stuttgart, S. 161.

Nach Auffassung der Gegner Röschlaubs sollte die Naturphilosophie auf der Physiologie aufbauen. Durch die gewonnenen Erkenntnisse in der Physiologie glaubte man eine spezielle Pathologie begründen zu können. Der Konflikt mit den Naturphilosophen verschärfte sich ab 1803 und erreichte schließlich seinen Höhepunkt in der Auseinandersetzung mit Schelling ab 1805.<sup>421</sup>

Eigentlich standen die beiden Protagonisten in einer freundschaftlichen Verbindung. Schelling hat sich sogar in den ersten Jahren von Röschlaub stark beeinflussen lassen. Seine anfängliche Begeisterung für John Brown ist sicherlich Röschlaub zu verdanken.<sup>422</sup> Ab 1803 zeigen sich erste Tendenzen für eine geänderte Auffassung. Die Differenz ist zu diesem Zeitpunkt noch geprägt von gegenseitiger Achtung und gegenseitigem Einfluss. Röschlaub versucht zunächst noch die Ansätze Schellings in seinem Konzept einzuarbeiten.<sup>423</sup> Sein 1804 erschienenes Lehrbuch der allgemeinen Jaterie und ihrer Propädeutik steht ganz im Banne Schellingscher Philosophie. Schelling lobt dieses Werk in einem persönlichen Schreiben an Röschlaub: „Ihre physiologischen Fragmente haben mir aufs neue die größte Achtung Ihres herrlichen Kunstgeistes eingeflößt, den ich jederzeit (ich darf es sagen) erkannt habe.“<sup>424</sup>

Im selben Jahr veröffentlicht Röschlaub in seiner Zeitschrift eine Abhandlung mit dem Versuch eine Grenze zwischen der Naturphilosophie und der Medizin zu ziehen. Die Anhänger Schellings begreifen diesen Ansatz als einen massiven Angriff und versuchen Schelling dahin zu drängen, sich von Röschlaub zu distanzieren.<sup>425</sup> 1805 schließlich greift Schelling in einem Aufsatz die Theorien von John Brown an und entzieht damit der Erregungstheorie von Röschlaub das Fundament.<sup>426</sup> Im Verlauf des Sommers 1805 nehmen die Spannungen zu und der Ton zwischen beiden wird zunehmend gereizter. Schelling wird aus diesem Streit als Sieger hervorgehen

---

<sup>421</sup> Gerabek WE (1995) Friedrich Wilhelm Joseph Schelling und die Medizin der Romantik. Studien zu Schellings Würzburger Periode. (Europäische Hochschulschriften. Reihe 7, Abt. B, 7). Frankfurt/Main, S. 370.

<sup>422</sup> Ebd., S. 269.

<sup>423</sup> Ebd., S. 270.

<sup>424</sup> Schelling FWJ (1962) (1962) Briefe und Dokumente. Band I: 1775-1809. Hrsg. von Hans Fuhrmans. Bonn, S. 225.

<sup>425</sup> Vgl. hierzu Tsouyopoulos N (1982) Andreas Röschlaub und die Romantische Medizin. Die philosophischen Grundlagen der modernen Medizin. Stuttgart, S. 169.

<sup>426</sup> Schelling FWJ (1805) Vorläufige Bezeichnung des Standpunktes der Medizin nach Grundsätzen der Naturphilosophie. In (ders.) Jahrbücher der Medizin als Wissenschaft. Bd. 1. Tübingen, S. 165.

und damit bewirken, dass Röschlaub keine Beachtung mehr findet - dessen Engagement für die praktische Medizin, seine Reformansätze, beispielsweise für den klinischen Unterricht, sowie seine Arbeiten über Geisteserkrankungen fielen damit der Vergessenheit anheim.

Nichtsdestotrotz: in Röschlaubs Arbeiten lassen sich durchaus theoretische Ansätze zu Alter und Geist finden. Erste Hinweise, wie er sich medizinisch dem Alter und seinen Krankheiten zuwendete, bekommen wir in seinem Lehrbuch der Nosologie. In § 34 beschreibt er die Beschränkungen der Lebensverrichtungen, die nicht verwechselt werden dürfen mit dem allgemeinen „Uebelseyn“. Der Begriff „Uebelseyn“ hat eine besondere Bedeutung für Röschlaub und wird für das Vorhandensein von Krankheitssymptomen schlechthin verwendet. Vor diesem Hintergrund darf das Alter und die damit verbundenen Beschwerden nicht als ein „Uebelseyn“ bewertet werden. „Weder die Vermehrung noch Beschränkung (intensive wie extensive) der Lebensverrichtungen kann Uebelseyn gennet werden, wenn sie keine Störung des Zusammenstimmens von allen zu den gemeinsamen Zwecken des organischen Individuums hinlänglich begründet. Hieher gehören die Eigenheiten verschiedener Alter, Geschlechter, Konstitutionen u.s.f. Das Kind, der Jüngling, Mann, Alte, Greis können sich in Wohlseyn befinden, ungeachtet die sämtlichen Lebensverrichtungen bald vermehret, bald beschränket werden. Eben das gilt von den Folgen allmählicher Veränderungen der Diät, Lebensart, des Klimages, der Witterung, u.s.f. für den Organismus.“<sup>427</sup>

Aus diesem Blickwinkel betrachtet er auch einige psychiatrische Erkrankungen. Ihnen unterstellt er die Möglichkeit eines vorhandenen „Wohlseyns“ und erkennt nur in Zusammenhang mit bestimmten Symptomen die Voraussetzung für einen Krankheitszustand an. „So kann der ganze Organismus für die Vegetation bei völliger Blindheit, Taubheit, Verrücktheit, Blödsinne, u.s.f. in ziemlichem Wohlseyn sich erhalten, solange nur die Organe solcher Verrichtungen, und zwar nur als solche, leiden, und die für Assimilation und Vegetation thätigen Organe leiden nur dann Störung des Normalzustandes ihrer Lebensverrichtungen, wenn nebst jenen Organen auch zugleich andere in beträchtliche Veränderung ihrer Lebensverrichtungen

---

<sup>427</sup> Röschlaub A (2006) Lehrbuch der Nosologie. Bamberg; Würzburg 1801. (Neuaufll.) Saarbrücken, S. 13.



versetzt werden, wie es z.B. bey den Affekten, Leidenschaften, Beschäftigungen des Geistes und des Leibes u.s.f. der Fall ist.<sup>428</sup>

Für das allgemeine Wohlbefinden spielt die Konstitution eine wesentliche Rolle. Mit zunehmendem Alter gewinnt sie an Stärke, doch diese Entwicklung macht eine Kehrtwendung im Greisenalter. „Bei sonst gleichen Umständen“, folgert Röschlaub, „ist also die Konstitution des Individuums um so schwächer, je jünger es ist (desto mehr Rezeptivität, weniger Energie der Thätigkeit): Bei zunehmendem Alter, in der Kindheit, im Knaben-- Jünglings- Mannesalter wird die Konstitution immer stärker (größer die Energie, geringer die Rezeptivität); bis endlich im hohen Alter, wegen gar zu großer Verminderung der Rezeptivität wieder Schwäche der Konstitution allmählich sich einstellt.“<sup>429</sup>

Neben den Einordnungen des Alters wird die allgemeine Geistesbeschäftigung gesondert thematisiert. Die Besonderheit von kognitiven Fähigkeiten sowie deren Verlust wird aber lediglich konstatiert. „Das Denken gehöret unter die mächtigeren erregenden Potenzen für den menschlichen Organismus. Je mehr sich Menschen an dasselbe nach und nach gewöhnen, desto mehr wird es endlich denselben zum Bedürfnisse: Manche führen hingegen in Einem fort ein fast Gedankenloses Leben.“<sup>430</sup> Die Notwendigkeit der Geistesbeschäftigung ist unbestritten, jedoch darf der Geist nur in Maßen angestrengt werden. Röschlaub vertritt die These, dass sowohl die komplette Abwesenheit als auch eine Überanstrengung des Geistes krankhafte Auswirkungen haben kann. In § 972 folgert er: „Beiderlei Schädlichkeiten, sowohl das angestrengte Denken, als der Geist- und Gedankenlose Zustand des Menschen wirken um so heftiger, je seltener ihnen Menschen ausgesetzt sind, und je länger sie, auf einmal in dasselbe versetzt, darin verharren müssen, und so im Gegentheile.“<sup>431</sup>

Die Auswirkungen psychiatrischer Symptome müssen laut Röschlaub jeweils mit dem Einzelnen individuell betrachtet werden. Für den behandelnden Arzt sei es daher wichtig, zu erkennen, dass bestimmte Krankheitserscheinungen in vielfältigster Form hervortreten können. Vor diesem Hintergrund beschreibt er die Herausforderung: „Der Nosolog oder Therapeut (Jatriker), welcher die

---

<sup>428</sup> Ebd., S. 73f..

<sup>429</sup> Ebd., S. 130.

<sup>430</sup> Ebd., S. 263.

<sup>431</sup> Ebd., S. 264.

Charakteristik, den Verlauf und die ärztliche Behandlungsweise von Krankheiten, als solcher, z.B. der Manie, Verrücktheit, Narrheit, Hypochondrie u.s.f. beschreibt, stellet sich keineswegs dieses oder jenes besondere Subjekt vor, welches an einzelnen derselben leide, und darf sogar diese sich nicht vorstellen, wenn es ihm darum zu thun ist, eine ganz genuine und präzise Schilderung einer jeden zu liefern. Denn jede Krankheitsform wird in jedem besonderen Subjekte mit ganz besonderen Zügen erscheinen, welche nicht sowohl aus der Eigenart der Krankheitsform, als vielmehr des damit behafteten Subjektes hervorgehen.<sup>432</sup>

Diese individuellen Erscheinungen der psychiatrischen Symptome müssen darüber hinaus in einem komplexen Zusammenhang gedacht werden. Viele psychiatrische Erscheinungsformen zeigen oft eine große Nähe zu einigen Leidenschaften oder Affekten, die jedoch nicht pathologischen Ursprungs sind. „Kündigen etwa“, so fragt sich Röschlaub, „die einzelnen Handlungen, die Gebärden, Manieren, Gesichtszüge, die ganze Attitüde u.dgl. an Geisteskranken sich als wesentliche Merkmale ihrer respektiven Krankheit an? Man vergleiche einen in Kriegswuth versetzten Soldaten, z.B. einen Ajax oder Achilles mit einem an ein Tollheit leidenden Unglücklichen; wie verwandt, wie ähnlich oder ganz gleich wird man alles Erwähnte an beiden finden? Wenn ein Sokrates ganze Stunden, ja nicht selten ganze Tage und Nächte, tief in seinen Betrachtungen verloren, an einer Stelle unbeweglich stand, nicht der Vorbeigehenden, nicht der Witterung, des Zeitwechsels, selbst des nahen Kriegslärmens achtete; welcher verständige Grieche hielt ihn darum für wahnsinnig?“<sup>433</sup>

Die Vergleichbarkeit der Symptome mit Alltagserscheinungen, wenn auch in ungewöhnlichen Situationen, lässt die Frage aufkommen, wann die Grenze zum Pathologischen überschritten wird und ob eine medizinische Heilung möglich ist. Wahnvorstellungen, die auch bei einem dementiell veränderten Menschen vorkommen können, stellen zu Beginn des 19. Jahrhunderts geradezu eine Metapher für das Verrücktsein dar. Röschlaub definiert den pathologischen Zusammenhang wie folgt: „So halte ich z.B. einen Menschen,

---

<sup>432</sup> Röschlaub A (1807) Über die Entstehung und Heilung der Geisteskrankheiten. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 10. S. 126f.

<sup>433</sup> Ebd., S. 147.

dessen Narrheit darin besteht, daß er, der Sohn eines Bürgers, sich einbildet, Prinz und Prätendent eines Königsreichs zu seyn, so lange für heilbar, als er sich Szenen aus seinem Leben erinnert und erzählt, welche in der Art, wie er sich ihrer erinnert und sie erzählt, mit seiner verirrten Meinung offenbar kontrastieren.<sup>434</sup> Interessant ist hier die Differenzierung, ob der Wahn noch mit Vernunft oder ohne Vernunft sich äußert. Ist der Betroffene noch in der Lage, sich an Ereignisse zu erinnern und den Wahn mit einer gewissen Vernunft zu schildern, dann prognostiziert Röschlaub gute Heilungschancen. Bei Wahnvorstellung in der Demenz, oder, um mit der Terminologie des ausgehenden 18. Jahrhunderts zuzusprechen, mit erworbenem Blödsinn, sind die kognitiven Fähigkeiten nicht mehr vorhanden, so dass im Umkehrschluss für Röschlaub keine Heilungsmöglichkeiten bestehen. Letztendlich wird bereits ein degenerativer Prozess hier impliziert.

---

<sup>434</sup> Ebd., S. 147.

### 13 . Johann Christoph Hoffbauer

Als ein Vertreter der Vermögenspsychologie in der Nachfolge Kants gilt der 1766 in Bielefeld geborene Philosoph Johann Christoph Hoffbauer. In seinen philosophischen Schriften entwickelt er eine psychologische Lehre und beteiligt sich damit aktiv an der Entstehung der Psychiatrie zu Beginn des 19. Jahrhunderts.<sup>435</sup> Hoffbauer stand durch seine Tätigkeit in Halle in enger Verbindung mit Johann Christian Reil, mit dem er nicht nur befreundet war, sondern auch eine gemeinsame Publikation, „Beiträge zur Beförderung einer psychischen Kurmethode“, herausgegeben hat.<sup>436</sup> Die gemeinsame Freundschaft und Tätigkeit hat jedoch nicht zu einer gänzlich gemeinsamen Überzeugung über die Seelenerkrankung geführt.<sup>437</sup> Dörner weist auf diese Differenz hin: „Wie Pinel ist Reil gegenstandsnahe genug, in das Chaos der psychischen Störungen kein System hineinzugeheimnissen. Er differenziert nur vage fixe Wahn, Wut, Narrheit und Blödsinn. Kants (und Hoffbauers) vermögenspsychologische Deduktion wird - weil die Erfahrung übersteigend - rigoros abgelehnt, ebenso Galls Lokalisationsansatz.“<sup>438</sup>

Hoffbauers Ansinnen bestand darin, eine Theorie der Seelenkrankheit zu entwickeln, die sich nicht an den äußerlichen Symptomen orientiert, sondern stärker auf die psychologischen Gründe fokussiert ist. Hierin unterschied er sich von Reil, der sich stärker nach der Praxis richtete und, wie Pinel, den Versuch unternahm, in der Beschreibung von Symptomen die Ordnung zu finden. Dennoch gab es gemeinsame Ansätze und diese Gemeinsamkeit mit Reil muss in der empirischen Denkweise gelegen haben. Hoffbauer betrachtete die Psychopathologie als eine Erfahrungswissenschaft. Beide, Reil wie Hoffbauer, entwickelten also induktive Erklärungsmodelle, die sich allerdings unterschiedlich herleiteten. Hoffbauer kritisierte die moderne Psychiatrie als zu äußerlich und beklagte, sie würde sich nach den Erscheinungsformen richten,

---

<sup>435</sup> Vgl. Leibbrand W; Wettley A (2005) Der Wahnsinn. Geschichte der abendländischen Psychopathologie. Freiburg, S. 369.

<sup>436</sup> Vgl. hierzu Pauleikhoff B (1983) Das Menschenbild im Wandel der Zeit. Ideengeschichte der Psychiatrie und der klinischen Psychologie. Bd. 2: Die Zeit bis Kraepelin und Freud. Stuttgart, S. 41f.

<sup>437</sup> Vgl. hierzu Marneros A; Pillmann F (2005) Das Wort Psychiatrie ... wurde in Halle geboren. Von den Anfängen der deutschen Psychiatrie. Stuttgart, S. 73.

<sup>438</sup> Dörner K (1999) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. (2. Aufl.) Frankfurt/Main, S. 218.

ohne die psychologischen Ursachen zu benennen. Im ersten Brief der „Naturlehre der Seele in Briefen“ definiert er sein Verständnis von der Erfahrungswissenschaft und schreibt: „Es ist zwar eine gewöhnliche, aber dennoch grundfalsche Meinung, daß wir die Natur der Seele gar nicht kennen. Wenn wir die Seele gleich nicht, wie einen Körper, sehen, hören, oder unsern Sinnen vorzeigen können; so erkennen wir sie doch, eben so wohl als den Körper, durch die Erfahrung, obgleich die Erfahrungen aus welchen wir unsre Erkenntniß der Seele schöpfen, von den Erfahrungen, welche uns die Kenntniß der Körper geben, sehr verschieden sind.“<sup>439</sup> Die Verschiedenheit gilt es zu konstatieren und daraus einen eigenständigen Erfahrungsbegriff abzuleiten, der nicht von äußeren Symptomen definiert wird.

Hoffbauer unterscheidet äußere und innere Erfahrungen, die jeweils unterschiedliche Aufmerksamkeitsrichtungen nehmen.<sup>440</sup> Diese Unterscheidung darf jedoch nicht dazu verleiten, die Seele nicht als Bestandteil der Naturgesetze zu betrachten, denn die inneren Bedingungen der Seele folgen ebenfalls einem Naturgesetz und können daher auch über die empirische Naturwissenschaft beschrieben werden. Für diese Beschreibungen gelten dieselben wissenschaftlichen Kriterien wie in der physischen Medizin, und die Herausforderung besteht darin, ihre Gesetzmäßigkeit nachzuweisen. Er schlussfolgert daraus: „Können wir gleich die Seele nicht sehen, oder hören u.s.w., so kann das wenig einen Grund abgeben, daß die Seele uns unbekannter sey als die Körperwelt, als wir Töne deßhalb weniger kennen als Farben sehen können. Die Wissenschaft von der Natur einer Sache nennt man die Naturlehre derselben. Wir können daher so gut von einer Naturlehre der Seele als der Körperwelt reden, wenn wir gleich gewöhnlich durch dieses Wort die Wissenschaft der Naturgesetze der Körperwelt verstehen. Vollständig ist diese Wissenschaft freylich noch nicht vorhanden, und wird auch nie vollständig vorhanden seyn, so wenig als die Naturlehre der Körperwelt; aber dessen ungeachtet, ist sie doch möglich, und auch jetzt schon zum Theil gefunden.“<sup>441</sup>

Als Anhänger der Vermögenspsychologie sieht Hoffbauer die Ursachen einer Veränderung der Seele in drei Kategorien begründet: die der Vorstellungen, die

---

<sup>439</sup> Hoffbauer JC (1796) Naturlehre der Seele in Briefen. Halle, S. 6.

<sup>440</sup> Vgl. hierzu Pauleikhoff B (1983) Das Menschenbild im Wandel der Zeit. Ideengeschichte der Psychiatrie und der klinischen Psychologie. Bd. 2: Die Zeit bis Kraepelin und Freud. Stuttgart S. 44f..

<sup>441</sup> Hoffbauer JC (1796) Naturlehre der Seele in Briefen. Halle, S. 9.

der Begierde und die der Gefühle. Ähnlich wie Carus denkt er diese Kategorien der Seele in Analogie zum somatischen Körper. Mit dem Begriff „Vorstellungen“ sind die Verstandestätigkeit, das Gedächtnis, das Erinnerungsvermögen, die Träume und die Sprache gemeint. Die Vorstellungen sind begleitet von Gefühlen und interpretieren unsere Verstandestätigkeit. Zwischen Gefühlen und Vorstellungen entsteht dadurch ein reziprokes Verhältnis. Im fünften Brief schreibt er: „Alle Veränderungen der Seele sind entweder selbst Vorstellungen, oder doch mit diesen auf das genaueste verknüpft. Sie setzen alsdann Vorstellungen als ihre Bedingungen voraus, oder haben sie zu ihrer Folge. Leidenschaften, Vergnügen und Mißvergnügen an irgendetwas, sind nicht möglich, ohne uns dieses Etwas vorzustellen, und sind auf der andern Seite oft Veranlassungen, wenn gleich nicht Ursachen von gewissen Vorstellungen. Alles äußert in der Seele einen gegenseitigen Einfluß in einander; das eine bestimmt das andere, und wird wiederum von diesem bestimmt.“<sup>442</sup>

Neben den Vorstellungen und den Gefühlen nimmt die Begierde als Motor des Willens eine wichtige Funktion ein. Jede Handlung, die mit einer Vorstellung verbunden ist, kann nur mit einem Willen vollzogen werden, der nun wiederum durch die Begierde gefördert oder geschmälert werden kann. Die Freiheit unseres Willens entsteht mit unserem Vermögen, das Begehren zu kontrollieren und es zu einem Motor unseres sittlichen Verhaltens zu machen. Als Formen des Begehrens unterteilt Hoffbauer die Begierden in drei Gruppen ein: die Neigungen, die Leidenschaften und die Affekte. „Neigungen“, so Werner Leibbrand, „werden unterschieden von Leidenschaften als eine Anlage zu ihnen, die als eine Fertigkeit, etwas stärker sinnlich zu begehren oder zu verabscheuen bezeichnet werden. Affekte gibt es in mehrfacher Bedeutung: als Ausbruch einer Leidenschaft; als jedes starke Gefühl, das mit einer Leidenschaft so verbunden ist, daß es uns stärker bewußt erscheint als der begehrte Gegenstand; als jedes starke Gefühl, wenn mit diesem keine Begierde verbunden ist.“<sup>443</sup>

---

<sup>442</sup> Ebd., S. 20.

<sup>443</sup> Leibbrand W; Wettley A (2005) Der Wahnsinn. Geschichte der abendländischen Psychopathologie. Freiburg, S. 375.

Die Psychopathologie ist nun eine Weiterentwicklung dieses Verständnisses von der Seele. Demzufolge werden drei Hauptklassen von Krankheiten aufgestellt:

1. Krankheiten in den innern Vermögen der Seele für sich, oder Geisteskrankheiten.
2. Krankheiten in dem Verhältnisse derselben zu einander, oder Verrückungen.
3. Krankheiten, in den äußern Vermögen der Seele, oder Krankheiten in der Gemeinschaft der Seele und des Körpers, oder Seelenkrankheiten in dem engerm Sinne.<sup>444</sup>

Die Bestimmungen und Definitionen der Krankheitsgruppen verlassen nie die allgemeine Ebene. Hoffbauer vermeidet bei den Beschreibungen Einzelbeispiele, die Darstellungen der jeweiligen Schwächen sind Ursache an sich, so dass weitere Gründe nicht erwähnt werden. Kognitive Einbußen werden daher in den jeweiligen Kategorien beschrieben, aber eventuelle Hinweise auf altersbedingte Degenerationen werden komplett vermieden und passen auch nicht in das Konzept der reinen psychopathologischen Philosophie. Innerhalb dieser Systematik befinden sich die Zuordnungen dementieller Symptome in der Kategorie der Geisteskrankheiten, wobei diese in Krankheiten des Verstandes und der Einbildungskraft unterteilt werden. Da die dementielle Symptomatik bei den zeitgenössischen Autoren als erworbener Blödsinn beschrieben wird, scheint zunächst eine nähere Betrachtung der Krankheiten des Verstandes vonnöten zu sein.

Hoffbauer beschäftigt sich sehr intensiv mit der Thematik und versucht sehr differenziert zwischen Blödsinn und Dummheit zu unterscheiden. Heinroth legt in seinen Schriften ebenfalls großen Wert auf die Unterscheidung von Dummheit und Blödsinn, erwähnt sogar in diesem Kontext das Alter als eine mögliche Ursache für den erworbenen Blödsinn, schafft aber bei weitem nicht diesen hohen Grad der Detailliertheit bezüglich der Definitionen. Hoffbauer sieht einen gravierenden Unterschied zwischen den „Dummen“ und den „Blödsinnigen“ und folgert: „Daß die Verstandesschwäche des einen und des

---

<sup>444</sup> Entnommen aus Pauleikhoff B (1983) Das Menschenbild im Wandel der Zeit. Ideengeschichte der Psychiatrie und der klinischen Psychologie. Bd. 2: Die Zeit bis Kraepelin und Freud. Stuttgart, S. 49.

andern nicht allein in der Art, sondern auch dem Grade nach verschieden sey, ergiebt sich leicht aus dem Vorhergehenden. Denn der Dumme kann in manchen Fällen urtheilen und richtig urtheilen, ja hie und da urtheilt er, wenn auch nur höchst zufälliger Weise, richtiger als mancher sehr verständige Mensch. Bey dem Blödsinnigen wird man von diesem allen wenig oder nichts finden. Er wird meistens ganz ohne Verstand zu seyn scheinen und sich kaum zu den Urtheilen erheben, für deren Wahrheit der unmittelbare Augenschein steht. Eben weil er so wenig zu einem Urtheile kommen kann, wird er so wenig irren, als ein Urtheil hervorbringen, zu dem mehr der niedrigste Grad des Verstandes erfordert wird. Ich rede hier noch von dem Blödsinn, der nicht mit Wahnsinn verbunden ist, da ich hier noch die einfachern Seelenkrankheiten betrachte; auch nehme ich gewisse Irrthümer aus, zu welchen der Blödsinnige durch sein Verhältniß zu andern Menschen so leicht verleitet wird. Diese indeß machen den Blödsinn an einem Menschen gerade am meisten sichtbar. Deshalb halte ich es für nöthig, von ihnen und den übrigen Kennzeichen des Blödsinns zu reden.<sup>445</sup>

Dummheit und Blödsinn werden von Hoffbauer unter dem Aspekt der Aufmerksamkeit thematisiert. Eine Trübung der Aufmerksamkeit kann durch zwei Ursachen erfolgen, durch die Zerstreuung und durch eine Vertiefung.<sup>446</sup> Die Zerstreuung geschieht entweder durch Ablenkung in Form von Gegenständen, die die Sinne besonders stark ansprechen, oder durch unkontrollierte Leidenschaften sowie durch eine Schwäche des Verstandes. Demgegenüber werden die Ursachen für eine Vertiefung bei den Gewohnheiten, den Leidenschaften und, wie bei der Zerstreuung auch, bei der Verstandesschwäche gesehen. Die fehlende Fähigkeit zu Aufmerksamkeit kennzeichnet einen Verlust von kognitiven Fähigkeiten und kann einen Blödsinn verursachen.

Die Ursache „Schwäche des Gedächtnisses“ als mögliche Ursache für eine dementielle Symptomatik verdient eine gesonderte Betrachtung. Hoffbauer äußert sich zu dieser Schwäche: „Dieses ist umso natürlicher, da das Gedächtniß vom Verstande mit abhängt, und man nichts behalten wird, als nur

---

<sup>445</sup> Hoffbauer JC (1803) Untersuchungen über die Krankheiten der Seele und die verwandten Zustände. Bd. 2. Halle, S. 90.

<sup>446</sup> Vgl. hierzu Leibbrand W; Wettley A (2005) Der Wahnsinn. Geschichte der abendländischen Psychopathologie. Freiburg, S. 376.



in so fern man es vorher mit dem Verstande gefaßt hat. Eben weil dieses dem Blödsinnigen, wegen seines Unvermögens, seine Aufmerksamkeit auf einen Punkt zu heften, so schwer ist, wird sein Gedächtniß höchst schwach und untreu seyn. Er wird nichts bald fassen, nichts lange, und am wenigsten etwas genau behalten.<sup>447</sup> In dieser Beschreibung klingt die Vergesslichkeit bereits an, wird aber nicht eigens benannt. Das Kernsymptom „Vergessen“ für die Demenz wird bei Hoffbauer unter den Krankheiten der Einbildungskraft thematisiert. Im zwölften Kapitel geht er auf die Vergesslichkeit gesondert ein: „Die Schwäche des Gedächtnisses äussert sich theils in der Unfähigkeit desselben oder in dem Unvermögen, etwas überhaupt zu behalten; denn demjenigen legt man ein fähiges Gedächtniß bey, der leicht etwas behält: theils in der Vergesslichkeit oder dem Unvermögen, zur gehörigen Zeit durch das Gedächtniß eine Vorstellung zu erneuern.“<sup>448</sup>

Die Vergesslichkeit wird im weiteren Verlauf des Diskurses weniger pathologisch begriffen, sondern vielmehr als Ausdruck einer subjektiven Wahrnehmung besonders gebildeter Menschen. Die pathologische Vergesslichkeit, die in der medizinischen Literatur durchaus schon beschrieben wird, ist nicht angesprochen. Dies ist umso erstaunlicher, da Hoffbauer auf der einen Seite die größten Mühen für eine sehr detaillierte Darstellung der Seelenerkrankung aufwendet, und auf der anderen Seite weil durch die Freundschaft mit Reil Kenntnisse über eine pathologische Vergesslichkeit vorhanden sein müssten. Diese Kenntnisse lassen sich sogar in seinen Schriften belegen. In den Untersuchungen über die Krankheit der Seele beschreibt er im letzten Kapitel des ersten Bandes folgende Geschichte: „Ein Mann nemlich von 61 Jahren, der dreyßig Jahr hindurch eine Gastwirthschaft geführt hatte und eine geraume Zeit hindurch dem Trunke sehr ergeben gewesen war, bildete sich, nachdem er zwey Monate im Bethlehem Hospitale gewesen war, öfters ein, daß sein Haus von Gästen voll sey, und eben so zu einer andern Zeit, daß einige derselben sich davon gemacht, ohne ihre Rechnung bezahlt zu haben. Sein Gedächtniß war dabey so geschwächt, daß er, weil alle Dinge nur einen schwachen Eindruck auf ihn machten, unfähig war, sich dessen zu erinnern, was den Tag vorher vorgefallen war. – Diese Gedächtnißschwäche erklärt sich

---

<sup>447</sup> Hoffbauer JC (1803) Untersuchungen über die Krankheiten der Seele und die verwandten Zustände. Bd. 2. Halle, S. 100f.

<sup>448</sup> Ebd., S. 253.

gleichfalls aus der Schwächung der Sinne. Denn, sind die Eindrücke auf diese nicht stark genug, so können sich nicht gehörig beachtet werden, und die natürliche Folge davon ist, daß sie durch das Gedächtniß nicht wiederholt werden.<sup>449</sup>

Aus dieser Beschreibung, die als ein sehr frühes Beispiel für die Korsakow Demenz<sup>450</sup> betrachtet werden darf, lässt sich das pathologische Verständnis von der Vergesslichkeit als einer Krankheit der Einbildungskraft ableiten. Denn die Einbildungskraft kann nur das realisieren, was durch die Sinne wahrgenommen worden ist. Das Vermögen der Erinnerung ist aus diesem Verständnis heraus abhängig von dem Grad der sinnlichen Wahrnehmung und der Wahrnehmungsfähigkeit. Das Einzelbeispiel verdeutlicht, dass nicht fehlende Kenntnis, sondern mangelndes Interesse Ursache für den marginalen Stellenwert der pathologischen Vergesslichkeit innerhalb der Theorie Hoffbauers ist. Weiteren Aufschluss über sein Wissen um den „erworbenen Blödsinn“ bekommen wir über eine Anmerkung aus den „Gerichtlichen Arzneywissenschaften“. Dort finden wir folgenden Hinweis: „Das Römische Recht redet nur von *dementibus*, unter welchen die *menti capti* und *furiosi* als Arten unterschieden werden. [...] Das Allgem. Landrecht für die Preußischen Staaten unterscheidet nur zwischen Rasenden und Wahnsinnigen und Blödsinnigen. ‘Rasende und Wahnsinnige heißen diejenigen, welche des Gebrauchs ihrer Vernunft gänzlich beraubt sind. (sagt das A. L. i. Th. 1. T. §. 27. 26). Menschen, welchen das Vermögen fehlt, die Folgen ihrer Handlung zu überlegen, werden blödsinnig genannt (§. 28 ebd.).‘ – Das Gesetzbuch der französischen Nation redet an mehreren Orten [...] von Gemüthsschwäche, Wahnsinn und Raserey (wenn so: *imbécillité*, *démence* und *fureur* zu übersetzen ist) ohne den Begriff derselben näher zu bestimmen. In der Abwesenheit dieser nähern Bestimmungen kann der Kenner nur einen Beweis von der Weisheit des Gesetzgebers finden, wenn anders jede Gesetzgebung nur von der Kenntniß des Gegenstandes, über den sie etwas verordnet, ausgehen kann. Denn aus diesem Grunde ist es besser, daß das Gesetz gar nicht

---

<sup>449</sup> Hoffbauer JC (1802) Untersuchungen über die Krankheiten der Seele und die verwandten Zustände. Bd. 1. Halle, S. 307.

<sup>450</sup>Vgl. Hartje W; Poeck K (Hrsg.) (2002) Klinische Neuropsychologie. Stuttgart, S. 263.

bestimmt, als falsche Bestimmungen giebt, die sich leicht durch sein Ansehen, aber gegen seinen Zweck, perpetuieren.“<sup>451</sup>

Hoffbauer kennt also die verschiedenen Differenzierungen, ist gar mit der französischen Gesetzgebung vertraut, die den Begriff „démence“ für den erworbenen Blödsinn verwendet, und vermeidet es dennoch, differenziert in seinen Schriften darauf einzugehen. Er verhält sich damit so wie viele zeitgenössische deutsche Autoren, die sehr wohl um die französischen Klassifikationen wussten, diese differenzierte Nosologie in ihren eigenen Publikationen aber ablehnten. Die Frage ist zu stellen, ob die ablehnende Haltung gegenüber gerontopsychiatrischen Themen bis in die jüngste Vergangenheit hier ihren Ursprung hat.

Und doch: der Psychologe ist aufgefordert, Mündigkeit zu erkennen und Straf- sowie Geschäftsfähigkeit zu attestieren. Vor diesem Hintergrund stand Hoffbauer sehr wohl im praktischen Alltag. Matthias John kommentiert diese Intention bei Hoffbauer: „Die Beurteilung von Angeklagten oder Kontrahenten nach ihrer Schuld-, Zurechnungs- und Geschäftsfähigkeit ist ein schon aus dem römischen Recht stammender Topos. Unterschieden wird traditionell zwischen Rasenden und Personen, die den Verstand verloren haben: furiosi und amentes. Die Formulierungen in den einzelnen Landesgesetzen sind unterschiedlich, auf jeden Fall ist es in den meisten deutschen Ländern um 1800 kodifiziertes Recht, dass sowohl in zivilrechtlichen als auch kriminalrechtlichen Belangen Sachverständige solche Fragen zu beantworten haben wie die zivilrechtliche nach der Tauglichkeit für Rechtsgeschäfte und nötige Verbindlichkeit oder die kriminalrechtliche nach dem Wegfall oder Einschränkung der Strafbarkeit durch Unvermögen, seinen Verstand anzuwenden.“<sup>452</sup> Die Kompetenz, ein solches Urteil zu fällen, will Hoffbauer nicht den Medizinern zugesprochen wissen. Er betrachtet die Erkrankung der Seele eindeutig als Psychologie und damit als ein Fachgebiet der philosophischen Fakultät. Mit dieser Haltung steht er konträr zu seinem Freund Reil, der den Begriff „Psychiatrie“ in die Medizin eingeführt hat und bestrebt war, die Geistes- und Seelenerkrankungen als Teil

---

<sup>451</sup> Hoffbauer JC (1808) Die Psychologie in ihren Hauptanwendungen auf die Rechtspflege nach allgemeinen Gesichtspunkten der Gesetzgebung oder die sogenannte gerichtliche Arzneiwissenschaft nach ihrem psychologischen Theile. Halle, S. 15.

<sup>452</sup> John M (2005) Hoffbauer: „Gerichtliche Arzneiwissenschaft nach ihrem psychologischen Theile“. In: Regenspurger K, Zantwijk T van (Hrsg.) Wissenschaftliche Anthropologie um 1800? Stuttgart, S. 95.

der Medizin einzufordern. Es ist übrigens interessant, dass sich beispielsweise Schelling als Philosoph medizinischen Fragen widmete, die Psychiatrie aber nicht als Bestandteil der Philosophie betrachtet hat.

Hoffbauer sah die Zuständigkeit für Seelenerkrankungen eindeutig im Fachbereich Philosophie angesiedelt. Im Vorwort seiner „Gerichtlichen Arzneywissenschaften“ äußert er sich unmissverständlich: „Es scheint zwar, daß die Beantwortung solcher Fragen eher bey dem Psychologen als dem Arzte zu suchen sey, da der Arzt, wenn er den Blödsinn, die Melancholie und diesen ähnliche Krankheiten zu behandeln hat, nur von dem Psychologen die eigentliche Kenntniß dieser Zustände entlehnen kann. Allein der Staat setzt eben deshalb bey dem Arzte die ihm nöthigen psychologischen Kenntnisse voraus, und weiß sonst von keinem Psychologen, den er, sobald es auf die Verwaltung ankommt, öffentlich als einen Sachverständigen anerkennt. Dieser Sachverständige ist hier also wiederum der Arzt, und nicht jeder Arzt, sondern nur derjenige, der öffentlich entweder besonders dazu angestellt , oder dazu bloß authorisirt ist.“<sup>453</sup>

Auch wenn Hoffbauer die Inanspruchnahme durch die Medizin reglementieren wollte, so hat er dennoch die Medizin sehr beeinflusst, wie beispielsweise bei Johann Christian Heinroth<sup>454</sup> nachweisbar ist. Denn der erste Inhaber einer Professur für Therapie und Pathologie baut sein gesamtes Standardwerk über die psychisch-gerichtliche Medizin<sup>455</sup> im Wesentlichen auf den Erkenntnissen von Hoffbauer auf

---

<sup>453</sup> Hoffbauer JC (1808) Die Psychologie in ihren Hauptanwendungen auf die Rechtspflege nach allgemeinen Gesichtspunkten der Gesetzgebung oder die sogenannte gerichtliche Arzneywissenschaft nach ihrem psychologischen Theile. Halle, S. 2.

<sup>454</sup> Vgl. hierzu Steinberg H (2005) Johann Christian Heinroth (1773-1873) – der erste Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und sein Krankheitskonzept. In: Angermann MC; Steinberg H (Hrsg.) 200 Jahre Psychiatrie an der Universität Leipzig. Personen und Konzepte. Heidelberg, S. 63f..

<sup>455</sup> Heinroth JCA (1825) System der psychisch-gerichtlichen Medizin: oder theoretisch-practische Anweisung zur wissenschaftlichen Erkenntniß und gutachtlichen Darstellung der krankhaften persönlichen Zustände, welche vor Gericht in Betracht kommen. Leipzig.

## 14 . Samuel Hahnemann

Zu den umstrittensten Medizinerinnen, sowohl zu Lebzeiten als auch im gegenwärtigen Diskurs, zählt sicherlich Samuel Hahnemann. Von allen medizinischen Theorien der Romantik hat jedoch nur seine wirklich überlebt, und sein Standardwerk „Organon der Heilkunst“<sup>456</sup> hat auch im 21. Jahrhundert eine große Anhängerschaft.

Hahnemann gilt als Vater der homöopathischen Medizin; der von ihm beschriebene Weg wird seit 200 Jahren als Gegenentwurf zur Schulmedizin gelehrt und hat im Wesentlichen auch kaum eine Veränderung erfahren. Unabhängig davon, wie man



**Abb. 12: Samuel Hahnemann**

sich zur homöopathischen Medizin stellen mag: für den Historiker zählt Samuel Hahnemann zu den typischen Vertretern der Medizin in der Romantik und darf deshalb in keiner historischen Analyse fehlen. Daher erfolgt die Würdigung seines Werkes in diesem Kontext ausschließlich unter historischen Aspekten, auf die grundsätzliche Diskussion um die Homöopathie wird nicht näher eingegangen.

Auch wenn man seinen Ansatz in der gegenwärtigen Bewertung als nicht valide ablehnt, so sind Hahnemanns Schriften im Kontext seiner Zeit nicht weniger wissenschaftlich oder mehr abstrus als die seiner Kollegen. Das Nebeneinander unterschiedlicher Konzepte, deren Gemeinsamkeit darin bestand, gegen die herrschende Schulmedizin zu opponieren, zählt zu den wesentlichen Kennzeichen der Medizin in der Romantik. Innerhalb einer historischen Beschreibung muss Hahnemann im gleichen Atemzug mit anderen Medizinerinnen wie Brown, Röschlaub oder Gall genannt werden, um hier nur einige zu erwähnen, die sich gegen die bestehende Medizin wehrten und versucht haben, die veralteten Krusten aufzubrechen.<sup>457</sup>

---

<sup>456</sup> Vgl. hierzu Wittern R (2002) Samuel Hahnemann (1755-1843). In: Engelhardt D von; Hartmann F (Hrsg.) Klassiker der Medizin , Bd. 2. München, S. 43f..

<sup>457</sup> Vgl. hierzu auch Dörner K (1999) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. (2. Aufl.) Frankfurt/Main, S. 216.

Da sein ganzheitlicher Ansatz auch die Psychiatrie umfasst, sollte er demzufolge eigentlich in keiner Psychiatriegeschichte fehlen und als ein Repräsentant seiner Epoche betrachtet werden. Dennoch taucht der Name Hahnemann in vielen historischen Publikationen über die Psychiatrie des 19. Jahrhunderts nicht auf. Zu den wenigen Autoren des 20. Jahrhunderts, die ihn zitieren, zählt Tom Kitwood mit seinem Buch über den person-zentrierten Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen.<sup>458</sup> Die unhaltbaren Zustände, die Kitwood noch in den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts in Einrichtungen für Menschen mit Demenz vorfand, erinnern ihn an Beschreibungen über Irrenanstalten zu Beginn des 19. Jahrhunderts. Er leitet aus diesen Schilderungen eine Erbschaft des gesellschaftlichen Umgangs mit psychisch kranken Menschen, und in diesem Fall natürlich besonders mit dementiell veränderten Menschen, ab. Hahnemanns Beschreibungen decken sich mit vergleichbaren Aussagen vieler Zeitgenossen, wie beispielsweise von Horn, Hufeland oder Reil. Die Botschaft, die wir aus all diesen Beiträgen auch für die Gegenwart ableiten können, lautet: Kern des Übels sind Ignoranz und Gleichgültigkeit.

„Man muss über die Hartherzigkeit und Unbesonnenheit der Aerzte in mehreren Krankenanstalten dieser Art, nicht bloß in England, sondern auch in Deutschland, erstaunen, welche, ohne die wahre Heilart solcher Krankheiten, auf dem einzig hülfreichen, homöopathisch arzneilichen (antipsorischen) Wege zu suchen, sich begnügen, diese bedauernswürdigsten aller Menschen durch die heftigsten Schläge, und andre qualvolle Martern zu peinigen. Sie erniedrigen sich durch diess gewissenlose und empörende Verfahren tief unter den Stand der Zuchtmeister in Strafanstalten, denn diese vollführen solche Züchtigungen nur nach Pflicht ihres Amtes und an Verbrechern, jene aber scheinen ihre Bosheit gegen die scheinbare Unheilbarkeit der Geistes- und Gemüths-Krankheiten, im demüthigenden Gefühle ihrer ärztlichen Nichtigkeit, durch Härte an den bedauernswürdigen schuldlosen Leidenden selbst auszulassen, da sie zur Hülfe zu unwissend und zu träge zur Annahme eines zweckmäßigen Heilverfahrens sind.“<sup>459</sup>

---

<sup>458</sup> Vgl. Kitwood T (2006) Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. (4. Aufl.) Bern.

<sup>459</sup> Hahnemann S (1833) Organon der Heilkunst. (5. Aufl.) Dresden, S. 245.

Hahnemanns Beobachtungen korrespondieren zwar mit den Aufzeichnungen seiner Zeitgenossen und dürfen im Kanon des allgemeinen Klagens betrachtet werden, seine Schlussfolgerung aber, die Geisteskranken seien nach seinem homöopathischen Verständnis zu behandeln, macht ihn zur Zielscheibe einer neuen Auseinandersetzung. Zu seinen vehementesten Gegnern zählte u.a. Hufeland, der sich in mehreren Publikationen gegen die homöopathische Methode ausgesprochen hat. Allerdings waren derartig kontroverse Diskussionen im frühen 19. Jahrhundert nicht unüblich, man vergleiche beispielsweise die Auseinandersetzungen um Brown oder Gall, deren Ansätze ebenfalls sehr umstritten waren und öffentlich kritisiert wurden.

Viele Aspekte des Hahnemann'schen Denkens lassen sich aus seiner Biographie erklären.<sup>460</sup> Er wurde als Sohn eines sächsischen Porträtmalers am 10. April 1755 in Meißen geboren und wuchs in ärmlichen Verhältnissen auf, so dass seine Schulausbildung oft wegen Geldmangels am seidenen Faden hing, und er nur durch die Fürsprache und Unterstützung seiner Lehrer die Möglichkeit erhielt, an der sächsischen Fürstenschule seine Schulzeit zu beenden.<sup>461</sup> Hahnemann selbst notiert in seinen Schriften: „Mein Vater wollte mich durchaus nicht studiren lassen. Von der Stadtschule nahm er mich mehrmals Jahre lang hinweg, um mich einer andern Beschäftigung zu widmen, die seiner Einnahme angemessener wäre. Dies verhinderten meine Lehrer dadurch, daß sie die letzten 8 Jahre durchaus kein Schulgeld annahmen und ihn nur baten, mich bei ihnen zu lassen, und meiner Neigung zu willfahren. Er konnte nicht widerstehen, aber auch weiter nichts für mich thun.“<sup>462</sup>

Nach Abschluss seiner Schulzeit immatrikulierte er sich in Leipzig und begann dort mit dem Sommersemester das Studium der Medizin. Auch diese Jahre waren geprägt von fehlender finanzieller Unterstützung, so dass er gezwungen war, nebenher Geld zu verdienen. Da er über ausreichende Kenntnisse in Englisch und Französisch verfügte, verdiente er sich seinen Unterhalt durch Sprachunterricht sowie mit der Übersetzung von naturwissenschaftlichen Texten. Diese Arbeit verhalf ihm zu umfangreichem

---

<sup>460</sup> Vgl. hierzu Wittern R (2002) Samuel Hahnemann (1755-1843). In: Engelhardt D von; Hartmann F (Hrsg.) *Klassiker der Medizin*, Bd. 2. München, S. 37f..

<sup>461</sup> Preuß E (1929) *Der zwanzigjährige Hahnemann. Ein neuer Beitrag zur Hahnemann-Forschung nach einem bisher unbekanntem Jugendwerke*. Leipzig, S. 9.

<sup>462</sup> Hahnemann CFS (1851) *Ein biographisches Denkmal. Aus den Papieren seiner Familie und den Briefen seiner Freunde. Von einem seiner Freunde und Verehrer*. Leipzig, S. 3.

literarischen Wissen über die englische Medizin, und er war über zeitgenössische Erkenntnisse sehr detailliert informiert. Das Studium in Leipzig entsprach nicht seinen Ansprüchen, so dass er bereits nach vier Semestern nach Wien wechselte. Hier hielt er die Ausbildung für praxisnäher und glaubte auch, mehr Wissen von der Heilkunst vermittelt zu bekommen. Auch sein Aufenthalt in Wien war wegen der prekären finanziellen Situation nur von kurzer Dauer, so dass er sein Studium zunächst unterbrechen musste. Über Umwege gelangte er schließlich nach Erlangen, wo er seine Ausbildung mit einer Dissertation beenden konnte.

Seine kritische Haltung zur herkömmlichen Medizin wurde durch die Arbeit als praktischer Arzt noch gestärkt, doch die maßgebliche Wegweisung erhielt er durch seine Tätigkeit als Übersetzer; sein berühmter Chininversuch<sup>463</sup> geht zurück auf einen Text von William Cullen. „Da, im Jahre 1790, kam sein Geist auf die erste Idee der von ihm begründeten Heilmethode. Er übersetzte die Heilmittellehre (Materia medica) des berühmten Cullen. Die verschiedenartigen Erklärungen, welche in dem genannten Werke über die fieberheilende Kraft der Chinarinde niedergelegt sind, nahmen seinen Kopf ein und erfüllten zugleich sein Herz mit Unmuth über leere Hirngespinnste und nichtige Hypothesensucht.“<sup>464</sup> Cullen beschreibt in der „Materia medica“ das Chinin als ein magenstärkendes Präparat, und er glaubte, darin die Ursache zu erkennen, warum es gegen Malaria wirke. Hahnemann, geleitet von dem Wunsch nach empirischer Validität, war von den Beschreibungen nicht überzeugt und begann mit Selbstversuchen. Er nahm von der Substanz täglich etwas ein, und beobachtete Symptome, die denen der Malaria sehr ähnlich waren. Diese Feststellung ließ ihn zu der Schlussfolgerung kommen: „Die Krankheiten werden am sichersten, leichtesten (d.h. schmerzlosesten und bequemsten) und vollkommensten durch die Arzneien geheilt, welche in einem gesunden Körper möglichst ähnliche Affektionen hervorbringen.“<sup>465</sup> Damit war das Prinzip „similia similibus“ geboren, welches bis heute im Wesentlichen den Grundsatz der Homöopathie prägt. Hahnemann beruft sich auf die

---

<sup>463</sup> Vgl. hierzu Wittern R (2002) Samuel Hahnemann (1755-1843). In: Engelhardt D von; Hartmann F (Hrsg.) Klassiker der Medizin, Bd. 2. München, S. 49f.

<sup>464</sup> Hahnemann CFS (1851) Ein biographisches Denkmal. Aus den Papieren seiner Familie und den Briefen seiner Freunde. Von einem seiner Freunde und Verehrer. Leipzig, S. 8.

<sup>465</sup> Ebd., S. 10.



Meinung des dänischen Arztes Stahl, den er wie folgt zitiert: „Ganz falsch und verkehrt sey die in der Arzneikunst angenommene Regel, man müsse durch gegenseitige Mittel (contraria contrariis) curiren; er sey im Gegentheile überzeugt, daß durch ein ähnliches Leiden erzeugendes Mittel (similia similibus) die Krankheiten weichen und geheilt werden [...]“<sup>466</sup>

Diese Erkenntnis galt es nun auch auf die Geisteserkrankungen anzuwenden. Hahnemann stellte sich im Organon folgende Frage: „Wenn der Stechapfel den Geist zerrüttet und bei Gesunden Wahnsinn hervorbringt, sollte man dann nicht versuchen dürfen, ob er bei Wahnsinnigen durch Umänderung der Ideen gesunden Verstand wiederbringen könne?“<sup>467</sup> Für Hahnemann folgte die Heilmethode „similia similibus“ einem Naturgesetz, so dass er annahm, ein allgemeines Prinzip gefunden zu haben. Er forderte daher die Medizin auf, sich von veralteten Krusten zu befreien, um sich dann der neuen Erkenntnisse zu bedienen: „Und dennoch haben wir von diesem glücklichen Zusammentreffen, wie man sieht, schöne homöopathische Heilungen aufzuweisen, als ebenso viele, unwiderlegliche Belege von dem in ihnen waltenden, großen, einzigen Natur-Heilgesetze: Heile durch Symptomen Aehnlichkeit!“<sup>468</sup>

Bevor er sein Standardwerk „Organon der rationalen Heilkunde“ erstmals 1810 veröffentlichte<sup>469</sup>, sammelte er seine im letzten Jahrzehnt des 18. Jahrhunderts gewonnenen Erkenntnisse und publizierte sie in einer Abhandlung über die „Heilkunde der Erfahrung“. Seine Grundthesen fasste er bereits hier zusammen und definierte zwei Erfahrungssätze. Dem Arzt verlangte er große Aufmerksamkeit ab, geduldiges Zuhören und eine sensible Beobachtungsgabe. Es gelte die Zeichen der Erkrankung möglichst genau zu erkennen, um dann mit einer Konfrontation der Ähnlichkeit die Krankheit zu bekämpfen. Dazu schreibt er 1805: „Jede Krankheit hat einen, die Verrichtung und das Wohlbefinden unserer Organe störenden, widernatürlichen Reiz eigener Art zum Grunde. Nun läßt aber die Einheit des Lebens der Organe und ihre Uebereinstimmung zu einem gemeinsamen Zwecke nicht zu, daß zwei durch widernatürliche allgemeine Reize hervorgebrachte Wirkungen im

---

<sup>466</sup> Hahnemann S (1833) Organon der Heilkunst. (5. Aufl.) Dresden, S. 76.

<sup>467</sup> Ebd., S. 75.

<sup>468</sup> Ebd., S. 121.

<sup>469</sup> Vgl. hierzu Wittern R (2002) Samuel Hahnemann (1755-1843). In: Engelhardt D von; Hartmann F (Hrsg.) Klassiker der Medizin, Bd. 2. München, S. 42f.

menschlichen Körper neben einander und zu gleicher Zeit bestehen können.

Daher:

Erster Erfahrungssatz.

Wenn zwei widernatürliche allgemeine Reize zu gleicher Zeit auf den Körper wirken, so wird, wenn beide ungleichartig sind, die Wirkung des einen (schwächern) Reizes von der des andern (stärkern) auf einige Zeit zum Schweigen gebracht und suspendirt; hingegen:

Zweiter Erfahrungssatz.

Wenn beide Reize grosse Aehnlichkeit mit einander haben, so wird der eine (schwächere) Reiz sammt seiner Wirkung von der analogen Kraft des andern (stärkern) gänzlich ausgelöscht und vernichtet.<sup>470</sup>

Hahnemanns später im „Organon der Heilkunde“ dargelegte Auffassung über Krankheit und Heilung umfasst schließlich auch das Spektrum der Psychiatrie. Innerhalb seiner Systematik ordnet er die Nerven- und Geisteserkrankungen den chronischen Erkrankungen zu, die zu der Gruppe der „Psora“ zählen, und listet unter diesem Begriff sämtliche betroffenen Krankheitsformen auf: „[...] die Psora, die einzig wahre Grund-Ursache und Erzeugerin aller der übrigen vielen, ja unzähligen Krankheitsformen, welche unter den Namen von Nerven-Schwäche, Hysterie, Hypochondrie, Manie, Melancholie, Blödsinn, Raserei, Fallsucht und Krämpfen aller Art, von Knochen-Erweichung (Rachitis), Skoliosis und Kyphosis, Knochenfäule, Krebs, Blutschwamm, Afterorganisationen, Gicht, Hämorrhoiden, Gelb- und Blausucht, Wassersucht, Amenorrhöe und Blutsturz aus Magen, Nase, Lungen, aus der Harnblase, oder der Gebärmutter, von Asthma und Lungenvereiterung, von Impotenz und Unfruchtbarkeit, von Migräne, Taubheit, grauem und schwarzem Staar, Nierenstein, Lähmungen, Sinne-Mängel und Schmerzen tausenderlei Art u.s.w., in den Pathologien als eigne, abgeschlossene Krankheiten figuriren.“<sup>471</sup>

Die Ursachen für Psora sieht Hahnemann in ganz unterschiedlichen Bereichen angesiedelt, jedoch größtenteils durch soziale Faktoren begünstigt, wie beispielsweise den Wohnort, das Klima, den Beruf, die allgemeinen Lebensverhältnisse, die Essgewohnheiten, die Erziehung oder die Sitten und

---

<sup>470</sup> Hahnemann S (1805) Heilkunde der Erfahrung. In: Hufeland CW (Hrsg.) Journal der practischen Arzneykunde und Wundarzneykunst. Band 22, 3. Stück. Berlin, S. 33.

<sup>471</sup> Hahnemann S (1833) Organon der Heilkunst. (5. Aufl.) Dresden, S. 153.

Gebräuche. Da es eine große Überschneidung bestimmter Kernsymptome gibt, plädierte er dafür, Abstand zu nehmen von den konventionellen Begriffen der Pathologie, die seiner Meinung nach mehr in die Irre führten als Klarheit zu schaffen. Dieser Versuch, Krankheiten auf wenige Terminologien zu reduzieren, erinnert an Brown, der in der größtmöglichen Radikalität letztendlich sämtliche Krankheiten reduzierte auf Sthenie und Asthenie. Hahnemann beklagt den begrifflichen Überfluss der herkömmlichen Medizin: „Aus Allem diesen erhellet, daß diese nutzlosen und mißbräuchlichen Krankheitsnamen keinen Einfluß auf die Curart eines ächten Heilkünstlers haben dürfen, welcher weiß, daß er die Krankheiten nicht nach der wegen Namens-Ähnlichkeit eines einzelnen Symptoms, sondern nach dem ganzen Inbegriffe aller Zeichen des individuellen Zustandes jedes einzelnen Kranken zu beurtheilen und zu heilen habe, dessen Leiden er genau auszuspähen die Pflicht hat, nie aber hypothetisch vermuthen darf.“<sup>472</sup>

Im Sinne der homöopathischen Medizin gilt es, die eine gemeinsame chronische Quelle zu eruieren, um dann mit den Mitteln „*similia similibus*“ die Heilung einleiten zu können. Voraussetzung für jede Behandlung ist eine gründliche Anamnese, um besonders bei den chronischen Erkrankungen, die vielfach nicht offensichtlichen Symptome erkennen zu können. Für die Befragung muss eine bestimmte kognitive Fähigkeit vorhanden sein; dementiell veränderte Menschen, Hahnemann spricht in diesem Zusammenhang von „Blödsinnigkeit“, sind somit für eine anamnestische Erfassung nur schwer zu erreichen. Um dennoch an die notwendigen Informationen zu gelangen, empfiehlt er eine Befragung des sozialen Umfeldes für eine indirekte Ermittlung des Krankheitszustandes. Diese Vorgehensweise ist in modernen Demenzkonzepten wieder entdeckt worden, um biographisches Material für ein individuelles Betreuungskonzept zu gewinnen. Die Anamnese ist ein Kernelement im homöopathischen Ansatz. In der Systematik Hahnemanns kann damit eine Individualisierung des Krankheitsfalles vorgenommen werden; das Generalisieren und eine oberflächliche Klassifikation sind so zu verhindern. Jede Krankheit hat, seiner Lehre nach, einen eigenen, individuellen Charakter und muss in dieser Einmaligkeit erfasst und behandelt werden. Besonders die Geistes- und Gemütskrankungen

---

<sup>472</sup> Ebd., S. 156.

können und dürfen nur individuell betrachtet werden, um einen gewissen Erfolg in der Behandlung zu erzielen. Hahnemann räumt jedoch ein, dass sämtliche chronischen Erkrankungen<sup>473</sup>, somit auch die Geistes- und Gemütskrankungen, nicht vollständig geheilt werden könnten, sondern lediglich Linderungen oder vorübergehende Heilungen als realistische Ziele betrachtet werden dürften. Die Geistes- und Gemütskrankungen zeigten, seiner Ansicht nach, dieselben Muster auf wie die übrigen chronischen Erkrankungen, so dass dem zufolge, in seiner Ordnung keine eigene Klasse von Krankheiten geschaffen werden müsse. Im Gegenteil: vor dem Hintergrund eines ganzheitlichen Denkens gehörten Physis und Psyche zusammen und bedingten einander. Körperliche Symptome haben oft Auswirkungen auf das Gemüt, wie psychische Beschwerden ihre Ursache stets im Körperlichen haben. Er verdeutlichte die Ansicht in einer Fußnote mit folgender Skizzierung persönlicher Beobachtungen: „Wie oft trifft man nicht, z.B. in den schmerzhaftesten, mehrjährigen Krankheiten ein mildes, sanftes Gemüth an, so daß der Heilkünstler Achtung und Mitleid gegen den Kranken zu hegen sich gedrungen fühlt. Besiegt er aber die Krankheit und stellt den Kranken wieder her – wie nach homöopathischer Art nicht selten möglich ist – da erstaunt und erschrickt er nicht selten über die schauerhafte Veränderung des Gemüths. Da sieht er oft Undankbarkeit, Hartherzigkeit, ausgesuchte Bosheit und die die Menschheit entehrendsten und empörendsten Launen hervortreten, welche gerade dem Kranken in seinen ehemaligen gesunden Tagen zu eigen gewesen waren. Die in gesunden Zeiten Geduldigen findet man oft in Krankheiten störrisch, heftig, hastig, auch wohl unleidlich, eigensinnig und wiederum auch wohl ungeduldig oder verzweifelt, die ehemals Züchtigen und Schamhaften, findet man nun geil und schamlos. Den hellen Kopf trifft man nicht selten stumpfsinnig, den gewöhnlich Schwachsinnigen hinwiederum gleichsam klüger, sinniger, und den von langsamer Besinnung zuweilen voll Geistesgegenwart und schnell entschlossen an, u.s.w.“<sup>474</sup>

Aus diesen Beobachtungen folgert er, dass jede Krankheit auf Symptome des Geistes und Gemüts hin untersucht werden müsse. Denn die Wahl des Heilmittels, dessen Potenz sich nur unter bestimmten Bedingungen entfalten

---

<sup>473</sup> Vgl. hierzu Wittern R (2002) Samuel Hahnemann (1755-1843). In: Engelhardt D von; Hartmann F (Hrsg.) Klassiker der Medizin, Bd. 2. München, S. 46f.

<sup>474</sup> Hahnemann S (1833) Organon der Heilkunst. (5. Aufl.) Dresden, S. 235.

könne, werde maßgeblich beeinflusst vom Zustand des Gemüts; so scheine es, dass der Napell-Sturmhut sich kaum entfalten könne bei stillen, gelassenen Charakteren, die Krähenaugen sollten bei phlegmatischen Persönlichkeiten nicht verordnet werden, oder die Ignazbohne habe wenig Sinn bei Menschen mit geringem Schrecken und Ärger. Da nun die meisten körperlichen Erkrankungen oft auch zu einer Veränderung des Gemüts und des Geistes führen, sei der Arzt als Heilkünstler gut beraten, sich ein ganzheitliches Bild zu verschaffen. Werde er primär mit der Geisteserkrankung konfrontiert, so gelte es durch eine umfassende Anamnese körperliche Ursachen auszuschließen. Die Gründe für eine Geisteserkrankung lassen sich jedoch nicht ausschließlich somatisch erklären, sondern können auch sozial determiniert sein. Besonders wenn die Symptome noch nicht eindeutig sind, liegt hierin die Herausforderung für den Arzt.

Neben der pharmakologischen Therapie gilt das Prinzip „*similia similibus*“ auch für den verhaltenstherapeutischen Umgang mit dem Patienten. Dafür entwickelt Hahnemann eine frühe Form der Gesprächstherapie, um über den Dialog und die Vernunft das entgleiste Gemüt oder den entrückten Geist wieder in die Normalität zurückzuführen. Innerhalb dieser Gesprächssituation wird, analog zu den Symptomen und nach dem Prinzip Gleiches mit Gleichem zu behandeln, der Patient gespiegelt: „Dem wüthenden Wahnsinn muß man stille Unerschrockenheit und kaltblütigen, festen Willen, - dem peinlich klagenden Jammer, stummes Bedauern in Mienen und Gebärden, - dem unsinnigen Geschwätze, nicht ganz unaufmerksames Stillschweigen, - einem ekelhaften und gräuelvollen Benehmen und ähnlichem Gerede, völlige Unaufmerksamkeit entgegensetzen. Den Verwüstungen und Beschädigungen der Außendinge beuge man bloß vor und verhüte sie, ohne dem Kranken Vorwürfe darüber zu machen, und richte alles so ein, daß durchaus alle körperlichen Züchtigungen und Peinigungen wegfallen.“<sup>475</sup> Der Blödsinn, im Sinne von dementiellen Symptomen, wird im anamnestischen und therapeutischen Teil nicht mehr beschrieben. Nur in der einführenden Aufzählung möglicher Geisteserkrankungen wird der Blödsinn gelistet - der besondere Umgang damit steht dann aber außerhalb von Hahnemanns medizinischem Denken.

---

<sup>475</sup> Ebd., S. 244.

So sehr sich moderne Demenzkonzepte gerne anlehnen an seine ganzheitliche Lehre, ein Interesse für die dementiellen Symptome ist seinem Organon nur marginal zu entnehmen. Damit stellt er im Kontext seiner Zeitgenossen, die sich über Psychiatrie geäußert haben, bezüglich eines differenzierten Umgangs mit dieser speziellen Symptomatik gewissermaßen das Schlusslicht dar. Hahnemann musste das Thema wohl geradezu ignorieren, weil sein allgemeingültiges Prinzip „*similia similibus*“ sonst womöglich ad absurdum geführt worden wäre.

## 15 . Ernst Horn

Ein besonderer Einblick in die Situation dementiell erkrankter Menschen im frühen 19. Jahrhundert wird uns durch Ernst Horn gewährt - von ihm erfahren wir einige Details über den sozialen Stellenwert von Menschen mit „erworbenem Blödsinn“. Als Anton Ludwig Ernst Horn wurde er am 4. August 1774 in Braunschweig geboren, zählt also zu der Generation der Romantiker.<sup>476</sup> In



**Abb. 13: Ernst Horn**

Braunschweig besuchte er das Gymnasium und anschließend das Collegium Carolinum, eine besondere Ausbildungsstätte, die zwischen Abitur und Universität angesiedelt war. Offenbar beinhaltete das Konzept des Collegiums auch medizinische Vorlesungen - ob Ernst Horn jedoch hier bereits dazu angeregt wurde, Medizin zu studieren, ist nicht überliefert. Gesichert ist allerdings seine Immatrikulation für diese Fachrichtung in Jena 1792. Die thüringische Stadt genoss zu diesem Zeitpunkt ein hohes universitäres Ansehen, zu dem die medizinische Fakultät maßgeblich beigetragen hat, u.a. war eine der großen Koryphäen - Christian Wilhelm Hufeland, Vordenker der Romantik - 1793 von Weimar nach Jena berufen worden. Horn scheint hier dennoch nicht heimisch geworden zu sein. Wann genau und aus welchem Grunde er Jena verließ und nach Göttingen zog, lässt sich heute nicht mehr nachvollziehen - überliefert ist lediglich, dass er in Göttingen 1797 seine Dissertation abgab. Sie trug den Titel „De Mutatione Atque Transitu Catarrhi In Phthisin Pulmonalem Eiusque Prohibitione“<sup>477</sup>.

Nach dem Erlangen der Doktorwürde gestattete er sich eine Studienfahrt, die ihn u.a. nach Wien, zu Johann Peter Frank, und schließlich auch nach Paris, zu Pinel, führte, um dort die Reformbewegung der Psychiatrie kennenzulernen.

---

<sup>476</sup> Königliche Akademie der Wissenschaften/ Historische Kommission (Hrsg.) (1881) Allgemeine deutsche Biographie. Bd. 13: Holstein-Jesup. Leipzig.

<sup>477</sup> Horn E (1797) De Mutatione Atque Transitu Catarrhi In Phthisin Pulmonalem Eiusque Prohibitione. (Diss.) Göttingen.

Überliefert ist diese Reise in seinen Schriften mit dem Titel „Beiträge zur medizinischen Klinik, gesammelt auf meinen Reisen durch Deutschland, die Schweiz und Frankreich“<sup>478</sup>. Hans Schneider weist in seiner Dissertation darauf hin: „Horn gibt darin keine Reisebeschreibung der Reiseerlebnisse, wie der Titel vermuten läßt. Vielmehr handelt es sich um eine Darstellung der wichtigsten neueren Meinungen über die Natur und Verschiedenheit der Fieber. Horn geht ausführlich auf Autoren wie Johann Peter Frank, Christian Gottlieb Selle, Johann Christian Reil und John Brown ein, um nur die Wichtigsten zu nennen“.<sup>479</sup> Es ist Schneider darin beizupflichten, dass es sich bei Horns Text um keine herkömmliche Reisebeschreibung handelt, aber viele diagnostische Erläuterungen in dem Werk sind verknüpft mit persönlichen Erfahrungen, die Horn auf seiner Reise gemacht hat. Interessant ist ebenso die Auswahl der medizinischen Autoren, auf deren Systematik Horn näher eingeht. Damit wird deutlich, dass er das Who is Who der romantischen Denker in der Medizin studiert hat und sich mit ihnen messen möchte.

1798 kehrte Horn zurück in seine Geburtsstadt und nahm dort eine Stelle im Garnisonslazarett an, womit er die Grundlagen für eine bürgerliche Existenz schuf, die für notwendig erachtet wurde, um sich drei Jahre später, am 11. Oktober 1801, mit Maria Wilhelmine Falk vermählen zu können.<sup>480</sup> Nach 16 Monaten, am 17. Februar 1803 gebar sie den ersten Sohn und starb fünf Tage darauf an Nervenfieber im Wochenbett. In Folge dieser familiären Tragödie verabschiedete sich Horn beruflich von Braunschweig und folgte 1804 einem Ruf an die Universität Wittenberg. Da die Psychiatrie zu dieser Zeit nur eine marginale Rolle in seinem beruflichen Werdegang spielt, darf es nicht erstaunen, dass er in Wittenberg eine Professur für Chirurgie und Entbindung annahm. Die Bedingungen und Konditionen müssen in der Lutherstadt allerdings nicht überzeugend gewesen sein, denn bereits ein halbes Jahr später erschien folgende Notiz in der Medicinisch-chirurgischen Zeitung: „Hr. Prof. Ernst Horn zu Wittenberg ist von Sr. Majestät dem Könige zum Professor der praktischen Medicin und Klinik und zum Direktor des neuen Krankenhauses zu Erlangen unter sehr vortheilhaften Bedingungen, mit dem Rang und Charakter

---

<sup>478</sup> Horn ALE (1800) Beiträge zur medizinischen Klinik gesammelt auf meinen Reisen durch Deutschland, die Schweiz und Frankreich. Braunschweig.

<sup>479</sup> Schneider H (1986) Ernst Horn. Leben und Werk (1774-1848). Ein ärztlicher Direktor der Berliner Charité an der Wende zur naturwissenschaftlichen Medizin. (Diss.) Berlin, S. 12.

<sup>480</sup> Ebd., S. 15.



eines Königlichen Hofraths, mit Sitz und Stimme in der dortigen medicinischen Fakultät berufen und ernannt worden, und wird sich sogleich dorthin begeben.<sup>481</sup> Er blieb insgesamt zwei Jahre in Erlangen und gelangte schließlich 1806 nach Berlin, wo er eine Stelle an der Charité annahm. Hier ist er als ärztlicher Leiter nun auch verantwortlich für die Irrenabteilung und sein Augenmerk gilt seitdem verstärkt der psychiatrischen Versorgungsstruktur.

Ursprünglich war er als Stellvertreter von Johann Friedrich Fritze eingestellt worden; Horn ist 1818 in seinem Rechenschaftsbericht darauf eingegangen. Fritze war aber bei seinem Dienstantritt kaum noch arbeitsfähig, so dass Horn vom ersten Arbeitstag an mehr oder weniger auf sich allein gestellt war.<sup>482</sup> Die Situation, die er vorfand, war voller Missstände, und Horn hat mehrfach versucht bei den vorgesetzten Behörden darauf aufmerksam zu machen. Damit hatte er anscheinend keinen großen Erfolg; Schneider vermerkt dazu, dass „[...] die preußischen Administrationen [...] an keiner Verbesserung der Lebenssituation der eingewiesenen Patienten interessiert [...]“ war.<sup>483</sup> Horn selbst scheint aber weniger die Administration als vielmehr die Struktur des Hauses selbst als das Problem angesehen zu haben. In seinem Rechenschaftsbericht notiert er zum Beispiel bezüglich des Heizens: „Das Verfahren bei der Erwärmung der Krankenzimmer ließ ebenfalls große Verbesserung zu. Das Brennmaterial ist in der hiesigen Gegend bekanntlich kostbar; es wurde unserer Anstalt indeß nie der nöthige Bedarf von Seiten der vorgesetzten Behörden verweigert. Nur im Haus selbst herrschte ehemals ein höchst unseliger Geist der Knickerei, der überall die ärztliche Thätigkeit beschränkte, bei jeder Gelegenheit beschwerte.“<sup>484</sup> Horn scheint vor allem gegen alte und sehr sture Strukturen gekämpft zu haben. Ihm waren die Bedingungen in anderen Städten und Kliniken bekannt, und in seinem Rechenschaftsbericht äußert er sich: „Ich kannte die besten Krankenhäuser Deutschlands und Frankreichs. Es schmerzte mich, wenn ich an den

---

<sup>481</sup> Hartenkeil DJJ; Mezler DFX (Hrsg.) (1804) Medicinisch-chirurgische Zeitung. Band 4. Salzburg, S. 80.

<sup>482</sup> Horn ALE (1818) Öffentliche Rechenschaft über meine zwölfjährige Dienstführung als zweiter Arzt des Königl. Charité-Krankenhauses zu Berlin nebst Erfahrungen über Krankenhäuser und Irrenanstalten. Berlin, S. 59.

<sup>483</sup> Schneider H (1986) Ernst Horn. Leben und Werk (1774-1848). Ein ärztlicher Direktor der Berliner Charité an der Wende zur naturwissenschaftlichen Medizin. (Diss.) Berlin, S. 27.

<sup>484</sup> Horn ALE (1818) Öffentliche Rechenschaft über meine zwölfjährige Dienstführung als zweiter Arzt des Königl. Charité-Krankenhauses zu Berlin nebst Erfahrungen über Krankenhäuser und Irrenanstalten. Berlin, S. 187.

Unterschied dachte, der mir bei einem Vergleiche mit manchen nicht entging [...].<sup>485</sup>

Die Schilderung der Verhältnisse an der Charité ermöglichen uns aber auch, einen Eindruck von der Versorgung dementiell erkrankter alter Menschen im ersten Drittel des 19. Jahrhunderts in Berlin zu bekommen.

Die Situation innerhalb der Irrenanstalten war grundsätzlich von Armut geprägt. Horn beklagt in seinem Bericht: „Die meisten Kranken dieses Instituts sind arme Kranke, oft so arm, daß sie bei ihrer Aufnahme kaum mit schmutzigen Lumpen bedeckt sind, die man entfernen muß. Dann fehlt ihnen aber etwas Unentbehrliches, ein Ersatz für ihre Lumpen, eine Lazarettbekleidung, die ihre Blöße bedeckt, die sie erwärmt, vor Zug und Erkältung schützt.“<sup>486</sup> Vergleicht man dies mit Schilderungen von den Verhältnissen verarmter alter Menschen in Berlin um 1800, so lässt sich die Vermutung ableiten, dass besonders gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen oft in größter Armut gelebt haben. In den sozialen Unterschichten in Berlin waren die Ernährungsbedingungen derartig schlecht, dass selbst „gesunde“ alte Menschen kaum adäquat versorgt wurden. Gehen wir von modernen wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Ernährung von Menschen mit Demenz aus, so litten besonders alte geistesranke Menschen an einem Mangel von Eiweiß und Kalorien. Allerdings gab es große Unterschiede zwischen den sozialen Schichten. Rudolf Kropf und Horst Rauter heben in ihrer Analyse hervor: „Allgemein läßt sich feststellen, daß während des 19. Jahrhunderts die Ernährungsbedingungen für die alten Leute, vom Großbürgertum bis zu den untersten Arbeiterschichten, beträchtlich divergierten. Mangels ernährungswissenschaftlicher Erkenntnisse konnte sich im 19. Jahrhundert kein Rezept für eine geeignete differenzierte Kost für die alten Menschen bilden. Die alten Leute besaßen in der bürgerlichen Welt durch die ohnehin eiweißreiche Kost des Bürgertums gegenüber den untersten Arbeiterschichten, die sich von nahezu fleischlosen Speisen ernährten, außergewöhnliche Vorteile.“<sup>487</sup>

---

<sup>485</sup> Ebd., S. 75.

<sup>486</sup> Ebd., S. 187.

<sup>487</sup> Kropf R; Rauter H (1982) Erklärungsansätze zum Einfluß der Ernährung auf die Gesundheit und Lebenserwartung der Menschen im 19. Jahrhundert. In: Konrad H (Hrsg.) Der alte Mensch in der Geschichte. Wien, S. 200.

Die bessere Versorgung der alten Menschen in bürgerlichen Verhältnissen führte nicht unbedingt auch zu einer entsprechenden Situation für dementiell erkrankte Menschen aus dieser Schicht. Selbst bei Horn galten diese an „unheilbarem Blödsinn“ leidenden Menschen als Belastung für die Charité. Wohlhabende Familien aber lösten durch ein Abschieben der „Blödsinnigen“ in die Anstalt ihre Probleme: „Die ursprüngliche Bestimmung des Instituts“, so der ärztliche Direktor, „galt der Aufnahme und Verpflegung heilbarer Geisteskranken. Es hätten mithin die unheilbaren Blödsinnigen und Epileptischen davon ausgeschlossen bleiben müssen. Als ich meinen Dienst antrat, fand ich schon einen großen Theil der unheilbaren Blödsinnigen und Epileptischen vor. Hierzu kamen von Zeit zu Zeit neue, die sich, streng genommen, zur Aufnahme in die Anstalt nicht eigneten. Aus den entlegensten Gegenden von Deutschland wurden neue Kranke hergeschickt. Ihre Familien ließen sich bedeutende Verpflegungskosten gefallen, um sie nur hier unterzubringen. Doch waren die meisten derselben kein Gegenstand einer therapeutischen Behandlung mehr.“<sup>488</sup> Es erscheint geradezu als Widerspruch, dass begüterte Familien im ganzen Land ihre Verwandten unter hohem finanziellem Aufwand in einer, für allgemeine deutsche Verhältnisse miserabel ausgestatteten Berliner Irrenanstalt unterbringen wollten. Vergleichen wir diese Feststellung mit einer Beschreibung Horns im selben Bericht von der Unterbringung vor Ort, so heißt es dort: „Noch in diesem Augenblicke [im Juni 1818] dauert der Nachtheil fort, daß an disponiblen Zimmern stets ein großer Mangel ist; daß über 80 Geisteskranke weiblichen Geschlechts in 13 Zimmern untergebracht werden müssen, statt daß eigentlich ein dreifache Zahl derselben erforderlich ist.“<sup>489</sup> Diese Überbelegung wollte Horn vor allem durch die sukzessive Ablehnung der „unheilbaren Blödsinnigen“ bekämpfen. Er betrachtete die Diagnose dieser Gruppe nicht als medizinisches Problem und damit auch nicht als eine Aufgabe für den Arzt. Erst 30 Jahre später wird Karl Friedrich Canstatt ein Lehrbuch über die Krankheiten des Alters, eingeschlossen des Altersschwachsinn, veröffentlichen und dieses Sujet zu

---

<sup>488</sup> Horn ALE (1818) Öffentliche Rechenschaft über meine zwölfjährige Dienstführung als zweiter Arzt des Königl. Charité-Krankenhauses zu Berlin nebst Erfahrungen über Krankenhäuser und Irrenanstalten. Berlin, S. 201.

<sup>489</sup> Ebd., S. 203.

einem Bereich der Medizin erklären.<sup>490</sup> Für Horn jedoch, in seinem Kontext, stellte die Gruppe eine Behinderung seiner Arbeit dar, und so beklagt er sich: „Die Irrenanstalt wurde zu dieser Zeit vom Publikum gemißbraucht. Sie mußte eine Menge von Unglücklichen aufnehmen, mit denen man sonst nirgend hin wußte. Ob sie zur Aufnahme paßten, ob sie außer ihrem Irresein, an unheilbaren körperlichen Krankheiten zugleich litten, darauf wurde häufig nicht gesehen. So kam eine Menge von kindischen Alten, vom Schlage Berührten, Tauben, Stummen u. a. Gebrechlichen, die sich oft zugleich in einem schwachsinnigen Zustande befanden, in die hiesige Anstalt, wodurch deren eigentliche Zwecke – vollständige Behandlung und Kur der Heilbaren – theils beschränkt, theils vereitelt wurden.“<sup>491</sup> Die Politik Horns war denn auch darauf ausgerichtet, den Anteil der als unheilbar betrachteten Blödsinnigen zu reduzieren.

Folgende Tabelle zeigt eine Auflistung der Jahresstatistiken aufgenommener Krankheitsfälle in der Charité, allerdings werden die psychiatrischen Erkrankungen in der Statistik nicht erfasst.<sup>492</sup> Interessant ist sie hinsichtlich der Kategorie „Altersschwächen“; unter diesem Begriff wurde auch die Gedächtnisschwäche oder der erworbene Blödsinn im Alter subsumiert.

| <b>Jahr</b>                   | <b>1801</b> | <b>1802</b> | <b>1803</b> | <b>1804</b> | <b>1805</b> | <b>1807</b> | <b>1808</b>     |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------|
| Entzündungsfieber             | 1           | 8           | 5           | 0           | 0           |             | Typhus<br>121   |
| Nerven- und<br>Faulfieber     | 154         | 323         | 364         | 320         | 378         | 492         | Synochus<br>307 |
| Schleichendes<br>Fieber       | 61          | 51          | 93          | 45          | 150         |             |                 |
| Catharrhalfieber              | 40          | 16          | 22          | 94          | 13          |             |                 |
| Einfach u. gelindes<br>Fieber | 60          | 11          |             | 3           | 0           | 106         | 309             |
| Wechselfieber                 | 30          | 39          | 53          | 164         | 301         | 106         | 309             |
| Lungenentzündung              | 26          |             | 48          | 77          | 77          | 8           | 9               |
| Rheumatismus                  | 97          |             | 21          | 101         | 161         |             |                 |
| Nierenentzündung              | 1           |             |             | 0           | 3           |             |                 |

<sup>490</sup> Canstatt KFC (1839) Die Krankheiten des Höheren Alters und Ihre Heilung. Erlangen.

<sup>491</sup> Horn ALE (1818) Öffentliche Rechenschaft über meine zwölfjährige Dienstführung als zweiter Arzt des Königl. Charité-Krankenhauses zu Berlin nebst Erfahrungen über Krankenhäuser und Irrenanstalten. Berlin, S. 202.

<sup>492</sup> Entnommen aus: Schneider H (1986) Ernst Horn. Leben und Werk (1774-1848). Ein ärztlicher Direktor der Berliner Charité an der Wende zur naturwissenschaftlichen Medizin. (Diss.) Berlin, S. 32. Die Zahlen sind zusammengestellt aus den Jahresstatistiken und den veröffentlichten Zahlen von Hufeland. Hans Schneider hat sie zu einer Synopse gegenübergestellt.

| <b>Jahr</b>                    | <b>1801</b> | <b>1802</b> | <b>1803</b> | <b>1804</b> | <b>1805</b> | <b>1807</b> | <b>1808</b> |
|--------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Blattern                       | 1           |             | 1           | 0           | 6           |             |             |
| Scharlach                      | 17          | 17          | 35          | 10          | 12          | 8           | 5           |
| Lähmung                        | 28          | 20          | 10          | 26          | 25          | 19          | 24          |
| Allgemeine Schwäche            | 117         | 112         | 91          | 105         | 163         | 13          | 21          |
| Stickfluß                      | 10          | 3           | 6           | 3           | 17          |             |             |
| Kolik                          | 6           | 27          | 11          | 4           | 13          | 2           |             |
| Bleivergiftung                 | 21          | 4           | 7           | 37          | 21          | 3           | 21          |
| Magenkrampf                    | 9           | 4           | 8           | 17          | 29          | 7           | 1           |
| Zuckungen und Krämpfe          | 16          | 23          |             | 25          | 17          | 16          | 15          |
| Kinnbackenkrampf               | 2           | 0           |             | 3           | 3           | 0           |             |
| Schlagfluß                     | 4           | 13          | 26          | 8           | 14          | 8           | 2           |
| Bluthusten                     | 8           | 10          | 12          | 15          | 16          | 10          | 9           |
| Hämorrhoiden                   | 10          | 2           | 1           | 6           | 11          |             |             |
| Unterdrückung der Menstruation | 4           |             |             |             |             |             |             |
| Verstopfung des Unterleibes    | 14          | 4           | 4           | 8           | 0           |             |             |
| Chronischer Durchfall          | 24          | 16          | 30          | 12          | 19          | 21          | 33          |
| Ruhr                           | 6           |             |             | 10          | 0           | 15          | 67          |
| Darmgicht                      | 1           | 1           | 2           | 3           | 3           | 3           |             |
| Indigestion                    | 3           | 1           | 4           | 5           | 3           | 21          |             |
| Chronischer Catarrh            | 61          | 29          | 31          | 29          | 30          | 3           |             |
| Lungensucht                    | 161         |             | 278         | 225         | 347         | 110         | 112         |
| Gicht                          | 53          |             | 141         | 56          | 50          | 107         | 128         |
| Engbrüstigkeit                 | 4           | 22          | 13          | 18          | 11          | 8           |             |
| Urinverhalten                  | 3           | 3           | 11          | 9           | 7           | 4           | 4           |
| Unwillkürliches Urinverhalten  | 4           | 5           | 3           | 3           | 1           | 2           | 3           |
| Wassersucht                    | 58          | 45          | 43          | 75          | 63          | 81          |             |
| Cachexie                       | 16          | 104         | 66          | 76          | 76          | 34          |             |
| Altersschwäche                 | 61          | 104         | 66          | 76          | 76          | 34          |             |
| Gelbsucht                      | 7           | 4           | 6           | 6           | 8           | 17          | 8           |
| Abzehrung                      | 4           | 12          | 4           | 5           | 1           | 29          | 94          |

Es fällt auf, dass sich die Zahl der Altersschwächen unter der Leitung Horns rückläufig verhält. Eine Tendenz, die mit seinem Bericht übereinstimmt: „Die große Beschränktheit des Raums veranlaßte mich, bei den vorgesetzten Behörden die Entfernung der unheilbaren Geisteskranken in Vorschlag zu bringen. Ihre Zahl war erheblich. Ich proponirte, die ruhigen, sich selbst und Andern unschädlichen Blödsinnigen ihren Familien zurückzugeben; die bössartigen und unruhigen in kleinern Anstalten wo möglich unterzubringen,

um für die Aufnahme und Pflege der Heilbaren desto mehr Raum zu gewinnen.<sup>493</sup>

Unabhängig von der Anstaltspolitik, mit der sich Horn zu befassen hatte, spielte der „erworbene Blödsinn“ auch in der Rechtsprechung eine Rolle. Horn selbst hat nicht nur medizinische Gutachten zur Zurechnungsfähigkeit verfasst, er hat auch über die Grundlagen und Prinzipien der Begutachtungen publiziert. Überliefert ist die Begutachtung einer alten Dame, die wegen angeblichen Blödsinns für unzurechnungsfähig erklärt werden sollte. Auch wenn die Frau am Ende für geistig gesund erklärt wurde, so erlaubt uns das Gutachten doch einen Einblick in die Vorstellungswelt der Gesellschaft, was damals bekannte Symptome dementieller Erkrankungen angeht, aber auch in gängige Vorurteile gegenüber dem Verlust von kognitiven Fähigkeiten. 1816 veröffentlicht Horn das „Gutachten über den Gemüthszustand einer des Blödsinns beschuldigten alten Frau“. Ein Enkel versuchte, seine Großmutter für unzurechnungsfähig zu erklären, um ihrem Vermögen vorstehen zu können. Es handelt sich um eine 79jährige Witwe, die unfähig sei, das Alltägliche richtig zu fassen. Neben der Unfähigkeit, den Alltag und damit in ihrem Falle die Aufgaben der Landwirtschaft zu bewältigen, zeige die Frau heftige Gemütsausbrüche und neige zu tobenden Anfällen. Der Enkel möchte den Eindruck vermitteln, dass das Schreien ein Symptom der fortschreitenden „Blödsinnigkeit“ sei; ein scheinbar ungebührliches Verhalten im Alter wird mit dem Verlust kognitiver Fähigkeiten gleichgesetzt. Vorherige bereits eingezogene Gutachten bestätigen denn eine allgemeine körperliche Schwäche mit einem „dürftigen Verstand“ der oft von „leidenschaftlicher Heftigkeit“ überwältigt wird. Horn versucht, durch eine strenge Wissenschaftlichkeit zu klären, ob die alte Frau tatsächlich im gesetzlichen Sinne als „blödsinnig“ anzusehen sei. Er verschafft sich durch ein persönliches Gespräch vor Ort ein Bild von ihr, und kommt zu dem Schluss, dass sie weder vom blödsinnigen Verstand noch vom Wahnsinn befallen sei. Das laute Schreien führt er darauf zurück, dass die Frau beinahe taub sei, aber ansonsten ließe sich keine Abwesenheit des Verstandes nachweisen. Zeugen, die zusätzlich gehört werden, beschwören noch eine rege geistige Präsenz der Frau und berichten von ihrer Erinnerungsfähigkeit an

---

<sup>493</sup> Horn ALE (1818) Öffentliche Rechenschaft über meine zwölfjährige Dienstführung als zweiter Arzt des Königl. Charité-Krankenhauses zu Berlin nebst Erfahrungen über Krankenhäuser und Irrenanstalten. Berlin, S. 205.

längst vergangene Tage. Interessant ist hier, dass ein intaktes Langzeitgedächtnis als Begründung dient, ausreichende kognitive Fähigkeiten bescheinigen zu können.

Zusammenfassend kommt Horn zu dem Ergebnis: „Daß die Wittwe ---- k ---- auch nicht an einem dem hohen Alter zuweilen eigenen Schwachsinn (Inbecilitas, fatuilitas senilis) leide, daß sie nicht für kindisch zu halten sey, wird durch eine Menge von Thatsachen, durch ihre lebhaften Kraftäusserungen, durch ihre Heftigkeit, ihren consequenten Haß gegen den Enkel, durch ihre richtigen Antworten, Bemerkungen und Fragen und durch ihre Selbstständigkeit im ganzen Benehmen über jeden Zweifel bestätigt. Der Verfasser hegt hiernach die feste Überzeugung: daß die Wittwe ---- k ---- in --- - l ---- ---- n ---- weder blödsinnig, noch wahnsinnig, sondern ihres Verstandes mächtig sei, mithin nicht gehindert werde, die Folgen ihrer Handlungen gehörig zu überlegen.“<sup>494</sup>

Anhand der aufgelisteten Ausschlusskriterien lässt sich herleiten, welche Symptome einer Altersdemenz bekannt waren, und wie die entsprechenden Umgangsformen damit ausgesehen haben müssen. Interessant ist überdies der Hinweis auf einen früheren Gutachter, der die Witwe im gesetzlichen Sinne für blödsinnig erklären wollte. Die Auseinandersetzung zeigt, wie nebulös der Begriff eines „Schwachsinn“ im Alter genutzt werden konnte. In dem Gutachten greift Horn die Widersprüchlichkeiten seines Kollegen an: „Auf der anderen Seite verdient die Behauptung des Kreisphysikus Dr. ---- m ---- daß die ---- k ---- im gesetzlichen Verstande als blödsinnig anzunehmen, und daß sie nicht fähig sei, sich selbst zu berathen, um so weniger Aufmerksamkeit, da diese Versicherung von allen factischen Gründen entblößt dasteht, und der Verfasser dieses Gutachtens sich selbst widerspricht, wenn er darin behauptet, daß die Provokatinn im pathologischen Sinne des Worts, auf keine Weise für krankhaft blödsinnig zu halten sei, wie er selbst in einem frühern Gutachten ausgesprochen, und wie der Dr. ---- n ---- in dem seinigen dargethan habe. Der Dr. ---- m ---- hat keine Thatsache angeführt, die als Beweis eines blödsinnigen Zustandes der ---- k ---- gelten könnte. Seine Behauptung, daß sie im gesetzlichen Verstande für blödsinnig zu halten sei, ist willkührlich und dem

---

<sup>494</sup> Horn ALE (1816) Gutachten über den Gemüthszustand einer des Blödsinns beschuldigten alten Frau. In: ders. (Hrsg.) Archiv für medizinische Erfahrung. Bd. 30. Berlin, S. 1037.

Inhalt der Acten widersprechend, sowie die von ihm vorgebrachte Unterscheidung zwischen Blödsinn im pathologischen Sinn und Blödsinn im gesetzlichen Sinn, um so verwerflicher ist, da jeder Blödsinn, er behaupte eine Stufe welche er wolle, einen krankhaften Zustand der Organisation des Menschen voraussetzt, der überall da, wo er angenommen werden soll, durch unverkennbare Merkmale im Leben und in der Erfahrung nachgewiesen werden muß.<sup>495</sup>

Der erworbene Blödsinn im Alter wird in der gerichtlichen Begutachtung eindeutig als eine Krankheit tituliert. Als ärztlicher Leiter der Charité lehnt er aber Patienten, die an „Blödsinnigkeit“ leiden, ab, denn er betrachtet sie im medizinischen Sinne als unheilbar. Er entwickelt auf Grund des Mangelzustandes in der Irrenanstalt eine Hierarchie, welche Patienten mit welcher Krankheit eine Versorgung bekommen und damit keine medizinische Behandlung erhalten sollen. Ernst Horn gibt uns mit seinen Schriften einen guten Eindruck, in welchem widersprüchlichen Kontext sich Menschen mit dementiellen Symptomen befanden. Ihre Anerkennung als Kranke stand noch am Anfang des Weges und das medizinische Interesse an ihnen war nur marginal ausgeprägt, da sie als unheilbar und sicherlich wegen des Alters als hoffnungslos angesehen wurden.

---

<sup>495</sup> Ebd., S. 1036 f..



## 16 . Friedrich Nasse

Der Begründer der „Zeitschrift für psychische Aerzte“<sup>496</sup> gilt als wichtiger Vertreter der Somatiker und tritt als großer Gegenspieler zu Heinroth auf. Er entwirft eine somatisch orientierte These zum erworbenen Blödsinn, dessen Ansatz auf der neurologischen Tradition fußt. Demzufolge sind die kognitiven Leistungen sowohl an somatische Gehirnfunktionen gebunden wie auch an emotionale Körperfunktionen, die er dem Herzen zuordnet, geknüpft.



**Abb. 14: Friedrich Nasse**

Schon zu seinen Lebzeiten wurde Friedrich Nasse als der große Gegenspieler von Johann Christian August Heinroth angesehen, so dass der Zeitgenosse Heinrich Damerow die Mediziner einteilte in „Nassianer“ und „Heinrothianer“<sup>497</sup>. Nasse galt als Leitfigur der Somatiker und Heinroth als Spiritus Rector der Psychiker. Diese Dichotomie kann als spezielles Markenzeichen der deutschen Psychiatriegeschichte in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts angesehen werden. Auch wenn in der späteren Rezeption die Psychiker als Inbegriff für die romantische Psychiatrie betrachtet wurden, beschreibt die moderne Forschung diesbezüglich beide Richtungen als kennzeichnend für das frühe 19. Jahrhundert. Ackerknecht schrieb noch: „Der reinste Ausdruck der romantischen Psychiatrie waren die sogenannten Psychiker, so genannt, weil sie die Geisteskrankheiten als reine Erkrankungen der körperlosen Seele betrachteten und in wütender Fehde mit den Somatikern lagen, die ihrerseits Geisteskrankheiten als eine ausschließlich körperliche Angelegenheit mit mehr oder weniger wichtigen seelischen Symptomen behandelten.“<sup>498</sup> Heinz Schott und Rainer Tölle halten dem entgegen: „Diese Klischees entsprechen freilich nicht dem weitaus komplizierteren historischen Tatbestand. Ebenso wenig, wie es eine ‚romantische Psychiatrie‘ im Sinne

---

<sup>496</sup> Nasse F (Hrsg.) (1818-1822) Zeitschrift für psychische Aerzte: mit besonderer Berücksichtigung des Magnetismus. Leipzig.

<sup>497</sup> Damerow HPA (1829) Die Elemente der nächsten Zukunft der Medicin, entwickelt aus der Vergangenheit und Gegenwart. Berlin, S. 240.

<sup>498</sup> Ackerknecht EH (1985) Kurze Geschichte der Psychiatrie. (3. Aufl.) Stuttgart, S. 59.

einer fachlich klar abgrenzbaren Disziplin gegeben hat, lässt sich eine rein psychische von einer rein somatischen Schule in der Psychiatrie abgrenzen.<sup>499</sup>

Es stellt sich vielmehr die Frage, ob diese unterschiedlichen Interpretationen zusammenhängend gedacht werden müssen. Sie sind Ausdruck eines Verlangens nach der Antwort, wie Leib und Seele betrachtet werden müssen. Die in der Romantik entstandenen Antagonismen lassen sich bis heute weiterverfolgen, nur mit anderen Begrifflichkeiten und neuen Inhalten, so dass wir vor diesem Hintergrund in der gegenwärtigen Auseinandersetzung zwischen medizinisch gesinnter und psychotherapeutischer Psychiatrie eine Fortsetzung des Urkonfliktes sehen dürfen.

Das Bestreben von Friedrich Nasse bestand darin, aufbauend auf dem somatischen Ansatz eine entsprechende Terminologie zu finden: „Der Gebrauch, den einige Schriftsteller von den Ausdrücken: Narrheit und Unsinnigkeit, zur Bezeichnung der Gattung des psychischen Krankseyns gemacht haben, ist deshalb zu tadeln, weil unsere Sprache, wenigstens in ihrer jetzigen Weise, bloß gewisse besondere Formen dieses Krankseyns mit jenen Ausdrücken bezeichnet. Wir müßten nun, wenn wir jene als Gattungsnamen gebrauchen wollten, für diese Formen neue Ausdrücke suchen. Das würde aber ein bloß willkürliches Verfahren sein und obendrein Verwirrung zur Folge haben. Wie wenig passend dürfte es auch seyn, einen stillen Melancholischen einen Unsinnigen zu nennen? - Verwirrtheit sagt wieder zuviel aus; Verstandesverwirrtheit, deren sich einige Schriftsteller bedient haben, hingegen zu wenig; auch Personen, die nicht psychisch-krank sind, können an Verwirrtheit leiden, und andertheils haben wir keinen Grund, ein solches Leiden von allen psychischen Kranken auszusagen. - Der Ausdruck: Verkehrtheit, paßt dagegen sehr wenig für Blödsinnige, wenn auch für Irre anderer Art.“<sup>500</sup>

Der Blödsinn, und damit auch der erworbene Blödsinn, stellte für Nasse eine eigene Gruppe dar, und er folgert: „Wir haben in unserer Sprache eine herrliche, zugleich einfache und schonende Bezeichnung für die psychisch-

---

<sup>499</sup> Schott H; Tölle R (Hrsg.) (2006) Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren - Irrwege - Behandlungsformen. München, S. 54.

<sup>500</sup> Nasse F (1818) Über die Benennung und vorläufige Eintheilung des psychischen Krankseyns. In: ders. (Hrsg.) Zeitschrift für psychische Aerzte. Band 1, 1. Heft. Leipzig, S. 17.

Kranken: wir nennen diese Unglücklichen Irre und bezeichnen mit diesem Namen sowohl die Blödsinnigen, als die übrigen Kranken jener Art. Wir gebrauchen für die im Fieber vorkommende Verrückung ebenfalls den einfachen und schonenden Ausdruck: Irrreden. Beide Ausdrücke sagen nichts aus über die Natur des bei den Kranken vorhandenen Leidens, sondern sie bezeichnen bloß die Erscheinung. Als Irre stellen sich uns diese Unglücklichen dar, als Irre in Vergleich gegen uns, von der naturgemäßen Bahn des geistigen Lebens, von dem regelmäßigen Verhältnisse der Seelenthätigkeit der Welt abweichend; das können wir von ihnen allen aussagen, nicht aber, daß sie alle verstört, verwirrt, verkehrt seien. Es fehlt uns nun zwar im gewöhnlichen Sprachgebrauch zu dem Beiwort: irre, ein Hauptwort; wir bilden ein solches aber leicht durch: Irrseyn, welches Wort man auch bereits hie und da in ärztlichen Schriften zur Bezeichnung des ganzen Geschlechts der psychischen Krankheiten vorkommend findet.<sup>501</sup>

Das Finden der rechten Terminologie beschäftigt die gesamte Psychiatrie Anfang des 19. Jahrhunderts. Diese Auseinandersetzung ist verknüpft mit der Suche nach den Ursachen psychischer Erkrankungen. Auch wenn konträre Positionen vertreten wurden, so verfolgte Friedrich Nasse die Idee eines Forums für permanenten Austausch. In diesem Sinne gab er ab 1818, u. a. mit seinem Gegenspieler Heinroth zusammen, ein Journal für die psychiatrischen Mediziner heraus. Vierteljährlich erschien diese Publikation mit dem Namen „Zeitschrift für psychische Aerzte“ als eine Plattform für durchaus gegensätzliche medizinische Richtungen. Im Vorwort zur ersten Auflage 1818 schreibt Nasse: „Nachdem die Psychologen das, was die Seele angeht, die Aerzte dagegen das den Leib Betreffende zu ihrem Theil genommen, sind sich beide einander immer fremder geworden; ja wie auch anderswo gerade das Nahverwandte sich am strengsten zurückstößt, so hat sich auch in dem Verhältniß zwischen Psychologen und Aerzten darin etwas Aehnliches gezeigt, daß in den Untersuchungen jener der Gegenstand des ärztlichen Forschens nicht selten mit Spuren einiger Geringschätzung desselben, hingegen von den Aerzten mitunter das Werk der Psychologen als ein Spiel mit bloßen Formeln,

---

<sup>501</sup> Ebd., S. 29.

oder gar, in Beziehung auf die Forschungen der höheren Psychologie, mit nichtigen Träumen betrachtet ward.<sup>502</sup>

Das Organ war auf Kommunikation ausgelegt und sollte den fachlichen Austausch fördern. Friedrich Nasse nutzte seine Zeitschrift immer wieder, um auch seine Position zu verdeutlichen. In der dritten Ausgabe 1818 begründet er seine somatische Position: „Wie beachtungswerth auch die Vorschläge einiger neueren Schriftsteller zu einer methodischen Behandlung der Irren durch psychische Einwirkungen, wie vielversprechend sie für die Ausübung seyn mögen, einen Beweis für die körperlich-unabhängige Natur irgend eines Falls von Irreseyn ist schwerlich auch die glücklichste psychische Kur darzubieten im Stande, wie uns denn der Erfolg eines Heilverfahrens wohl überhaupt nie über die Natur der Krankheit, wogegen sich das Heilverfahren sich erfolgreich bewies, Aufschluß zu geben vermag. Wenn wir Wechselfieber, den Veitstanz, ja selbst die Epilepsie, also Krankheiten, die offenbar körperlich sind, nicht selten durch Einwirkungen, die zunächst auf die Seele gerichtet sind, beseitigen können, warum nicht auch körperlich-begründete Zustände des Irreseyns.“<sup>503</sup> Im weiteren Verlauf seines Artikels erklärt er die körperlichen Ursachen der seelischen Erkrankung mit einer philosophischen Definition der Seele: „Der Seele Eigenthum ist Freiheit. Erscheint nun in ihren Aeüßerungen Unfreiheit, Gebundenheit, so kann das nicht aus ihr kommen; und so muß denn der Grund davon außer ihr liegen. Im Körper ist dagegen Unfreiheit, Nothwendigkeit, und daher mit weit mehr Wahrscheinlichkeit der Grund der gebundenen Seelenäußerung der Irren in ihm zu suchen.“<sup>504</sup>

Aus dieser körperlichen Gebundenheit leitet er auch den Zustand des Blödsinns ab. Dementielle Symptome, die dem Blödsinn zuzuordnen sind, werden auf eine körperliche Ursache zurückgeführt. Diesen Zusammenhang führt er argumentativ wie folgt aus: „Es ist ausgemacht, daß der Blödsinn von körperlichen Fehlern abhängig sei; von manchen Fällen von Manie, selbst von Melancholie, läßt sich ebenfalls eine gleiche Abhängigkeit nur willkürlich läugnen. Nun stellt zwar der Blödsinn eine andere Irreseynsform dar, als die

---

<sup>502</sup> Nasse F (1818) Vorbericht. In: ders. (Hrsg.) Zeitschrift für psychische Aerzte. Band 1, Heft 1. Leipzig, S. 6.

<sup>503</sup> Nasse F (1818) Über das Verhältnis von Leib und Seele. In: ders. (Hrsg.): Zeitschrift für psychische Aerzte. Band 1, Heft 3. Leipzig, S. 443.

<sup>504</sup> Ebd., S. 451.

Manie und Melancholie; offenbar ist er beiden dem Wesen nach dennoch nahe verwandt. Es giebt zwischen diesen verschiedenen Formen des Irreseyns keine bestimmte Gränze; sie gehen häufig ineinander über; Manie und Melancholie wechseln mit dem Blödsinn; jene setzt sich nicht selten mit ihm zusammen. Auch der Blödsinn kann plötzlich verschwinden und wiederkommen. Die anerkannt-körperliche Manie wechselt eben so mit Melancholie, geht darin über ec. Wir dürfen nun mit Recht schließen, daß dieses äußere Verhältniß der drei Irreseynsformen für eine wesentlich gleiche Begründung derselben in dem inneren Lebernsverhältniß beweiße.<sup>505</sup>

In der darauffolgenden Ausgabe entwickelt Carl Hohnbaum einen Gegenentwurf zu Nasses Thesen. Wenn er auch versucht, die Argumente von Friedrich Nasse zu widerlegen, insgesamt verfolgt er doch einen versöhnlichen Weg. Er begründet seine Position zum Verhältnis von Leib und Seele wie folgt: „Ob nun gleich beide Seiten ihrem Wesen nach Eins sind und nothwendig zusammengehören, so können sie doch in der Idee als zwei für die Erscheinung nach verschiedenen Richtungen auseinander laufende Seiten allerdings getrennt, die eine als die höhere, die andere als die niedere betrachtet werden. In dieser Rücksicht können wir dann auch annehmen, daß gewisse Veränderungen entweder vorzugsweise von der einen Seite ausgehen, andere von der andern. Wir fühlen uns zu dieser Annahme um so mehr berechtigt, als jede dieser verschiedenen Seiten ihre eigenen Leiter hat, vermöge deren sie mit der Außenwelt in nähere Verbindung tritt, und durch welche sie sich diejenigen äußeren Potenzen aneignet, deren sie zu ihren Verrichtungen sowohl, als zur Erhaltung des ganzen Organismus bedarf.“<sup>506</sup> In diesem Aufsatz nimmt sich Hohnbaum jedes einzelne Argument von Nasse vor und versucht eine Gegenposition zu entwickeln. Auf die These „Der Seele Eigenthum ist Freiheit“ antwortet Hohnbaum: „Gewisse Kräfte der Seele scheinen zwar im Irren verdrängt, und namentlich scheint die Willenskraft ihre freie Wirksamkeit verloren zu haben. Aber ist denn dadurch wirklich die Freiheit der Seele, als geistige Kraft überhaupt, aufgehoben? Scheinen nicht gerade andere

---

<sup>505</sup> Ebd., S. 453.

<sup>506</sup> Hohnbaum C (1819) Einige Worte über das Verhältniß von Leib und Seele, in Bezug auf des Hrn. Prof. Nasse's Abhandlung: über die Abhängigkeit oder Unabhängigkeit des Irreseyns u.s.w. im dritten Heft des ersten Jahrgangs dieser Zeitschrift. In: Nasse F (Hrsg.): Zeitschrift für psychische Aerzte. Band 3, Heft 1. Leipzig, S. 32.

Seelenkräfte, z.B. die Phantasie bei manchen Irren, in freiere Wirksamkeit zu treten, als im gesunden Zustande? Wäre es denn nicht möglich, daß dieselbe Kraft, die hier als freier Wille sich äußert, dort als freie Einbildungskraft hervorträte?<sup>507</sup>

Für Hohnbaum ist auch der Blödsinn, der bei Nasse noch eindeutig als von körperlichem Ursprung definiert wurde, nicht immer rein somatisch erklärbar. Auf Nasse's Theorie zum Blödsinn antwortet er: „Es giebt angeborenen Blödsinn, der wohl unterschieden werden muß von dem erworbenen. Jener ist wohl immer Folge körperlicher Krankheit, durch kein psychisches Heilmittel zu entfernen, nicht aus Manie und Melancholie entstanden, noch mit ihnen alternierend. Dieser hingegen kann eben sowohl aus körperlichen als aus geistigen Ursachen, z.B. aus übergroßer geistiger Anstrengung, entstehen. Somit steht er eben auch mit beiden Formen des Irreseyns in gleicher Reihe. Aber folgt daraus, daß A und B aus körperlicher Ursache entstehen müssen, weil C einmal daraus entstanden ist?“<sup>508</sup> Die unterschiedlichen Interpretationen der drei Krankheitskomplexe Blödsinn, Manie und Melancholie zeigt eine große Gemeinsamkeit hinsichtlich der Einteilung der psychischen Krankheiten. Eine Einteilung, die an Pinel erinnert, der jedoch anstelle von „amentia“ den Terminus „démence“ verwendet.

Der Zeitgenosse Reil verwendet dagegen eine viergliedrige Systematik, die sich wiederum an Esquirol orientiert. Man kann die Strukturierung von Nasse durchaus als eine konservative, an alten Autoren sich orientierende Einteilung ansehen. „Amentia“, „Mania“ und „Melancholia“ wurden als begrifflich ausreichend empfunden, und jede neue Begrifflichkeit wie Seelenkrankheit, Seelenverwirrung usw. kategorisch abgelehnt. Nasse definiert diese Begrifflichkeit: „Die Seele kann nun aber unfrei, naturwidrig erscheinen, indem entweder Beides, Empfangen und Hinauswirken, in ihr der Aeußerung nach unterdrückt ist; oder wenn sie von einem überwiegenden Trieb zum Hinauswirken auf die Außenwelt fortgerissen, wenn sie als gezwungene äußere Willkühr erscheint; oder endlich, indem sie, ihrer Aeußerung nach, einem regelwidrigen Empfangen, einem gezwungenen Bilden in centraler Richtung unterliegt. Und diese drei Fälle dürften denn eben das Wesen der drei

---

<sup>507</sup> Ebd., S. 43.

<sup>508</sup> Ebd., S. 51.

Hauptformen des Irreseyns ausmachen. [...] Im Blödsinn erscheint die Reproduction der Seelenthätigkeit ergriffen, in der Manie die Irritabilität, in der Melancholie die Sensibilität derselben. [...] Diejenigen, die es lieben, vom Räumlichen hergenommene Begriffe auf die in der Zeit waltende Thätigkeit zu übertragen, könnten in der Melancholie eine krankhaft überwiegende Contraction, in der Manie eine krankhaft überwiegende Expansion, im Blödsinn ein Gleichgewicht der Contraction und Expansion der Seele, jedoch mit geschwächter Kraft beider, zusehen geneigt seyn. [...] Vielleicht gelingt es uns noch, in der Folge dasjenige in der Beobachtung nachzuweisen, was die Alten wenigstens geahnt zu haben scheinen: eine besondere Beziehung jener drei Formen des Irreseyns zu drei ihnen angehörenden Formen des körperlichen Krankseyns.<sup>509</sup>

Nasse vertritt eine Systematik, die in der Romantik zwar nicht als neu, aber dennoch als gängig verstanden werden darf. Selbst sein größter Gegenspieler Heinroth, der eine sehr viel differenziertere Systematik entwirft, entwickelt ein Ordnungssystem aus jeweils drei Gattungen. Die Systematik war auch nicht primär Gegenstand der medizinischen Disputation, vielmehr war es die Auseinandersetzung um die richtigen Ursachen. Hier lagen sich die Somatiker und Psychiker fast kompromisslos gegenüber. Nasse war bestrebt, mit seiner Fachzeitschrift einen versöhnlichen Weg zu beschreiten. Inmitten der unterschiedlichen Forderungen und medizinischen Richtungen versucht er einen Zwischenweg mit der These von den psychischen Beziehungen des Herzens. Mit diesem Ansatz legt er den Grundstock für die psychosomatische Forschung und hebt die Bedeutung der emotionalen Erregung für die psychiatrische Erkrankung hervor. Einen vergleichbaren Ansatz haben wir bei Wilhelm Hauff mit seinem Märchen vom Kalifen Storch gefunden.<sup>510</sup> Die Bedeutung der Emotionalität für die Psychiatrie wird dort metaphorisch

---

<sup>509</sup> Nasse F (1818) Über die Benennung und vorläufige Eintheilung des psychischen Krankseyns. In: ders. (Hrsg.) Zeitschrift für psychische Aerzte. Band 1, 1. Heft. Leipzig, S. 44ff.

<sup>510</sup> Wilhelm Hauff veröffentlichte 1826 in seinem ersten Märchen-Almanach die Geschichte des Kalifen Chassid, der zusammen mit seinem Großwesir ein Zauberpulver erstanden hatte, mit dem sie sich in Tiere verwandeln konnten. Für die Verwandlung war jedoch das magische Wort „mutabor“ (lat. Ich werde verwandelt) notwendig, an das man sich nur ohne Lachen, also ohne Emotionen, erinnern konnte. Da der Kalif und sein Großwesir die Regel nicht befolgten, also lachten, konnten sie sich an das Zauberswort nicht mehr erinnern. Die Folge war, dass sie als Störche weiterleben mussten. Erst durch die Hilfe des Sohnes des Kalifen, der den verantwortlichen Zauberer besiegte, wurde der Zauber wieder aufgehoben.

beschrieben durch das herzhaftes Lachen, das ein (krankhaftes) Vergessen bewirkt.

Für Nasse wird das Herz zum Inbegriff dieser Beziehung und er fügt an: „In allen Sprachen, wenigstens in den bekannteren, bezeichnet der Ausdruck: Herz außer dem Körpertheil, dem man in neuerer Zeit bloß den Umtrieb des Bluts zu seiner Verrichtung zugeschrieben hat, auch noch das psychische Gefühl, mit oder ohne Beziehung dieses letzteren auf das Begehungsvermögen. Die Psalmen so wie Homer's Gesänge, die Büchersprache so wie der gemeine Sprachgebrauch aller jetzigen europäischen Völker geben Zeugnis hiervon.“<sup>511</sup> Als Beweis für seine These führt Nasse die Erfahrung an, die jeder empfindende Mensch in Freude und Angst gemacht hat. Beide Gefühle werden mit klopfendem Herzen wahrgenommen. Er leitet seine These von der Beziehung zwischen Herz und Gefühl nicht nur aus der eigenen subjektiven Erfahrung ab, sondern auch aus Beobachtungen aus der somatischen Medizin: „Besonders wichtig für die Erkenntniß der Beziehung, welche zwischen Herz und Seele stattfindet, ist der entgegengesetzte Fall des eben erwähnten, der nämlich, wo krankhafte Zustände größere oder geringere Störungen des psychischen Lebens nach sich ziehen. Es ist bekannt, daß Verdrießlichkeit, große Empfindlichkeit und Neigung aufzufahren, Angst, Traurigkeit, Schwermuth bis zum Lebensüberdruß, die Begleiter von Herzkrankheiten sind.“<sup>512</sup> In der Weiterentwicklung dieser Theorie werden auch kognitive Fähigkeiten und Einbußen in emotionale Beziehung zum Herzen gestellt. Das Vergessen, bei Wilhelm Hauff ausgelöst durch herzhaftes Lachen, wird bei Nasse zu einem Vergessen aus Angst und Verdruss.

---

<sup>511</sup> Nasse F (1818) Von den psychischen Beziehungen des Herzens. In: ders. (Hrsg.) Zeitschrift für psychische Aerzte. Band 1, 1. Heft. Leipzig, S. 51.

<sup>512</sup> Ebd., S. 56.



## 17 . Die Lokalisationstheorie um 1800

Ein Blick in den ICD-10 Schlüssel verdeutlicht sofort den doppelten Charakter der Alzheimer Demenz als psychiatrische und auch als neurologische Erkrankung. Die Klassifizierung der Krankheit erfolgt sowohl in den F-Kategorien, den Krankheiten der Psyche, als auch in den G-Kategorien, den Krankheiten des Nervensystems. Von Anfang an stand die neurologische Zuordnung dieser Demenz im Blickfeld des Forschungsinteresses. Alzheimer selbst hat bei seinen Untersuchungen an Auguste D. die neurologische Degeneration schon zu Beginn mit vermutet, und daraufhin post mortem histologische Untersuchungen am Gehirn durchgeführt, bzw. durch seinen Oberarzt Franz Nissl durchführen lassen. Auf einer Tagung im September 1894 verteidigt Alzheimer vor über 85 überregional bekannten Psychiatern die These einer Arteriosklerose des Gehirns. Der Psychiater Karl Moeli, Leiter der Berliner Irrenanstalt Herzberge, soll daraufhin sich zu Wort gemeldet haben: „Ich sehe in dieser Krankheitsgruppe mehr eine Form der senilen Gehirnveränderungen. Die hochgradige Amnesie, die eigentümlichen Verwirrtheitszustände rücken sie entschieden der senilen Demenz näher.“<sup>513</sup> Emil Kraepelin ließ sich nicht sofort von einer Arteriosklerose des Gehirns überzeugen und wollte wissen, ob andere Ursachen, wie zum Beispiel Traumata, ausgeschlossen werden könnten. Alzheimer bekam daraufhin Unterstützung von dem Berliner Ordinarius Friedrich Jolly, der ebenfalls überzeugt war von der arteriosklerotischen Demenz.<sup>514</sup>

Dieser kleine Exkurs vermittelt uns einen Eindruck von der Kontroverse um den neurologischen Stellenwert innerhalb des Krankheitskonzeptes Demenz. Die konzeptionelle Herangehensweise an eine neurologisch determinierte Erkrankung lässt sich aus einer Tradition ableiten, deren Ursprünge sich maßgeblich um 1800 in der Generation der Romantik herausgebildet haben. Diese Anfänge können mit der Entstehung des theoretischen Ansatzes in Verbindung gebracht werden, der die Psyche im Gehirn zu lokalisieren suchte.

---

<sup>513</sup> Entnommen aus: Maurer K; Maurer U (1998) Alzheimer: das Leben eines Arztes und die Karriere einer Krankheit. München, S. 88.

<sup>514</sup> Vgl. Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Dresden am 21. und 22. September 1894. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-gerichtliche Medizin 51, 1895, S. 809-812.

Wir können bereits im ausgehenden 18. Jahrhundert die ersten Schritte dieser sog. „Lokalisationstheorie“ beobachten und ein Fundament feststellen, das bis heute in der modernen Neurobiologie Bestand hat. Es sei hier nur kurz angemerkt, dass die Lokalisationstheorie in der gegenwärtigen Demenzforschung wieder bezweifelt wird, dagegen in den bildgebenden Verfahren neurophysiologischer Untersuchungen weiterhin eine wichtige wissenschaftliche Basis darstellt.

Eine nähere Betrachtung der Genese der Lokalisationstheorie um 1800 scheint notwendig zu sein, um ein vollständiges Bild über die vorhandenen konzeptionellen Ansätze zur senilen Demenz zu bekommen. Die ersten Schritte wurden bereits im 17. Jahrhundert vollbracht und sind mit dem Namen Thomas Willis verbunden. Der englische Arzt hat mit seiner 1684 erschienenen Publikation „Cerebri anatome“<sup>515</sup> als Erster den Versuch unternommen, das Gehirn systematisch zu beschreiben und mit Illustrationen zu belegen. Neurologische Untersuchungen basierten bis weit ins 21. Jahrhundert auf einer Art negativen Ausschlussverfahrens, d.h. durch pathologische Schädigungen an Teilen des Gehirns konnte man bestimmte Ausfälle beobachten und damit im Umkehrschluss bestimmte Verhaltensweisen einzelnen Teilen des Gehirns zuordnen. Aus diesem Grunde waren Beobachtungen am Menschen nur nach schweren Unfällen oder Kriegsverwundungen möglich. Thomas Willis stützte seine Ergebnisse auf heute sehr martialisch wirkende Tierversuche, beispielsweise schlug man Nägel durch die Schädelkalotte lebender Tiere, um anschließend die Folgen studieren zu können. So gelang es ihm als Erstem, bestimmte psychiatrische Erkrankungen im Gehirn zu lokalisieren. Die Ergebnisse von Willis waren zwar sehr umstritten, aber sie wurden mit größter Aufmerksamkeit wahrgenommen. Sein Auftreten war von einem großen Charisma begleitet und er genoss hohe Autorität in England. Es sind mehrere Schriften überliefert, in denen Begegnungen mit ihm beschrieben werden, wofür die folgende ein Beispiel sein mag: „His usually friendly and smiling expression changed its character when he first met a patient. He suddenly became a different figure commanding the respect even of maniacs. His piercing eye seemed to read their hearts and divine their thoughts as they formed. In this way he gained control over them which he used as a means of

---

<sup>515</sup> Willis T (1664) Cerebri anatome: cui accessit nervorum descriptio et usus. London.

cure.<sup>516</sup>

Seinen Ruhm verdankte er vor allem der spektakulären Heilung von König Georg III. 1788/89 mit dem Ansatz des sog. „moral management“. Diese Heilung und ihre Wirkung lässt Dörner zu der Schlussfolgerung kommen: „Die nationale Bedeutung Willis‘ gab dem öffentlichen Interesse an der Reform des Irrenwesens im allgemeinen und der Anschauung von der psychischen Genese des Irreseins und vom ‚moral management‘ im besonderen großen Auftrieb. Kaum eine psychiatrische Veröffentlichung, die nicht zumindest auf die Heilung des Königs rekurrierte. Die Ärzte argumentieren nunmehr fast alle von dem Bezugsrahmen ihrer praktischen – privaten oder öffentlichen – Anstaltstätigkeit her, d.h. sie stehen unter dem Druck, Kriterien aktiven, verändernden Handelns anzugeben. Unter den gegebenen Umständen ist das nur möglich, wenn die Krankheitsursachen in der Psyche festgemacht werden.“<sup>517</sup> Die Psyche wiederum ordnet Willis dem Gehirn zu und legt damit den Grundstein für ein neurologisches Verständnis psychiatrischer Krankheitsbilder.

Im deutschsprachigen Raum wurde dieser neurobiologische Ansatz u. a. von Albrecht von Haller mit seiner Theorie der „Irritabilität“ verfolgt. Die noch sehr junge Neurophysiologie verabschiedete sich jedoch damit auch schon von der „Lokalisationstheorie“, denn Albrecht von Haller entwickelte den Grundstock für eine „Äquipotenztheorie“<sup>518</sup> des Gehirns. Es wäre sicherlich interessant, in einem gesonderten Beitrag den Versuch zu wagen, die „Äquipotenztheorie“ mit einigen gegenwärtigen theoretischen Ansätzen der Demenzforschung zu vergleichen, für diese Arbeit jedoch ist die Entwicklung bis hin zu Gall bedeutsam, der im ausgehenden 18. Jahrhundert in Abgrenzung zu Haller zur Lokalisationstheorie zurückkehrt. Der Weg zur Lokalisationslehre führt aber zunächst über Samuel Thomas Soemmerring und die durch ihn bewirkte Renaissance der mittelalterlichen „Ventrikellehre“.

Der Ventrikellehre gebührt in der geschichtlichen Betrachtung der Demenz

---

<sup>516</sup> Anonymus (1796) Détails sur l'établissement du docteur Willis pour la guérison des Aliénés. In: Bibliothèque Britannique, Littérature. Genf, S. 538.

<sup>517</sup> Dörner K (1999) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. (2. Aufl.) Frankfurt/Main, S. 80.

<sup>518</sup> Vgl. hierzu Larink W (2011) Bilder vom Gehirn. Bildwissenschaftliche Zugänge zum Gehirn als Seelenorgan. Berlin, S. 332.

eine spezielle Aufmerksamkeit. Ihren Ursprung finden wir um 400 n. Chr. in den Schriften des Bischofs Nemesius von Emesa aus Phönizien. Überliefert ist ein einziges Werk von ihm, das uns auch nur einen vorsichtigen Einblick in seine Biographie und sein Lebenswerk vermittelt. In „Über die Natur des Menschen“, so der Titel des Buches, werden auch medizinische Erkenntnisse angesprochen. Sein Ansatz einer Ventrikellehre lässt bereits eine frühe Vorstellung erkennen, das vernünftige Seelenleben im Gehirn zu lokalisieren. In Analogie zur christlichen Trinitätslehre ordnet Nemesius die intrazerebralen Hohlräume in drei Kategorien, den vorderen, den mittleren und den hinteren Ventrikel. Im vorderen Bereich siedelt er die Wahrnehmung und Phantasie an, dem mittleren werden Vernunft und Denken zugeordnet und der hintere Bereich ist für die Gedächtnisleistungen verantwortlich. „Dass er den verschiedenen Vermögen“, so Martin Streck, „unterschiedliche Regionen im Gehirn als Ort zuweist, ist zunächst auf seine medizinische Bildung zurückzuführen. Aber es ist nicht zufällig, sondern entspricht seiner Konzeption des Menschen, der in dem Gesamt der Welt die Aufgabe hat, Geist und Materie in Harmonie miteinander zu verbinden, und der deshalb auch in sich ein Mikrokosmos ist, dessen innere Funktionen Materielles und Geistiges verbinden.“<sup>519</sup> In der arabischen Literatur des 10. Jahrhunderts erfährt diese Erkenntnis eine spannende Wendung durch den Arzt Ali ibn Abbas al-Majusi, der eine frühe Verbindung zwischen organischer Psychopathologie und der Ventrikellehre herstellt. Demzufolge soll im posterioren Ventrikel nicht nur das Gedächtnis sondern auch das Vergessen lokalisiert sein.<sup>520</sup>

Im 17. Jahrhundert waren die physiologischen Erkenntnisse so weit fortgeschritten, dass die zerebralen Hohlräume nicht mehr weiter als Träger von Hirnfunktionen angesehen werden konnten. Und dennoch bewegt sich Soemmerring im ausgehenden 18. Jahrhundert wieder auf die Ventrikellehre zu. Diese Rückbesinnung basierte nicht auf Unwissenheit oder auf einer esoterischen Verklärung vergangener Theorien, vielmehr war sie ein Beitrag auf der Höhe der wissenschaftlichen Forschung. Was also bewegte Soemmerring dazu, mit dem Wissen des 18. Jahrhunderts auf die

---

<sup>519</sup> Streck M (2005) Das schönste Gut. Der menschliche Wille bei Nemesius von Emesa und Gregor von Nyssa. Göttingen, S. 27.

<sup>520</sup> Vgl. hierzu Karenberg A; Förstl H (2003) Geschichte der Demenz und der Antidementiva. In: Förstl H (Hrsg.) Antidementiva. München, S. 19.

mittelalterliche Ventrikellehre zurückzugreifen? Die Intention scheint ganz offensichtlich zu sein und deutet sich bereits im Titel seines Werkes an: „Über das Organ der Seele, eine Verknüpfung der Physiologie mit der Psychologie“. Diese Publikation erregte 1796 bei ihrem Erscheinen viel Aufmerksamkeit und spaltete die akademische Nation. „Keine Schrift Soemmerrings“, so Peter McLaughlin, „hat so schnell so viel Aufsehen unter den Gelehrten Deutschlands erregt wie sein Organ der Seele. Kein Geringerer als Immanuel Kant hat ein Nachwort zu dem Buch beigezeichnet. Als Soemmerring schon Monate vor dem Druck seinem Korrespondenten Goethe Andeutungen über den Inhalt machte, wußte Goethe bereits die Hauptpunkte – und zwar von Schiller, der seinerseits von Wilhelm von Humboldt bestens informiert war, der wiederum das Buch im Manuskript beim Verlag zu lesen bekommen hatte. Heinse war vom Inhalt begeistert, Hölderlin schickte Soemmerring zwei Kurzgedichte für sein Handexemplar; Humboldt schmunzelte, Schiller schüttelte nur den Kopf. Die allgemeine Reaktion war insgesamt negativ.“<sup>521</sup>

Goethe schrieb gar an Soemmerring einen belehrenden Brief mit unverhohlener Kritik: „Wenn ich sagen soll, so scheint es mir, sie haben Ihren trefflichen Beobachtungen, und der Zusammenstellung so mancher Erfahrungen und Kenntnisse, durch den Titel und durch die Methode, die sie gewählt haben, geschadet, bei jenem stutzt der Physiolog und Philosoph, und diese, sobald sie bei solchen Gegenständen dogmatisch ist, erweckt sie Mißtrauen, und jedermann ist sogleich auf seiner Hut. Eine Idee über Gegenstände der Erfahrung ist gleichsam ein Organ, dessen ich mich bediene, um diese zu fassen, um sie mir eigen zu machen. Die Idee kann mir bequem sein, ich kann Andern zeigen, daß sie es ihnen auch sein werde: aber es läßt sich nach meiner Vorstellungsart nur sehr schwer, und vielleicht gar nicht beweisen, daß Sie wirklich mit den Objecten übereinkommen und mit Ihnen zusammentreffen müsse. Hätten Sie die Philosophen ganz aus dem Spiele gelassen, ihr Wesen und Treiben ignoriert und sich recht fest an die Darstellung der Natur gehalten, so hätte niemand nichts einwenden können, vielmehr hätte jeder Ihre Bemühungen unbedingt verehren müssen. Hätte ich

---

<sup>521</sup> McLaughlin P (1985) Soemmerring und Kant: Über das Organ der Seele und den Streit der Fakultäten. In: Mann G; Dumont F (Hrsg.) Samuel Thomas Soemmering und die Gelehrten der Goethezeit. Stuttgart, S. 191.

zu rathen gehabt, so hätten Sie das Werk überschrieben von Hirnenden der Nerven, hätten, nach einer kurzen Einleitung, mit dem 6ten Paragraph angefangen und hätten ihre treffliche Darstellung bis zum 26ten verfolgt.<sup>522</sup> Trotz der Kritik wird erkennbar, wie sehr Goethe den anatomischen Sachverstand Soemmerrings schätzte, jedoch nur seine Schlussfolgerungen ablehnte.

Die Schrift hebt sich durch eine exakte Deskription der Morphologie des menschlichen Gehirns sowie der Darstellung der einzelnen Hirnwindungen hervor. Bevor er zu seiner These einer angenommenen Lokalisation des Seelenvermögens kommt, geht Soemmerring auf die einzelnen Hirnnerven ein und beschreibt ihre Verläufe innerhalb des Gehirns. Am Beispiel des Hörnervs wird die Dramaturgie seiner Argumentationsstrategie besonders deutlich: „An diesem Hirnnervenpaare wenigstens zeigt uns die Natur also selbst unwidersprechlich klar und deutlich die äußerste wahre Endigung eines Nervenpaares, das wahre Aufhören desselben, die wahre Gränze desselben im Hirne. – Da man aber mit gleichem Grunde sagen kann: Der Hörnerven geht zum Hirne, als: Der Hörnerven kommt vom Hirne, so läßt sich dieser Satz auch so ausdrücken: An diesem Hirnnervenpaare wenigstens zeigt uns die Natur selbst klar und deutlich den ersten – äußersten - wahren Anfang und den wahren Ursprung eines Nervens – oder die eigentlichen, die ersten, die geendigten, die äußersten Würzelchen desselben im Hirne.“<sup>523</sup> Diese Ursprünge der Hirnnerven stehen mit den Flüssigkeiten der Hirnhöhlungen, den sog. Ventrikeln, in Verbindung. Soemmerring vermutet nun, dass diese Flüssigkeiten eine physiologische Aufgabe haben, jedoch immer unterschiedlich, je nach Funktion des Gehirnnervs. Beim Hörnerv folgert er beispielsweise: „Folglich da dieses die wahren letzten Hirnendigungen des Hirnnervenpaares sind, die mit der Flüssigkeit der Hirnhöhlen in Berührung stehen; so läßt sich auch nichts anders denken, als: Daß die mittelst der Hirnorgane im Hörnerven erfolgenden – erregten – oder bewirkten Bewegungen, falls sie weiter als diese soliden Endigungen fortgepflanzt werden oder sich erstrecken, sich der Flüssigkeit in der Vierten Hirnhöhle

---

<sup>522</sup> Goethe JW von (1892) Briefe. In: Goethes Werke, Abt. IV, Bd. 11. Weimar, S. 175.

<sup>523</sup> Soemmerring ST von (1796) Über das Organ der Seele. Königsberg, S. 19.

mittheilen, oder in selbige übergehen müssen.“<sup>524</sup>

Bei der morphologischen Beschreibung der Gehirnanatomie verfolgt er einen ungebrochenen induktiven Ansatz, wechselt dann aber die Ebene und interpretiert rein deduktiv weitere Funktionen der Hirnhöhlen: „Nehmen wir als ausgemacht an, daß es eine Gemeinschaftliche Empfindungsstelle (Sensorium commune) giebt; und daß solche sich im Hirne findet so – glaube ich – läßt es sich wahrscheinlich machen, wo nicht beweisen: Daß dies Sensorium commune in der Feuchtigkeit der Hirnhöhlen (Aqua Ventriculorum Cerebri) bestehe, oder in der Feuchtigkeit der Hirnhöhlen sich finde, oder wenigstens in der Feuchtigkeit der Hirnhöhlen gesucht werden müsse, kurz: daß die Flüssigkeit der Hirnhöhlen das Organ desselben sey.“<sup>525</sup> Mit dem Ausdruck „Sensorium commune“ nähert er sich seiner Theorie, dass in der Feuchtigkeit der Ventrikel das Seelenleben sowie die kognitiven Fähigkeiten anzunehmen sind. „Je feuchter ein Gehirn ist, umso besser ist das Gedächtnis und die Lernfähigkeit ausgeprägt.“<sup>526</sup> Die hohe Lernfähigkeit bei Kindern bringt er mit der besonders hohen Feuchtigkeit ihrer Hirnhöhlen in Verbindung und kommt zu der These: „Beobachtet man gut organisirte Kinder, von ihren ersten Lebensjahren an bis in die Jahre der Mannbarkeit, mit Aufmerksamkeit und Nachdenken, in Rücksicht der Entwicklung und Ausbildung ihrer Seelenkräfte: so wird man – wenn ich nicht sehr irre – offenbar wahrnehmen: Daß Kinder in ihren ersten Lebensjahren verhältnismäßig weit mehr, als in den folgenden, merken, behalten, lernen, vergleichen, urtheilen; – und: daß, wenn manche Kinder in dem Verhältnisse fortfahren sollten, indem sie anfangen, sie Riesen am Verstande werden müßten; gerade so, wie sie Riesen am Körper werden müßten, wenn ihr Körper nur bis in’s zwölfte Jahr in dem Verhältnisse zunähme, in welchem er im ersten Monate nach der Geburt oder selbst im ersten Jahre zunimmt. [...] In Ansehung des materiellen Baues des Hirns finde ich aber keinen auffallendern Unterschied, als daß das Kinderhirn feuchter, gewiß also auch die Flüssigkeit der Hirnhöhlen dünner, beweglicher, zur Wirkung und Gegenwirkung geschickter ist.“<sup>527</sup> Diese positive Beschreibung lässt auch im Umkehrschluss die Ableitung zu, den Verlust an kognitiven

---

<sup>524</sup> Ebd., S. 20.

<sup>525</sup> Ebd., S. 31.

<sup>526</sup> Oeser E (2002) Geschichte der Hirnforschung. Darmstadt, S. 103.

<sup>527</sup> Soemmerring ST von (1796) Über das Organ der Seele. Königsberg, S. 53.

Fähigkeiten mit der Verhärtung und dem Austrocknen der Ventrikel zu begründen.

Soemmerring holt sich Schützenhilfe bei von ihm anerkannten Experten und bezieht sich zunächst auf François-Emmanuel Fodéré: „Beweist dies nicht auch die gegenseitige, eben so wichtige, mit meinem Satze so schön harmonirende Beobachtung von Foderé, welcher ‚in Kretinen‘ (die bekanntlich durch den äußersten Abgang von Geisteskräften sich auszeichnen) ‚weniger und auffallend hartes Hirn‘ antraf? – Hartes Hirn aber ist dasjenige, das wenigere Feuchtigkeit hat.“<sup>528</sup> Aufbauend auf dieser Theorie bekräftigt Soemmerring seinen Ansatz mit einer weiteren Expertenaussage und geht dabei auf weite Teile der psychiatrischen Krankheitsbilder ein: „[...] ‚Ist irgend‘ – sagt Greding – ‚ein Theil bei der Melancholie, Raserei, Blödsinn, Fallsucht, mehreren und größern Veränderungen unterworfen: so ist es wohl die Gefäßhaut zugleich mit der Spinnwebenhaut des Hirns.‘ ‚Unter 216 solchen Personen fanden sich 162, bei welchen die Gefäßhaut außerordentlich verdickt und schleimig war: doch bei einigen mehr, bei andern merklich weniger.‘ [...]“<sup>529</sup>. Die Argumentationsstruktur ähnelt bereits sehr einer evidenzbasierten Statistik, deren Ergebnissen zufolge dementielle Auffälligkeiten lokalisiert und begründet werden können. Hier werden die Ansätze einer neurophysiologischen Vorstellung der Psyche erkennbar, auf die Alzheimer hundert Jahre später konzeptionell zurückgreifen kann und wird. „Eine Nervenkraft“, so Olaf Breidbach, „ist nur dann als physiologische Funktion akzeptabel, wenn sie auf ihre physikalisch-chemischen Grundcharakteristika zurückgeführt ist. Die Lokalisierung einer Funktion impliziert ihre Darstellbarkeit im Vokabular der Physik. Damit ist das Konzept einer Materialisierung des Ichs schon mit der Vorstellung eines Seelenorgans gegeben.“<sup>530</sup>

Ein weiterer Baustein für die Entwicklung der Lokalisationstheorie ist mit dem Namen Johann Kaspar Lavater verbunden. Der Schweizer Pfarrer und Philosoph entwickelte im ausgehenden 18. Jahrhundert eine Theorie, die anhand der Physiognomie eines Menschen auf dessen Charakter schließen

---

<sup>528</sup> Ebd., S. 54.

<sup>529</sup> Ebd., S. 56.

<sup>530</sup> Breidbach O (1997) Die Materialisierung des Ichs: zur Geschichte der Hirnforschung im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt/Main, S. 64.



lassen sollte. Ein Ansatz, der Grundlage für die spätere Rassentheorie im ausgehenden 19. Jahrhundert werden sollte, und den die faschistische Ideologie des 20. Jahrhunderts als Begründung für Genozide instrumentalisierte. Um 1800 bestand jedoch noch eine andere Konnotation und Lavater entzündete eine Welle der Begeisterung. Es wurde schick, sich für die Physiognomie des Anderen zu interessieren und sich damit zu beschäftigen, fast gleichzeitig war eine neue Mode entstanden: die des Silhouettenschnitts. Auch Goethe ließ sich anfänglich von Lavaters Theorie mitreißen, nahm aber später Abstand davon und räumte lediglich spezifische Physiognomien als Folge von Krankheiten ein. Diese Vorstellung, dass Krankheiten zu einer eigenen Ikonographie des Gesichtsausdrucks führen, eröffnet in der bildenden Kunst den Freiraum, psychiatrisch erkrankte Menschen darzustellen, u.a. Menschen mit seniler Demenz.

Mit der sog. „Kranioskopie“, die in der wissenschaftlichen Literatur heftig umstritten und kritisiert wurde, versuchte Franz Joseph Gall, den Ansatz von Lavater weiterzuentwickeln. Einen Eindruck vom Grad der Auseinandersetzung erfahren wir aus einem seiner überlieferten Briefe: „Sie nennen mich einen Kranioskopen, und meine aufgestellte Wissenschaft eine Kranoskopia. Allein fürs erste sind mir alle gelehrten Wörter zuwider; fürs zweite ist das nicht der Titel, der mir gebührt, und der mein Gewerbe gehörig bezeichnet. Der Gegenstand meiner Untersuchung ist das Hirn; der Schedel ist es nur in so fern, als er ein getreuer Abdruck der äußern Hirnfläche ist und folglich nur ein Theil des Hauptgegenstandes.“<sup>531</sup> Gall schaffte es primär mit seinen Vorlesungen, die er bei ausgedehnten Reisen durch Europa hielt, publikumswirksam seine Theorien zu verbreiten. Die Auswirkung seiner phrenologischen Lehre im 19. Jahrhundert vergleicht der Medizinhistoriker Ackerknecht mit dem Einfluss der Psychoanalyse im 20. Jahrhundert. „We cannot leave psychiatry without saying a few words concerning the impact of F. J. Gall (1758-1828) on the contemporaries. Phrenology, the doctrine of bumps, which was the brain physiology of this first-rate brain anatomist, was certainly at least as influential in the first half of nineteenth century as

---

<sup>531</sup> Gall FJ (1798) Des Herrn Dr. F. J. Gall Schreiben über seinen bereits geendigten Prodomus über die Verrichtungen des Gehirns der Menschen und der Thiere, an Herrn. Jos. Fr. von Retzer. In: Wieland CM (Hrsg.) Der Neue Teutsche Merkur. Dritter Band. Weimar, S. 330.

psychoanalysis was in the half of twentieth.”<sup>532</sup>

Seinen Ansatz, im Gehirn die geistigen Eigenschaften zu lokalisieren, veröffentlichte Gall zum ersten Mal 1791<sup>533</sup> und formulierte in diesem Buch bereits die allgemeinen Grundsätze seines Lebensthemas. Auch wenn sich Gall später von seinem Erstlingswerk distanziert hat, so lässt sich aus historischer Perspektive sagen, dass die Basis für seine Thesen bereits erkennbar war. In einem Brief an Nanette und Andreas Streicher schreibt er 1826 mit einem selbstbewussten Ton über seine Erstpublikation: „Es enthält viel genialische Ideen, daß es Stoff zu großen Arbeiten darbiethet. Es enthält aber auch so viele Irrthümer in medizinisch praktischer Hinsicht, was ich jetzt ganz erkenne und noch Überbleibsel unserer ehemaligen Lehre sind, daß ich fast wünschen muß, vielleicht zum Heil manches Krancken, daß dieses Buch mit mehreren Bibliotheken gleicher Art den Flammen übergeben werde.“<sup>534</sup>

Galls Grundüberlegungen bestanden in der Annahme, dass die geistigen Fähigkeiten im Gehirn zu lokalisieren und die Schädelproportionen in Zusammenhang mit Psyche und Geist zu betrachten seien. Vier Grundthesen, die in seinem ersten Werk bereits formuliert waren, bildeten auch später die Grundlage seiner Organologie: erstens, dass seelische und geistige Eigenschaften angeboren seien; zweitens, dass die Funktion dieser Eigenschaften von den materiellen Bedingungen abhängig sei; drittens, dass das Gehirn Sitz aller geistigen und seelischen Tätigkeiten sei; und viertens, dass das Gehirn sich zusammensetzt aus der Anzahl der notwendigen Eigenschaften der Seele und des Geistes.<sup>535</sup> Dieses Assoziieren von Psyche und Somata erlaubt es dennoch nicht, Gall unter die Somatiker der Psychiatrie um 1800 zu subsumieren. „Nach Gall“, so Sigrid Oehler-Klein, „bestand eine kausale Beziehung zwischen Gehirnorganen und dem, was die Persönlichkeit des Menschen ausmachte. Gerade hierdurch unterschied sich Galls System radikal von anderen den Zusammenhang von Psyche und Physis erklärenden

---

<sup>532</sup> Ackerknecht EH (1967) *Medicine at the Paris Hospital 1794-1847*. Baltimore, S. 172.

<sup>533</sup> Gall FJ (1791) *Philosophisch-Medicinische Untersuchungen über Natur und Kunst im kranken und gesunden Zustand des Menschen*. Wien.

<sup>534</sup> Entnommen aus: Neuburger M (Hrsg.) (1917) *Briefe Galls an Andreas und Nannette Streicher*. In: *Archiv für Geschichte der Medizin* 10, S. 45.

<sup>535</sup> Gall FJ (1979) *Franz Joseph Gall, 1758-1828, Naturforscher und Anthropologe*. *Ausgewählte Texte*, (Hubers *Klassiker der Medizin und Naturwissenschaften*) eingeleitet, übersetzt und kommentiert von Erna Lesky. Bern, S. 19.

Theorien gegen Ende des achtzehnten Jahrhunderts. Diese erkannten zwar auch Abhängigkeiten zwischen der Organisation des Gehirns und gewissen seelischen Vermögen, aber keine nach der prinzipiellen Organisationshöhe und nach der relativen Größe der Hirnorgane gestufte Personalität. Gall formuliert den Gedanken eines psycho-physischen Verbundsystems, in dem er das Gehirn als Aggregat einzelner Organe definierte. Das Gehirn betrachtete er nicht mehr als bloßes Werkzeug einer einfachen Seele, welches in seiner Integrität die Einheit des Ichs zu garantieren vermochte.<sup>536</sup>

Um 1800 intensivierte Gall seine Studien im sog. Narrenturm der Wiener Irrenanstalt. Er fing an, die Schädel zu messen und glaubte einen Zusammenhang herstellen zu können zwischen der Schädelform und dem Charakter sowie den geistigen Fähigkeiten eines Individuums. Mit dieser Schädellehre erwarb er seinen größten Ruhm. „Bekanntlich lag Galls Popularität“, so Michael Hagner, „in dem Teilstück seiner Lehre begründet, daß die Ausprägung bzw. Wölbung der Hirnoberfläche auch die Schädelform bestimme, wodurch eine Korrelation zwischen dieser und den geistigen Eigenschaften ermöglicht wurde. Doch zunächst einmal unabhängig von der vor allem in England und Amerika so populär gewordenen Phrenologie und von dem beliebten Gesellschaftsspiel, sich gegenseitig die Schädel nach Höckern abzutasten, waren die Implikationen von Galls Lehre viel zu ernst, um auf der Ebene sensationsheischender Scharlatanerien reflektiert zu werden. Gall hatte eine breite Palette von wissenschaftlichen Methoden zur Ausfüllung seines Forschungsprogramms aufgezählt, die sämtlich zum seriösen Kanon damaliger Wissenschaften gehörten.“<sup>537</sup>

Neben seinen wissenschaftlichen Publikationen versuchte er vor allem durch Vorlesungen sein Publikum zu erreichen. Bereits seit 1796 begann er neben der ärztlichen Tätigkeit mit Privatvorlesungen, die er zunächst vor kleinen Zirkeln in den Räumen seines Wohnhauses hielt. Auch mit Aufsätzen in Magazinen

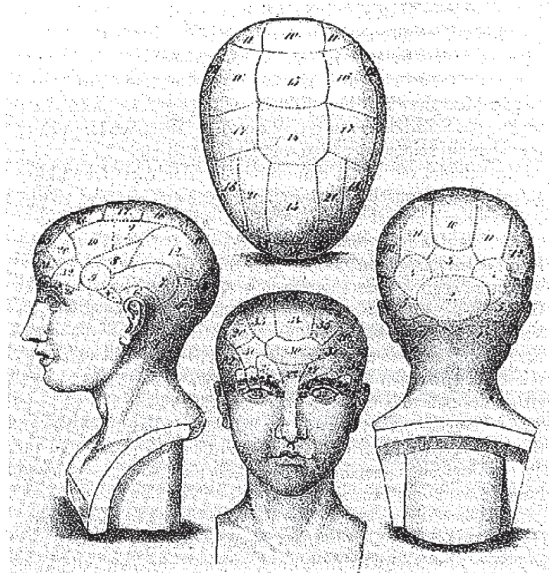
---

<sup>536</sup> Gall FJ; Spurzheim JK (2001) Untersuchungen ueber die Anatomie der Nervensystems ueberhaupt, und des Gehirns insbesondere. Ein dem französischen Institut überreichtes Mémoire. Nebst dem Berichte der H.H. Commissaire des Institutes und den Bemerkungen der Verfasser über diesen Bericht (1809). Mit einer Einleitung herausgegeben von Sigrid Oehler-Klein. Hildesheim, S. XVI.

<sup>537</sup> Hagner M (1994) Aufklärung über das Menschenhirn. Neue Wege der Neuroanatomie im späten 18. Jahrhundert. In: Schings HJ (Hrsg.) Der ganze Mensch. Anthropologie und Literatur im 18. Jahrhundert. DFG-Symposium 1992. Stuttgart, S. 159.

und Zeitschriften wandte er sich an eine kulturelle Öffentlichkeit, so verbreitete er beispielsweise seine Ansichten im „Teutschen Merkur“ mit folgender Zielsetzung: „Im Ganzen geht mein Zweck dahin: die Verrichtungen des Hirns überhaupt, und seiner Bestandteile insbesondere zu bestimmen; dass man in der That mehrere Fähigkeiten und Neigungen aus Erhabenheiten und Vertiefungen am Kopfe oder Schedel erkennen kann, und die wichtigsten Wahrheiten und Folgerungen, welches sich hieraus für die Arzneywissenschaft, für die Sittenlehre, Erziehung, Gesetzgebung u.s.w. und überhaupt für die nähere Menschenkenntnis ergeben, einleuchtend vorzutragen.“<sup>538</sup>

Gall steht durchaus in der Tradition der klassischen Autoren, geht aber mit



- Empfindungen
- I. Triebe:* 1. Geschlechtstrieb – 2. Trieb der Kinderliebe – 3. Einheitstrieb – 4. Anhänglichkeitstrieb – 5. Bekämpfungstrieb – 6. Zerstörungstrieb – 7. Nahrungstrieb – 8. Verheimlichungstrieb – 9. Erwerbstrieb – 10. Bautrieb
- II. Gefühle:* 10. Selbstachtung – 11. Beifallsliebe – 12. Vorsicht – 13. Wohlwollen – 14. Ehrfurcht – 15. Festigkeit – 16. Gewissen – 17. Hoffnung – 18. Wunder – 19. Idealität – 20. Unbestimmt – 20. Witz, Fröhlichkeit – 21. Nachahmung
- Verstand
- III. Erkenntnisvermögen:* 22. Gegenstandsinn – 23. Gestaltsinn – 24. Grössensinn – 25. Gewichtsinne – 26. Farbensinn – 27. Ortsinn – 28. Zahlensinn – 29. Ordnungsinne – 30. Thatsachensinn – 31. Zeitsinn – 32. Tonsinn – 33. Sprachsinne – *IV. Denkvermögen:* 34. Vergleichungsvermögen – 35. Schlussvermögen

**Abb. 15: Namen der „Phrenologischen Organe“**

seinen modernen Erkenntnissen darüber hinaus und entwickelt die Theorie der individualisierten Lokalisationstheorie. Erhard Oeser beschreibt diesen Unterschied zu den klassischen Lokalisationstheorien und hebt hervor, es gehe bei Gall „[...] jedoch nicht um die Lokalisation der gemeinsamen Eigenschaften der Seelenkräfte wie Verstand, Gedächtnis, Urteilskraft, Vernunft, Einbildung, sondern um die Lokalisation spezieller Seelenvermögen oder Fähigkeiten, die sich konkret am Verhalten und an den Handlungen einzelner Menschen, aber auch einzelner Tiere beobachten lassen.“<sup>539</sup>

<sup>538</sup> Gall FJ (1798) Des Herrn Dr. F. J. Gall Schreiben über seinen bereits geendigten Prodomus über die Verrichtungen des Gehirns der Menschen und der Thiere, an Herrn. Jos. Fr. von Retzer. In: Wieland CM (Hrsg.) Der Neue Teutsche Merkur. Dritter Band. Weimar, S. 312.

<sup>539</sup> Oeser E (2002) Geschichte der Hirnforschung. Darmstadt, S. 110.

Es ist die Hinwendung von einer allgemeinen Lokalisationstheorie zur individuellen Lokalisationstheorie. Für Gall nimmt die Hirnrinde eine zentrale Rolle ein und er versucht, ihren einzelnen Regionen bestimmte Funktionen zuzuordnen. Die moderne Neurophysiologie ist von diesem Grundkonzept bis heute geprägt und strebt an, mit Hilfe bildgebender Verfahren sämtliche Aktivitäten des Menschen im Gehirn zu lokalisieren. Das dabei entwickelte Bild des Homunkulus lässt sich in Ansätzen bereits bei Gall finden, wie die Abbildung links ahnen lässt.<sup>540</sup>

Historisch betrachtet liegen in diesen neuroanatomischen Studien die größten Verdienste Galls, auch wenn gerade diese Lehre der Lokalisation über Jahrzehnte diskreditiert war. Verursacht hatte dies sein größter Widersacher Pierre Flourens, der die topologische Zuordnung kognitiver Funktionen für komplett absurd hielt und in seinen Studien versuchte, Gall zu widerlegen.<sup>541</sup>

Aus der retrospektiven Betrachtung war Galls größter Irrtum die Schädellehre, die ihm aber zeit seines Lebens den größten Ruhm einbrachte. Das Vorbild für die Physiognomik kann sicherlich bei Johann Caspar Lavater gesucht werden, im Gegensatz zu diesem hat Gall aber immer versucht, die Methode naturwissenschaftlich zu begründen: mit dem Ziel, eine Korrelation zwischen Schädelform und Charakter nachweisen zu können, fing er an, systematisch Schädel zu vermessen. Zu den größten Kritikern der Physiognomik zählt Hegel, der dem gesamten Forschungsansatz jede Wissenschaftlichkeit aberkennt und ihn dem Bereich der Esoterik zuordnet. „Die Physiognomik“, so Hegel, „soll sich aber von anderen schlechten Künsten und heillosen Studien dadurch unterscheiden, daß sie die bestimmte Individualität in dem notwendigen Gegensatze eines Inneren und Äußeren, des Charakters als bewußten Wesens und ebendesselben als seiender Gestalt betrachtet und diese Momente so aufeinander bezieht, wie sie durch ihren Begriff aufeinander bezogen sind und daher den Inhalt eines Gesetzes ausmachen müssen. In der Astrologie, Chiromantie und dergleichen Wissenschaften scheint nur Äußeres auf Äußeres, irgend etwas auf ein ihm

---

<sup>540</sup> Vgl. hierzu Spitzer M; Bertram W (2007) Braintertainment. Expedition in die Welt von Geist und Gehirn. Stuttgart.

<sup>541</sup> Flourens beschäftigt sich in zwei seiner Arbeiten mit der Phrenologie, in beiden kritisiert er grundsätzlich die Thesen Galls. Flourens JPM (1843) Examen de Phrénologie. Paris. Und: Flourens JPM (1863) De la Phrénologie et des Etudes Vraies sur le Cerveau. Paris.

Fremdes bezogen zu sein. Diese Konstellation bei der Geburt und, wenn dies Äußere näher auf den Leib selbst gerückt wird, diese Züge der Hand sind äußere Momente für das lange oder kurze Leben und das Schicksal des einzelnen Menschen überhaupt.<sup>542</sup> Zu Beginn der 19. Jahrhunderts befand sich Hegel mit seiner Einschätzung noch in der Minderheit und sah sich einer Mehrheit gegenüber, die von einer Schädelmanie ergriffen war.

Initiiert durch Galls Theorien wurde das Interesse an der „Cranioskopie“ maßgeblich durch Carl Gustav Carus aufrechterhalten. Der aus Leipzig stammende Künstler, Philosoph und Arzt verkörpert die deutsche Romantik und verlangt in diesem Kontext einer gesonderten Betrachtung. Die entwickelte Lokalisationstheorie um 1800 spielt in der gegenwärtigen neurophysiologischen Forschung wieder eine große Rolle. Am Bernstein Center for Computational Neuroscience an der Berliner Charité werden beispielsweise Untersuchungen durchgeführt, um Wahrnehmungen und Aktivitäten im Gehirn exakt zu lokalisieren.<sup>543</sup> Auch die ätiologischen Forschungen der verschiedenen Demenzen lokalisieren die unterschiedlichen Schädigungen an verschiedenen Stellen im Gehirn.<sup>544</sup> Allerdings lassen einige gegenwärtige Forschungen auch wieder stärker die Denktradition von Albrecht von Hallers „Äquipotenztheorie“ erkennen, derzufolge das Gehirn die Fähigkeit besitzt, beschädigte Partien zu kompensieren.<sup>545</sup> Für die Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz werden Möglichkeiten erprobt, um durch gezielte Übungen verloren gegangene kognitive Fähigkeiten zu kompensieren.

---

<sup>542</sup> Hegel GWF (1979) Werke. Phänomenologie des Geistes. Band 3. Frankfurt/Main, S. 236.

<sup>543</sup> Vgl. hierzu die Internetseite von Prof. Dr. John-Dylan Haynes:

<https://sites.google.com/site/hayneslab/contact>

<sup>544</sup> Vgl. S3 Leitlinie Demenz:

[http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-leitlinie-demenz-kf.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-leitlinie-demenz-kf.pdf), S. 2.

<sup>545</sup> Vgl. hierzu einen Beitrag des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus: Die Reserven des Gehirns wecken. [http://www.uniklinikum-dresden.de/thema-des-monats-archiv/copy6\\_of\\_thema-des-monats](http://www.uniklinikum-dresden.de/thema-des-monats-archiv/copy6_of_thema-des-monats) (zuletzt aufgerufen 27.12.2013).

## 18 . Carl Gustav Carus

Carl Gustav Carus kann als Paradebeispiel für einen Universalgelehrten in der deutschen Romantik angesehen werden, und, folgt man Ricarda Huch, als der „strengste und behutsamste unter den romantischen Denkern“<sup>546</sup>. Der 1789 in Leipzig geborene Arzt, Naturphilosoph und Künstler hat eine Vielzahl von Werken und Bildern hinterlassen und gewährt uns damit einen tiefen Einblick in die romantische Epoche. Carus entwickelte ein umfassendes Verständnis von Lebenskunst, bestehend aus den Bausteinen

Naturwissenschaft, Philosophie, Psychologie, Literatur, Malerei und Musik.<sup>547</sup> In der medizinhistorischen Literatur wird Carus primär als Gynäkologe angeführt, wohingegen sein Name in der Psychiatriegeschichte am Rande auftaucht, obwohl er uns mit seinen Schriften ein für die Romantik typisches Bild von seelenerkrankten Menschen zu vermitteln vermag. In der Nachfolge von Franz Josef Gall hinterlässt Carus eine große Anzahl von Publikationen mit seinen Beobachtungen über das Nervensystem sowie seinen Thesen in der Cranioskopie und der Konstitutionslehre, in denen wir die typischen Vorstellungen aus der romantischen Epoche wiederfinden, die aus heutiger Sicht zum Teil sehr ambivalent wirken.

Noch vor seinem Studium lernt Carus Franz Josef Gall 1805 während einer privaten Vorlesung in Berlin beim preußischen König Friedrich Wilhelm III. kennen. Seine späteren cranioskopischen Schriften leiten sich aus der Tradition der Lokalisationstheorie von Gall ab, auch wenn er die Theorien seines



**Abb. 16: Carl Gustav Carus**

---

<sup>546</sup> Huch RO (1902) *Ausbreitung und Verfall der Romantik*. Leipzig, S. 284.

<sup>547</sup> Vgl. Grosche S (2009) *Lebenskunst, Krankheitskunst, Heilkunst. Novalis in der Medizin von Carl Gustav Carus*. In: Kuhlmann-Hodick P; Spitzer G; Maaz B (Hrsg.) *Carl Gustav Carus - Wahrnehmung und Konstruktion: Katalog zur Ausstellung der Staatlichen Kunstsammlungen Dresden im Semperbau, am Zwinger und im Residenzschloss (26. Juni bis 20. September 2009)*. Berlin, S. 39.

Vorgängers stets als unwissenschaftlich abgelehnt hat. Dennoch verfolgt auch Carus den Gedanken, bestimmte psychische Eigenschaften im Gehirn zu lokalisieren. Um sich diesen Gedanken wissenschaftlich zu nähern, beginnt er mit einer systematischen Sammlung von Schädelmessungen. 1841 veröffentlichte er die Ergebnisse in seinem Werk „Grundzüge einer Neuen und Wissenschaftlichen Cranioskopie (Schädellehre)“<sup>548</sup>.

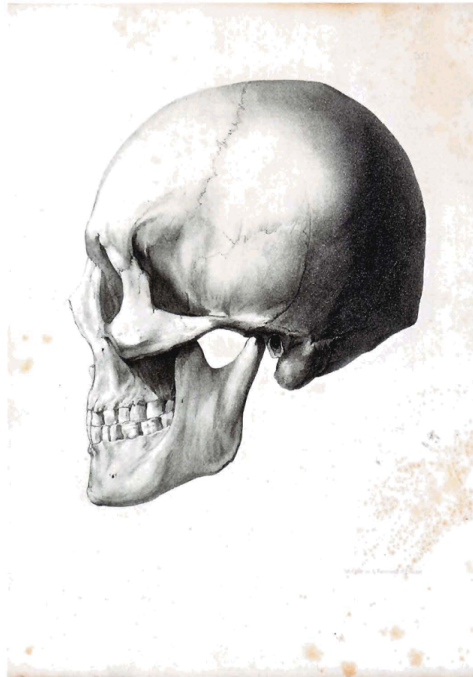
*Tableau de la Mesure des Crânes, en pouces du pied de France, des huit Têtes représentées ici.*

| Name der Person.<br>Nom de la personne. | Vorderhaupt.<br>Sinciput. |                     | Mittelhaupt.<br>Vertèbre du milieu. |                     | Hinterhaupt.<br>Occiput. |                     | Länge der Wirbelbögen.<br>Longueur des vertèbres du crâne. |   |                               | Augen-<br>breite.<br>Largeur<br>de la région<br>des yeux. | Ohren-<br>breite.<br>Largeur<br>de la région<br>des oreilles. |
|---|---------------------------|---------------------|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------|--|---|-------------------------------|---|---|
|   | Höhe.<br>Hauteur.         | Breite.<br>Largeur. | Höhe.<br>Hauteur.                   | Breite.<br>Largeur. | Höhe.<br>Hauteur.        | Breite.<br>Largeur. | Vorder-<br>haupt.<br>Sinciput.                             | Mittel-<br>haupt.<br>Vertèbre<br>du milieu. | Hinter-<br>haupt.<br>Occiput. |   |   |
| Kant.<br>TAF. I.                        | 5" 4"                     | 4" 10"              | 5" 8"                               | 5" 10"              | 4" 7"                    | 4" 2"               | 4" 0"  |   |                               | 4" 3"   | 6" 1½"  |
| Rumohr.<br>TAF. II.                     | 5" 3½"                    | 4" 4"               | 5" 6"                               | 6" 0"               | 4" 1"                    | 4" 8"               |  |   |                               | 4" 3"   | 6" 1"   |
| Tiedge.<br>TAF. III.                    | 5" 3"                     | 4" 2"               | 5" 7"                               | 5" 1½"              | 3" 9"                    | 3" 9"               |  |   |                               | 4" 6"   | 5" 8"   |
| Mumie.<br>TAF. IV.                      | 4" 4"                     | 4" 1"               | 4" 8½"                              | 5" 3"               | 3" 10"                   | 3" 7"               |  |   |                               | 4" 2"   | 5" 0"   |
| Griechen.<br>TAF. V.                    | 4" 9"                     | 3" 0"               | 4" 9"                               | 5" 1"               | 3" 7"                    | 3" 0"               | 4" 3"  | 4" 1"                                       | 3" 7"                         | 3" 9½"  | 4" 6"   |
| Selbstmür-<br>derin.<br>TAF. VI.        | 4" 8"                     | 4" 7"               | 4" 9"                               | 5" 10"              | 3" 11"                   | 3" 6"               | 4" 3"  | 4" 3"                                       | 3" 6"                         | 3" 9"   | 4" 7"   |
| Albrechtin.<br>TAF. VII.                | 4" 5½"                    | 4" 4"               | 4" 6"                               | 5" 3"               | 3" 6"                    | 4" 1"               | 4" 2"  | 3" 8"                                       | 3" 6"                         | 3" 11"  | 5" 2"   |
| Kretine.<br>TAF. VIII.                  | 4" 0"                     | 2" 5"               | 3" 8"                               | 4" 2"               | 3" 1"                    | 3" 0"               | 3" 6"  | 3" 3"                                       | 2" 7"                         | 3" 6"   | 4" 1"   |

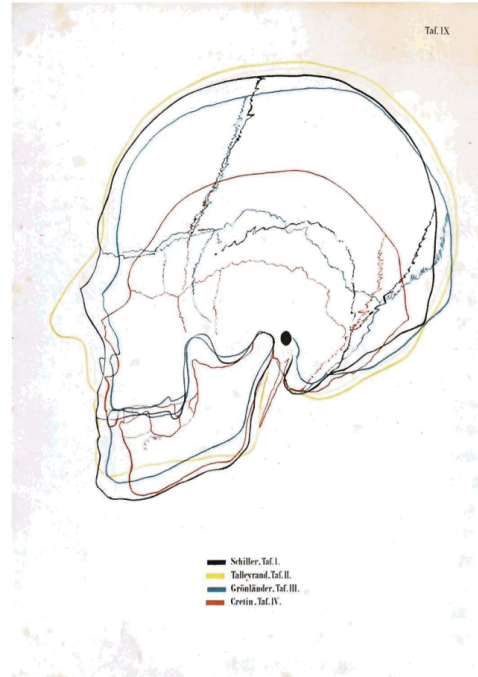
**Abb. 17: Tabelle mit Schädelmaßen**

<sup>548</sup> Carus CG (1841) Grundzüge einer neuen und wissenschaftlich begründeten Cranioskopie (Schädellehre). Stuttgart.





**Abb. 18: Darstellung von Schillers Schädel nach dem Gipsabdruck (Bd. I, Tafel I)**



**Abb. 19: Konturdarstellungen von einem Kopf und drei Schädeln (Bd. I, Tafel IX)**

Carus investierte in diese Arbeit eine Vierteljahrhundert Forschung auf der Grundlage einer Schädeltheorie von Lorenz Oken, der zufolge das Gehirn in drei Bereiche eingeteilt wird mit den jeweiligen Funktionen des Erkennens, Fühlens und Wollens. Im Vorderhaupt vermutet Carus die Intelligenz und damit verbunden die Fähigkeit des Erkennens, in der Mitte um den Mittelhauptwirbel glaubt er das Fühlen ansiedeln zu können, verantwortlich für das Gemütsleben, und im hinteren Bereich des Schädels, dem Hinterhaupt, ist für ihn der Wille lokalisiert.<sup>549</sup>

Carus versucht einen Mittelweg zwischen den Naturwissenschaften und den Geisteswissenschaften einzuschlagen und darauf aufbauend ein Krankheitskonzept zu entwickeln. In seiner systematischen Darstellung der Physiologie schreibt er: „Es bedarf aber der Krankheit gar nicht, den Tod der Individuen herbeizuführen! – es ist oben gezeigt worden, auf welche Weise das Leben das Sterben schon eo ipso involvirt, und da alles individuelle Leben endlich ist, so muß es naturgemäß von selbst erlöschen, sobald seine Idee in

<sup>549</sup> Vgl.: Kuhlmann-Hodick P; Spitzer G; Maaz B (Hrsg.) (2009) Carl Gustav Carus - Wahrnehmung und Konstruktion: Katalog zur Ausstellung der Staatlichen Kunstsammlungen Dresden im Semperbau, am Zwinger und im Residenzschloss (26. Juni bis 20. September 2009). Berlin, S. 274.

ihm zur vollen Erscheinung gekommen ist. Es wäre ein großes Mißverstehen, wenn man annehmen wollte, alle die Millionen Individuen, welche auf Erden stetig vernichtet werden, würden dies durch Krankheit! – das Insekt, welches in Fortbildung seines Lebens den Kreislauf der Säfte verliert und allmählig, von innen vertrocknend, stirbt, der Volvor, welcher dehiscirt, um die inneren Keimkugeln austreten zu lassen, die Pflanze, welche ihre Samen ausstreut und verwelkt, sie erkranken nicht, indem sie sterben. Die Krankheit ist ja überhaupt nicht bloß ein Negatives, ein Aufhören, sonder ein Positives, ein Setzen eines bestimmten, eigentümlichen organischen Lebens. Wie daher bei höhern, den Prozeß der Krankheit erst zur Ausbildung bringenden Individuen die Krankheit oftmals erst das Mittel wird, eine dem Leben Gefahr bringende äußere Einwirkung wieder zu beseitigen und die Gesundheit zu befestigen, ist früher schon sattsam nachgewiesen worden.<sup>550</sup>

Carus geht von einem bio-psychischen Modell der Krankheitslehre aus und die Ursachen werden sowohl im Körperlichen, im Psychischen als auch in den Bedingungen des Umfeldes angenommen. Diese Annahme, dass krankheitsauslösende Faktoren auch im sozialen Umfeld zu suchen sind, macht ihn zu einem frühen Vertreter der Sozialmedizin. 1843 veröffentlicht er eine erste Zusammenfassung dieser Idee mit dem Titel „Einige Worte über das Verhältniß der Kunst krank zu sein zur Kunst gesund zu sein“<sup>551</sup>. Das dargelegte Konzept wird zum Leitmotiv seines Lebens, so dass er im Alter von 74 sich genötigt sah, eine biographische Quintessenz zu publizieren mit dem Titel „Die Lebenskunst nach den Inschriften des Tempels zu Delphi“<sup>552</sup>.

Diese Inschriften befanden sich am Eingang des Apollontempels der Alkmäoniden in Delphi. Der Zutritt zum Tempel erfolgte über den Ostgiebel, der im Vergleich zu seinem westlichen Pendant wesentlich repräsentativer gestaltet wurde. Schon die Auswahl des Materials lässt die unterschiedliche Bewertung der beiden Seiten erkennen: im Westgiebel wurde das eher preiswerte Poros verwendet, wohingegen der Ostgiebel in kostbarem parischen

---

<sup>550</sup> Carus CG (1838) System der Physiologie, umfassend das Allgemeine der Physiologie, die physiologische Geschichte der Menschheit, die des Menschen, und die der einzelnen organischen Systeme im Menschen, für Naturforscher und Ärzte bearbeitet. Band I. Leipzig, S. 318.

<sup>551</sup> Carus CG (1843) Einige Worte über das Verhältniß der Kunst krank zu sein zur Kunst gesund zu sein. Leipzig.

<sup>552</sup> Carus CG (1863) Die Lebenskunst nach den Inschriften des Tempels zu Delphi. Dresden.

Marmor erglänzte.<sup>553</sup> Im Zentrum des Giebels befand sich ein Viergespann, das sich frontal aus dem Giebel heraus dem Nahenden zuwendete. Die Archäologie lässt keinen Zweifel daran, dass Apollon, der Herr des Tempels, sich hier dem Betrachter zeigt. Dem gläubigen Pilger erschienen nicht nur ein üppiges Bildprogramm, sondern auch drei Inschriften, für die religiöse Unterweisung. Diese Inschriften, auf die sich nun Carus bezieht, sind lediglich durch literarische Erwähnungen überliefert und können nicht anhand archäologischer Funde rekonstruiert werden. Die erste Inschrift fordert demnach den Betrachter auf: „Erkenne Dich selbst“, die zweite ermahnt zu: „Nichts im Übermaß“ und die dritte scheint die Antwort des Betrachters vorweg zu nehmen: „Du bist“, gleichsam als Glaubensbekenntnis.

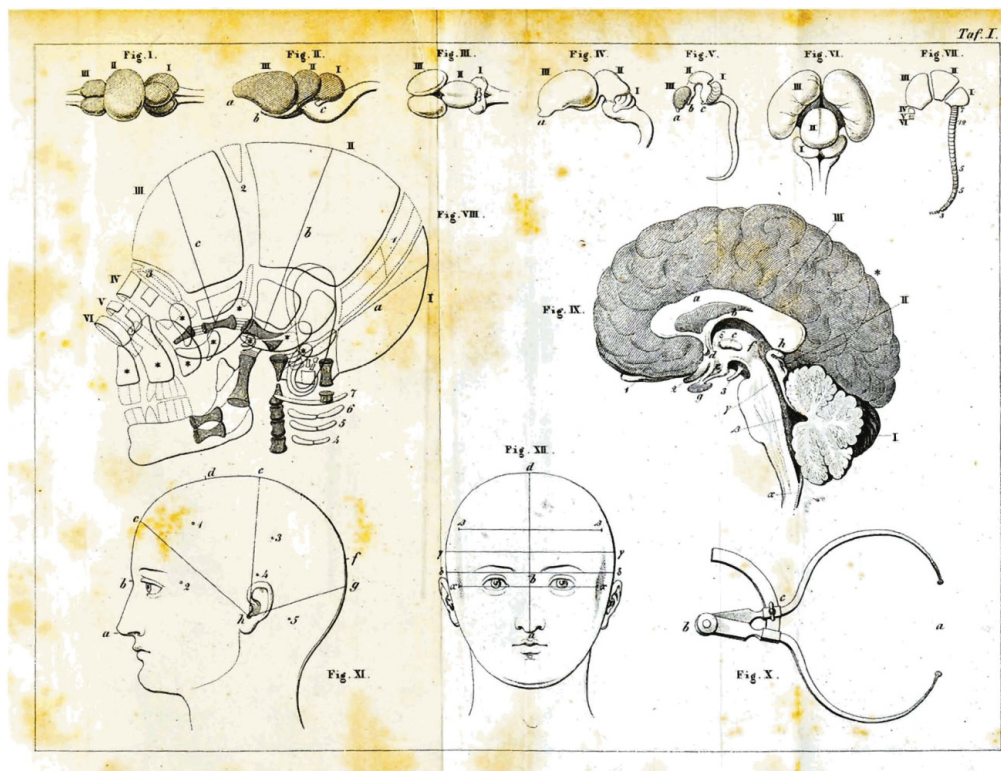
Carus leitet von diesen drei Inschriften eine Philosophie des Lebens und damit verbunden eine Aufforderung zu gesundem Lebensstil ab. Sein Gesundheitsbegriff bezieht sich dabei auf Körper und Seele und fordert gleichsam ein Gleichgewicht aller Bereiche des Lebens ein. In der Formulierung „Erkenne Dich selbst“ liegt ihm zufolge die Aufforderung, die eigenen Potentiale, aber auch die eigenen Grenzen zu erkennen. Hinter diesem Gebot verbirgt sich allerdings auch die Kantsche These von der selbstverschuldeten Unmündigkeit. Carus Äußerungen spannen jedoch einen Bogen, der den religiösen Auftrag mit einbezieht. So folgert er: „Mit diesen Worten wird demnach die ungeheure Tragweite des: ‚Erkenne Dich Selbst‘ sogleich vollkommen überblickt werden können. Von einer angemessenen und edlen Selbstführung eines menschlichen Lebens kann schlechterdings nicht die Rede sein, ohne eine klare Erkenntniß desselben, und ohne die möglichste Verständniß der eigenen Individualität, dergestalt, daß freilich auch für immer als einer der humansten Entschuldigungsgründe für viel Verfehltes und Verdorbenes im Leben unzähliger erkenntnißschwacher Menschen, jene erhabenen Worte werden gelten müssen: ‚Vater vergieb ihnen, sie wissen nicht, was sie thun.‘ Ja, in Wahrheit! ‚sie wissen es meistens nicht!‘ sie haben keine Erkenntniß von der Bedeutung des Lebens, sowohl im Ganzen, als im Einzelnen, sie sind wie ein Schiff, dem der verständige Steuermann und sein Compaß fehlt, sie lassen sich auf der Woge des Lebens entweder ganz

---

<sup>553</sup> Vgl. Knell H (1990) Mythos und Polis. Bildprogramme griechischer Bauskulptur. Darmstadt. S, 43.

willenlos umhertreiben, oder sie lenken sich nur nach jedem Sinneseindrucke bald dahin, bald dorthin, und stranden zuletzt entweder geradezu, oder gelangen wenigstens niemals zu einem großen und angemessenen Ziele.“<sup>554</sup>

Die eigene Individualität zu entdecken zählt für Carus zur wichtigen Voraussetzung der physischen und psychischen Gesundheit. „Es ist“, so Albrecht Scholz, „das Bild vom Kreis, in dem jeder Mensch mit seinen Möglichkeiten lebt, den er ausfüllen und ausschreiten soll. Zu wenig oder zu viel macht jedoch krank.“<sup>555</sup> Dies entspricht auch dem zweiten Delphischen Wort „Nichts im Übermaß“. Für Carus ist die zweite Inschrift ein konsequente



**Abb. 20: Schematische Darstellung verschiedener Entwicklungsstufen des Gehirns (Fig. I-VII), Schema der Gliederung des ganzen Kopfskelettes (Fig. VIII), Längendurchschnitt des menschlichen Gehirns (Fig. IX), Tasterzirkel (Fig. X) und Messpunkte am Schädel (Fig. XI-XII)**

<sup>554</sup> Carus CG (1863) Die Lebenskunst nach den Inschriften des Tempels zu Delphi. Dresden, S. 27.

<sup>555</sup> Scholz A (2009) Der Heilplan soll ein Kunstwerk sein. Das Konzept der Krankheit bei Carl Gustav Carus. In: Kuhlmann-Hodick P; Spitzer G; Maaz B (Hrsg.) (2009) Carl Gustav Carus - Wahrnehmung und Konstruktion: Katalog zur Ausstellung der Staatlichen Kunstsammlungen Dresden im Semperbau, am Zwinger und im Residenzschloss (26. Juni bis 20. September 2009). Berlin, S. 31.

Folge des ersten Satzes und er schließt daraus: „Mit diesem Worte treten wir nun zuerst in den eigentlichen Bereich der Lebenskunst selbst; das Vorhergehende konnte nur die Vorbereitung zu derselben genannt werden. Das ‚Nichts zu viel‘ ist die erste Bedingung des Maaßes und das rechte Maaß wieder die erste Bedingung alles Organischen und aller Kunst, als welche Beide dadurch, daß in ihnen jegliches Einzelne genau in das richtige Verhältniß zum anderen gestellt war, eine Idee irgendwie zu verwirklichen im Stande sind.“<sup>556</sup> Diesen zweiten Vorsatz überträgt Carus auch auf das Geistesleben sowie die geistigen Tätigkeiten. Das falsche Maß wird damit zur Voraussetzung für kognitive Einbußen, wenn er sich wie folgt dazu äußert: „Der Kreis unseres Geisteslebens umspannt eine dreifache Richtung, die des Denkens, Fühlens und Wollens, deren jegliche eigentlich nie ganz ohne die andere hervortritt, da der bewußte Geist in jedem Momente nothwendig alle drei gleichzeitig einigt, nur immer so, daß momentan bald die eine, bald die andere vorwaltet, denn nie wird unser Gefühl erregt sein ganz ohne irgend einen Gedanken, ohne irgend einen Willensakt und ein Thun, ebensowenig als wir denken, ohne den Willen gerade in dieser Weise zu denken und ohne irgend ein Gefühl; oder als wir allein wollen können, ohne alles und jedes Gefühl, und ohne Das zu denken, was wir eben wollten.“<sup>557</sup> In dem vom Carus entwickelten Modell ist Krankheit, ob physisch oder psychisch, Ausdruck des Lebenswandels. Aus dieser Theorie heraus kann nur im Dialog mit dem Patienten eine Therapie realisiert werden. Diese Einbeziehung der Compliance macht Carus zu einem modernen Vordenker der Psychiatrie.

Bei der Interpretation des dritten delphischen Satzes „Du bist“ versucht er, den Kreis mit der Religion zu schließen. Mit dem Satz wird die Anerkennung Gottes zum Ausdruck gebracht und er leitet daraus die Notwendigkeit ab, Vertrauen in Gott zu zuzulassen. Es wird immer wieder der Versuch unternommen, einen Zusammenhang zwischen, Gott, Natur und Bewusstsein herzustellen. Wenn Carus in diesem Kontext von der Idee spricht, so scheint er stets die göttliche Idee zu implizieren und setzt sie der Seele

---

<sup>556</sup> Carus CG (1863) Die Lebenskunst nach den Inschriften des Tempels zu Delphi. Dresden, S. 59.

<sup>557</sup> Ebd., S. 107.

bewusstseinsfähiger Organismen gleich.<sup>558</sup> Die Seelenkrankheiten bewusstseinsfähiger Organismen sind nicht immer im Bewusstsein anzusiedeln. Damit folgt Carus einer romantischen Konzeption, die geprägt ist von der Sehnsucht nach dem Unbekannten und dem Unbewussten. In Anlehnung an Ernst Platner<sup>559</sup>, der den Begriff „Unbewusstsein“ zuerst verwendet, greift Carus diesen Terminus auf und baut darauf seine Idee der menschlichen Psyche. Dabei wird immer wieder sein Bestreben erkennbar, eine Analogie zwischen der Theologie, der somatischen Medizin und den psychischen Krankheiten herzustellen. Die Trinität zeigt sich somit in allen Bereichen des Lebens - und damit auch der Krankheiten - und lässt sich als göttliche Idee überall erkennen. Die übliche Gliederung der Geisteserkrankungen in drei Gruppen - Raserei, Wahnsinn und Blödsinn - kommt seinem Denken daher sehr entgegen, er sieht sie denn auch in Analogie zu den somatischen Erkrankungen: „Raserei, Wahnsinn und Blödsinn verhalten sich demnach allerdings ganz wie Fieber, Entzündung und Verbildung, und die Verwandtschaft der entsprechenden Zustände ist unverkennbar.“<sup>560</sup> Dementielle Symptome zählen innerhalb dieses Kontexts zum „Blödsinn“ und dieser ist der somatischen „Verbildung“ gleichzusetzen.

Carus analysiert: „Ganz derselbe Fall ist es mit dem andern Extrem dieser Reihe, dem Blödsinn, bei welchem ebenfalls das Bedingtsein von Zuständen des unbewußten Lebens so recht einleuchtend hervortritt. Dieser traurige Zustand, in welchem das Hirn immer, entweder durch Mangelhaftigkeit erster Bildung, oder durch spätere Krankheit, ein irgendwie verbildetes (verkümmertes, wassersüchtiges, in der Substanz verändertes) geworden ist, kommt eben deshalb auch als ein doppelter vor, indem entweder überhaupt gar kein Strahl des Geistes sich entwickelt hat, oder der schon entwickelt gewesene wieder verdunkelt wurde. Sei indeß das eine oder das andere, allemal wird doch irgendeine Alteration des durch unbewußtes Leben zustande kommenden Hirnbaues hier deutlich erkennbar sein, und so dienen immer auch diese Fälle,

---

<sup>558</sup> Vgl. Felber W (2009) *Ging Carus „Psyche“ auf dem Weg zu Freuds Psychoanalyse verloren? Eine Spurensuche*. In: Kuhlmann-Hodick P; Spitzer G; Maaz B (Hrsg.) (2009) *Carl Gustav Carus - Wahrnehmung und Konstruktion: Katalog zur Ausstellung der Staatlichen Kunstsammlungen Dresden im Semperbau, am Zwinger und im Residenzschloss (26. Juni bis 20. September 2009)*. Berlin, S. 275.

<sup>559</sup> Platner E (1784) *Philosophische Aphorismen nebst einigen Anleitungen zur philosophischen Geschichte*. Teil I. Leipzig, S. 16ff.

<sup>560</sup> Carus CG (1846) *Psyche. Zur Entwicklungsgeschichte der Seele*. Pforzheim, S. 443.

das zu bewahrheiten, was wir früher von den Bedingungen des Bewußtseins überhaupt gesagt haben. – Denn war es auch bereits deutlich geworden, daß die Entwicklung des Bewußtseins und an und für sich genommen, immer nur als ein Wunder erfaßt werden könne, und daß wir nur die Bedingungen, unter welchen dieses Wunder sich begeben, zu ermessen imstande seien, so sehen wir doch hier es nun bestimmt erwiesen dargetan, daß die Kränkung dieser Bedingungen auch sofort die Offenbarung des Geistes hemme, ja oft wirklich aufhebe.<sup>561</sup> Innerhalb der theoretischen Herleitung werden krankheitsbedingte Einbußen des Bewusstseins mit Gehirnorganischen Veränderungen erläutert und somit die Basis für eine neurologische Konzeption der Demenz aufgebaut. Gleichzeitig wird die Pflege der Psyche und des Geistes vorausgesetzt, um den erworbenen Blödsinn prophylaktisch zu verhindern.

Carus streift so mit seinen Theorien moderne Ansätze, greift aber nicht alle Kenntnisse seiner Zeit auf, so dass er insgesamt nicht zu den großen Erneuerern zählt. Auch in seiner künstlerischen Entwicklung ist er ein typisches Kind der Romantik, besitzt jedoch nicht die Kraft und Gabe, mit seinen Arbeiten eine neue Entwicklung einzuleiten. In diesem Sinne verleiht er uns einen Einblick in die Diskussion über Psychiatrie in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Die neurologischen Komponenten werden Ende des Jahrhunderts wieder aufgegriffen und bahnen Alzheimer den Weg für die Erkenntnisse über degenerative Prozesse des Gehirns.

---

<sup>561</sup> Ebd., S. 443f..

## 19 . Vormundschaften und Gutachten im ausgehenden 18. Jahrhundert

Anhand des Beispiels von Ernst Horn stellt sich die Frage nach der gängigen Praxis in Bezug auf Entmündigungen. In Kapitel 3 über die Situation alter Menschen im 18. Jahrhundert ist bereits dargelegt worden, dass viele betagte Menschen ihre finanzielle Situation im Alter dadurch absicherten, dass sie bis zu ihrem Tode im Besitz ihrer Güter und Ländereien blieben. So behielten sie gegenüber der nächsten Generation ein entsprechendes Druckmittel, damit die Nachkommen sie um der Erbschaft willen vernünftig versorgten. Eine derartige Praxis lässt großes Konfliktpotential erahnen. Maren Lorenz schreibt über Vormundschaften in der Aufklärung: „Die Gründe für die Einmischung der Obrigkeit waren vielschichtig und lassen sich nicht immer aus dem vorliegenden Material rekonstruieren. Es konnten Gemeindeinteressen finanzieller oder sicherheitspolitischer Art dahinterstecken oder christlich-paternalistische Fürsorgemotive des gerade entstehenden modernen Wohlfahrtsstaates. Meistens waren es jedoch Angehörige, die angesichts augenscheinlicher Verwahrlosung überlegten, ob eine Person – häufig alte Menschen – noch für sich selbst sorgen, d.h. ihr Vermögen umsichtig verwalten und einen kleinen Haushalt führen konnten.“<sup>562</sup>

Die Stellung der Alten hatte sich nach dem 30jährigen Krieg gesellschaftlich verbessert. Analog dem absolutistischen System des Staates etablierte sich das Modell einer patriarchalischen Autorität des Hausvaters, der bis zu seinem Tode seinem Besitz vorstand. Mit der Aufwertung verbunden war auch ein quantitativer Zuwachs an alten Menschen in der Bevölkerung. Die Weitergabe des Besitzes verlief jedoch nicht immer reibungslos. Aus diesem Grund gab es eine Zunahme an Gutachtertätigkeiten bezogen auf Vormundschaften. Zu den bekanntesten Rechtsmedizinern im ausgehenden 18. Jahrhundert zählte Johann Theodor Pyl. Der in Berlin-Brandenburg tätige Gerichtsmediziner und Stadtphysikus war auch als Herausgeber der Zeitschrift „Aufsätze und Beobachtungen aus der gerichtlichen Arzneywissenschaft“ bekannt.

---

<sup>562</sup> Lorenz M (1999) Kriminelle Körper – Gestörte Gemüter. Die Normierung des Individuums in Gerichtsmedizin und Psychiatrie der Aufklärung. Hamburg, S. 357.



Insgesamt lässt sich beobachten, dass gerontopsychiatrische Symptome kaum im Blickfeld des Interesses standen. Das Diagnostizieren kognitiver Einbußen, zeitlicher und örtlicher Orientierungslosigkeit sowie bedrohlicher Wahnvorstellung, um nur einige Kernsymptome der Demenz aufzulisten, scheint dabei nur marginal eine Rolle gespielt zu haben. Dennoch stoßen wir an einigen Stellen auf Anhaltspunkte für die Beschreibung einer Demenz. Einen möglichen Hinweis auf eine beginnende dementielle Veränderung gibt uns ein Gutachten von Pyl über einen 57jährigen Bäckermeister aus dem Jahre 1789. Darin wird der Mann bereits als alt, äußerst schwach und hilflos beschrieben. Er leide an Unterleibsschmerzen, Schwindelanfällen und an einer großen Schwäche des Verstandes, besonders des Gedächtnisses, so dass eine Vormundschaft gerechtfertigt sei.<sup>563</sup>

Die Alterssenilität scheint ein oft zu untersuchender Anlass für Entmündigungen gewesen zu sein. Mit solchen sog. Verstandesgutachten sollte die Geschäftsfähigkeit des alten Menschen hinterfragt werden. Unter den Aufsätzen von Pyl finden wir den Bericht über die von einem Stettiner Stadtphysikus durchgeführte Untersuchung einer 54jährigen Frau, die entmündigt werden sollte, aber für geistig gesund erklärt wird. Die dort benannten Ausschlusskriterien lassen die Schlussfolgerung zu, dass der „erworbene Blödsinn“ Bestandteil des diagnostischen Spektrums war, mit dem vorwiegend ältere Menschen unter eine gesetzliche Betreuung gestellt wurden. Folgende Passage gibt Auskunft über den Symptomenkatalog einer gerichtlichen Untersuchung: Man erfährt, dass die zu untersuchende Frau „[...] 1.) [...] weder melancholica, noch maniaca, noch fatua, noch stupida in sensu medico legali zu nennen ist; daß aber 2.) ihre Verstandeskräfte insoweit schwach genannt werden müssen, als es ihr an einer guten Erziehung und Ausbildung des Verstandes gefehlt haben mag; dabey scheint ihr 3.) eine Art von übertriebener Gutherzigkeit beyzuwohnen, nach welcher ihr wohl schwerlich eine vernünftige Disposition über das Ihrige zugetraut werden könnte, indem zu befürchten stehet, daß sie an Personen, die ihr nachgehen, schmeicheln oder sich nach ihren Wünschen und Neigungen bequemen, mehr

---

<sup>563</sup> Pyl JT (Hrsg.)(1789) Aufsätze und Beobachtungen aus der gerichtlichen Arzneywissenschaft. Sechste Sammlung, Fall 15. Berlin.

als sie übrig hat weggeben möchte.“<sup>564</sup>

Viele Gutachter glaubten, es sei, um einen objektiven Eindruck zu bekommen, notwendig, zum Schein auf den Betroffenen einzugehen und einsprechende Fangfragen zu stellen. Die Schlussfolgerung von Maren Lorenz zu der üblichen Befragungstechnik muss für das gerontopsychiatrische Klientel durchaus mit gedacht werden: „Was die Verstandesgutachten grundlegend von einer normalmedizinischen Untersuchung unterschied, war allerdings die scheinbar empathische Untersuchungsmethode. Gutachter gingen vordergründig interessiert auf ihnen abwegige Themen ein. Um die Tragweite einer Verirrung zu erfassen, stellten sie Scheinfragen oder provozierten mit vorher recherchierten Themen oder Personen, die emotionale Reaktionen auslösen sollten. Die Arglosigkeit – von Ärzten ‚Treuerzigkeit‘ genannt – bei solchem scheinbaren ‚small talk‘, mit der die Beforschten in einem Kriminalverhör sicher nicht geantwortet hätten, rückte sie in den Augen der Mediziner bereits in die Nähe von kleinen Kindern, die der Allmacht, aber auch dem Schutz der geistig weit überlegenen väterlichen Akademiker unterstellt waren.“<sup>565</sup> Wer sich innerhalb dieser Befragungstechnik gut behaupten konnte, wurde für geistig gesund erklärt. In diesem Sinne berichtet Johann Theodor Pyl über eine geistig besonders vitale 80jährige Frau. Ihr sollte die Geschäftsfähigkeit entzogen werden, doch konnte keinerlei Verwirrung diagnostiziert werden. „Sie beantwortete alle [...] Fragen zusammenhängend und vernünftig, zeigte in ihrem Reden einen guten gesunden natürlichen Verstand und richtige Beurteilungskraft.“<sup>566</sup> Weiter heißt es an einer anderen Stelle: „Eine altersbedingte Gedächtnisschwäche bei komplizierten Rechenvorgängen fiel nicht ins Gewicht, dass sie sehr genau mit ihren Einkünften wirthschaftete und sich im Essen und Trinken kümmerlich behelfe, um nur auszukommen und keine Schulden zu machen, sich auch übrigens sehr vernünftig und ordentlich betrage.“<sup>567</sup>

In den Aufsätzen von Pyl finden sich aber auch Hinweise auf die

---

<sup>564</sup> Pyl JT (Hrsg.) (1784) Aufsätze und Beobachtungen aus der gerichtlichen Arzneywissenschaft. Zweite Sammlung, zweite Abteilung, Fall 8. Berlin.

<sup>565</sup> Lorenz M (1999) Kriminelle Körper – Gestörte Gemüter. Die Normierung des Individuums in Gerichtsmedizin und Psychiatrie der Aufklärung. Hamburg, S. 369.

<sup>566</sup> Pyl JT (1783) Aufsätze und Beobachtungen aus der gerichtlichen Arzneywissenschaft. Dritte Sammlung, Fall 3. Berlin.

<sup>567</sup> Ebd..

Pflegebedingungen dementiell erkrankter im häuslichen Umfeld. Die Schwierigkeit, dementiell veränderte Menschen zu pflegen, zählt auch zu den Herausforderungen moderner Pflegekonzepte. Wenn auch die Trinität „schön, satt und sauber“ heute nicht mehr als ausreichend angesehen wird, so muss davon ausgegangen werden, dass diese Kriterien vor 200 Jahren eine höhere Bedeutung besaßen. Die häufig mit der dementiellen Erkrankung verbundenen Persönlichkeitsveränderungen können durchaus zu trotzigem, oft auch aggressiven Handlungen führen. Die pflegerische Betreuung im häuslichen Umfeld gerät damit an ihre Grenzen. In unserer demographisch sich wandelnden Gesellschaft haben derartige Überforderungen eine gesellschaftliche Relevanz erlangt und werden öffentlich thematisiert. Im ausgehenden 18. Jahrhundert spielte diese Realität für den Stadtphysikus zwar eine wichtige Rolle, um eine Unterbringung in einem Arbeitshaus zu bewirken, wie sich aus den Akten von Pyl ableiten lässt, aber in der öffentlichen Diskussion, schon gar in medizinischen Publikationen, wurde das Phänomen nur marginal thematisiert. Der folgende Fall von Pyl gibt einen Eindruck von derartigen Fällen. Eine 70jährige Witwe „[...] macht unter sich, [...] schlägt auch in einer Art Wuth und griff ihre Tochter an.“ Die alte Frau habe einen „blöden Verstand“, wird diagnostiziert, mit einem extremen Zittern ihrer Extremitäten und einem unsteten Blick. Inkontinenz, kognitive Einbußen, aggressives Verhalten und ein verstärkter Tremor - die alles sind Symptome, die auf eine Parkinsonerkrankung mit einem dementiellen Verlauf hinweisen.

In einem weiteren Gutachten wird der geistige Zustand eines „blödsinnigen Mannes“ untersucht. Ein Auszug aus dem Gutachten mutet wie eine frühe Beschreibung eines an Alzheimer erkrankten Mannes an: „Hierher bemerkte ich aber sehr bald, daß dieser unglückliche Mann bereits sehr an einer überhand genommenen Schwäche und Verwirrung des Verstandes laboriert, welche ihn zu aller vernünftigen und gesetzten Überlegung, so wie zu aller Ordnung und Thätigkeit in seinen Geschäften gänzlich unfähig macht. Er sprach lauter verwirrtes, unzusammenhängendes und im mindestens nicht zur Sache passendes Zeug durcheinander, und ich konnte auf keine Weise von ihm über die gewöhnlichsten und gemeinsten Dinge ordentlich Auskunft erhalten. Ich muss mich also in der Hauptsache an seine Frau wenden. Diese sagte mir, daß er ungefähr einundsechzig Jahr alt sei, im siebenjährigen Kriege unter dem

jetzigen Alt-Bornstädtischen Regiment als Grenadier gedienet, während demenselben einen Kanonenfreischuß am linken Arm bekommen, seit der Zeit auch an seinem Gehör gelitten, nach geendigtem Feldzuge seinen Abschied erhalten und einige Jahre darauf sie geheyrathet habe. Anfangs sey er zwar nur einfältig, aber seiner Art nach doch immer den Verstande und auf seine Wirthschaft aufmerksam und thätig gewesen; aber seit ungefähr zehn Jahren habe sich nach einer schweren Krankheit sein ganzes Wesen geändert; er sey Anfangs still vor sich und schwermütig, nachher ganz Leutescheu, träge und gleichgültig gegen alles, was um ihn vorgegangen, habe sich gar nicht um seine Wirthschaft bekümmert, sondern beständig in der Bibel gelesen, allerley wunderliche Reden geführt, und Handlungen vorgenommen, die nur allzusehr die Verwirrung und Zerrüttung seines Verstandes angezeigt hätten. Er lasse sich zwar noch von ihr manchmal zurecht weisen, aber sie könnte sich doch im mindestens nicht auf ihn verlassen, und wenn sie nicht beständig auf ihn Acht gäbe, so negligierte er alles.<sup>568</sup>

Neben Pyl zählt Johann Daniel Metzger zu den einflussreichsten Gerichtsmedizinern im ausgehenden 18. Jahrhundert. Er wurde 1739 in Straßburg geboren und starb 1805 in Königsberg. Das Studium der Medizin schloss er in seiner Geburtsstadt ab und verbrachte danach einige Jahre in der Grafschaft Bentheim-Steinfurt als Stadt- und Landphysikus. 1777 wurde er als Professor an die Königsberger Universität berufen und lehrte dort unter anderem Anatomie, sein Spezialgebiet aber war die Gerichtsmedizin. Aus dieser Spezialisierung heraus hat er auch die Funktion des Stadtphysikus eingenommen. Er wurde vor allem durch eine Vielzahl von Publikationen bekannt und galt als bedeutender Gegenspieler Kants im Disput um die Zuordnung der Geistesstörung.

Metzger plädierte eindeutig dafür, dass die Geisteserkrankungen in der Verantwortung der Medizin und nicht bei den Philosophen lägen. Sein größtes Bestreben bestand darin, die gerichtliche „Arzneykunde“ in der wissenschaftlichen Disziplin zu etablieren. In der Einleitung zu „Kurzgefaßtes System der gerichtlichen Arzneykunde“ skizziert er den Werdegang der jungen Wissenschaft: „Die gerichtliche Arzneykunde ist der jüngste Zweig der

---

<sup>568</sup> Pyl JT (1783) Aufsätze und Beobachtungen aus der gerichtlichen Arzneywissenschaft. Dritte Sammlung, Fall 3. Berlin.

gesamten Arzneywissenschaft. Sie wurde erst spät in scientifiche Form gebracht, und, als eine besondere Disciplin, behandelt, aber schon im Alterthum finden sich Spuren von einzelnen Gesetzen und Verordnungen, die wir jetzt hieher rechnen, z.B. die Aussetzung der Kranken auf öffentliche Plätze, und die gesetzliche Rathgebung der Vorübergehenden, die bey den Aegyptern eingeführte Bestimmung der Krankheitsformen für einzelne Aerzte und deren Behandlung, die von Moses abverlangte Kennzeichen der Jungfrauschaft, als Entscheidungsgrund der rechtlichen Ehescheidung, die Merkmale des Aussatzes, als einer bisweilen verheelten und ansteckenden Krankheit, die krankhaften Ausflüsse u. dergl.. So hat auch Galenus nicht allein den Unterschied zwischen den Lungen eines ungeborenen Kindes und eines Erwachsenen bemerkt, und auf diese Art den ersten Grund zur Lungenprobe angegeben, sondern auch eine eigene Schrift über vorgebliche Krankheiten, und die Mittel, sie zu entdecken, hinterlassen, zum Beweise, daß dieser zweyter Stifter der Arzneywissenschaft schon zu seiner Zeit die Nothwendigkeit einer gerichtlichen Arzneywissenschaft ahnete.“<sup>569</sup>

Nach dem historischen Einstieg und einer Einführung in die wissenschaftlichen Grundlagen der gerichtlichen Medizin beschäftigt er sich zunächst mit einer Vielzahl von Tötungsvarianten. Im vierten Kapitel beschreibt er die Geisteskrankheiten und die damit verbundenen Möglichkeiten von Entmündigungen. Bezogen auf die Zuordnung von dementiellen Erkrankungen innerhalb der Rechtsprechung kommt Metzger zu folgender Schlussfolgerung: „Der Wahnsinn zerfällt, als Geschlecht, in zwey Hauptgattungen; in den Blödsinn, (Fatuitas, mentis imbecillitas) und den Wahnsinn im strengern Verstande, (delirium) nach dem Römischen Rechte heißen die hieher gehörigen Personen überhaupt dementes, und werden nachher, als mente capti und furiosi, unterschieden, das Preuß. Landrecht unterscheidet Blödsinnige, Wahnsinnige und Rasende, der Code Napoleon stellt Imbecillité, Demence und Fureur, als gesetzliche Grade, auf, ohne die Begriffe gehörig festzusetzen, die Aerzte betrachten die Seelenkrankheiten in rechtlicher Hinsicht nach den verkehrten Aeußerungen des verschiedenen Seelenvermögens, für sich, oder in Beziehung auf andere, und, in Rücksicht

---

<sup>569</sup> Metzger JD (1814) Kurzgefaßtes System der gerichtlichen Arzneywissenschaft. Königsberg, S. 4.

auf die Form, als simulirte, dissimulirte und angeschuldigte Gemüthskrankheiten.“<sup>570</sup>

Die rechtliche Zuordnung zeigt den Stellenwert der Demenz innerhalb der Rechtsprechung. Es fällt jedoch auf, dass der altersbedingte „erworbene Blödsinn“ nur am Rande erwähnt wird. Zunächst versucht Metzger erst einmal einen grundsätzlichen Überblick zu verschaffen, mit welchen verschiedenen Krankheiten des Verstandes die Gerichtsmedizin zu tun hat. Im § 432 definiert er den gesamten Komplex: „Alle Krankheiten des Verstandes, in wieferne sie, ohne Rücksicht auf einen dritten, betrachtet werden, verrathen sich zunächst, als Verstandesschwäche, (Amentia) und deren Unterabteilungen sind der Blödsinn, welcher eine verhältnißmäßige Unvollkommenheit der Seelenkräfte, einen Mangel an Begriffen, Gedächtnis und Beurtheilungskraft bezeichnet, oder Dummheit, (Stupor, Stupiditas) bey welcher der Mangel an Aufmerksamkeit hervorsteht, oder eine Verrückung, (Vesania) d. i. ein Mißverhältnis des Verstandes zwischen den äußern Eindrücken und der Einbildungskraft, und daher entstandenes falsches Urtheil, oder ein wirklicher Wahnsinn, (Insania) eine festhaftende und prädominirende falsche Vorstellung, und daher rührende Verkehrtheit der Begriffe, unordentliche Phantasie, und inconsequente Urtheile und Handlungen.“<sup>571</sup>

Interessant an dieser so verfassten Definition ist die Bezeichnung „Amentia“ als Oberbegriff für den Blödsinn. Es wird klar unterschieden von „Stupiditas“, bzw. Dummheit. Reil und Heinroth verfolgen ebenfalls diese Unterscheidung und beschreiben die Dummheit primär als ein angeborenes Phänomen. Demgegenüber steht der Blödsinn, der nicht unbedingt angeboren sein muss und sie beschreiben in diesem Kontext auch den „erworbenen Blödsinn“. Die Symptome des erworbenen Blödsinns kommen dem Krankheitskonzept der Demenz sehr nah. Metzger zählt die Symptome „Mangel an Begriffen“, „Mangel an Gedächtnis“ und „Mangel an Beurtheilungskraft“ auf. Ein Blick in den ICD 10 Schlüssel zeigt bei den Krankheitsmerkmalen einer Demenz die Aphasie, den Verlust des Kurzzeitgedächtnis sowie der zeitlichen und räumlichen Orientierung. In § 435 geht Metzger gesondert auf den Blödsinn ein, um die verschiedenen Schweregrade zu begründen: „Auch der Blödsinn,

---

<sup>570</sup> Ebd., S. 416.

<sup>571</sup> Ebd., S. 416f..

bey welchem das Gedächtniß außerordentlich schwach ist, oder ganz fehlt, hat seine verschiedenen Grade, und ungeachtet diese schwer zu bestimmen sind, so kann man doch füglich deren drey annehmen, wovon der erste an jene Begränztheit des Verstandes gränzt, die man so oft bemerkt, ohne daß diese Einfältigen in der Regel zu den Blödsinnigen gerechnet werden.<sup>572</sup>

Metzger versuchte mit der differenzierten Beschreibung eine saubere Trennung zwischen den verschiedenen Geistesstörungen herzuleiten. Dabei musste stets dem wissenschaftlichen Anspruch genüge getan werden. Die Schwierigkeit der eindeutigen begrifflichen Zuordnung verfolgt die Psychiatrie bis heute. Im Ursachenkatalog entdecken wir bei Metzger letztendlich auch das Alter als eine Ursache für psychiatrische Erkrankungen, insbesondere auch für den erworbenen Blödsinn. In § 438 fasst er den gesamten Ursachenkatalog zusammen: „Die entfernten Ursachen sind bekannter. Unter die vorbereitenden gehören übertriebene Strenge in der Erziehung, öfterer Schreck, angeerbte Disposition, eine fehlerhafte Bildung des Schädels, oder einzelner Theile des Gehirns, ein reizbares Temperament, ingleichen Schwäche und Reizbarkeit des Nervensystems, Selbstbefleckung und übertriebener Beyschlaf, ausgestandene schwere Krankheiten, besonders Epilepsie und andere Nervenkrankheiten, übermäßige Anstrengung der Geisteskräfte, anhaltende Schlaflosigkeit, Mißbrauch narkotischer Gifte, hohes Alter und dgl.. Einige dieser Ursachen machen mehr zum Blödsinne, andere mehr zum Wahnsinne geneigt.“<sup>573</sup>

Es war nicht nur ein Kampf der Wissenschaften, sondern auch ein Kampf gegen Hexenzauber und Aberglaube.

---

<sup>572</sup> Ebd., S. 419f..

<sup>573</sup> Ebd., S. 422.

## 20 . Karl Philipp Moritz



**Abb. 21: Karl Philipp Moritz**

Karl Philipp Moritz gilt nicht nur als Sprachrohr der deutschen Frühromantik, er zählt auch zu den Begründern der modernen Psychologie und Psychiatrie. Seine literarische Hinterlassenschaft umfasst Romane, Reisebeschreibungen, ästhetische Abhandlungen sowie linguistische Werke, er verkörpert sowohl mit seiner Biographie als auch mit seinen Publikationen das erwachende Interesse an psychischen Besonderheiten. Dieses zutiefst romantische Bedürfnis äußerte sich in detaillierten

Selbst- und Fremdbeobachtungen, und darin, diese zu dokumentieren und schließlich zu publizieren. Mit dem „Magazin für Erfahrungsseelenkunde“ hat Moritz ein Forum für diese Aufzeichnungen von Auffälligkeiten und damit die Grundlagen der modernen empirischen Psychologie geschaffen.<sup>574</sup>

Moritz wurde 1796 in Hameln als Sohn des Hautboisten Johann Gottlieb Moritz geboren. Der Vater bekleidete als Militärmusiker den Rang eines Unterleutnants in der preußischen Armee und ermöglichte der Familie damit nur einen ärmlichen Lebensstandard. Karl Philipp wurde in zweiter Ehe geboren und hatte zwei ältere Stiefbrüder aus der ersten Ehe seines Vaters. Der Tod der ersten Ehefrau machte den Vater empfänglich für die Lehren der französischen Mystikerin Jeanne-Marie Guyon du Chesnoy.<sup>575</sup> Vermittelt wurden ihm diese Lehren des Quietismus durch Johann Friedrich von Fleischbein (1700-1774), dessen Einfluss Karl Philipp in seinem Roman „Anton Reiser“ beschreibt. Fleischbein selbst stammte aus Frankfurt und lebte auf seinem väterlichen Schloss im Siegerland.<sup>576</sup>

Wir dürfen davon ausgehen, dass die biographischen Daten der Romanfigur

---

<sup>574</sup> Winkler W (2006) Karl Philipp Moritz. Reinbek bei Hamburg, S. 76.

<sup>575</sup> Ebd., S. 14f..

<sup>576</sup> Wingertzahn C (2006) Anton Reisers Welt. Eine Jugend in Niedersachsen 1756-1776. Ausstellungskatalog zum 250. Geburtstag von Karl Philipp Moritz. Hannover, S. 181.



Anton Reiser mit den realistischen persönlichen Daten von Karl Philipp korrespondieren. Christof Wingertzahn verweist darauf: „Die Abwehr dessen, was uns im Anton Reiser biographisch erzählt wird als literarisch und nicht als historisch im engeren Sinne, wäre leichtsinnig. Moritz beharrt in seinen Vorreden zu dem Buch immer wieder darauf, dass das Erzählte genau den Tatsachen entspreche.“<sup>577</sup> In diesem Sinne lässt sich der Roman auch als eine historische Quelle verwenden und aus der persönlichen Aufarbeitung erfahren wir auch etwas über die Anfänge des religiösen Fanatismus bei seinem Vater: „Dieser (Antons Vater), ohne eigentliche Erziehung aufgewachsen, hatte seine erste Frau sehr früh geheiratet, immer ein ziemlich wildes herumirrendes Leben geführt, wohl zuweilen einige fromme Rührungen gehabt, aber nicht viel darauf geachtet. Bis er nach dem Tod seiner ersten Frau plötzlich in sich geht, auf einmal tiefsinnig, und wie man sagt, ein ganz anderer Mensch wird, und bei seinem Aufenthalt in P. zufälliger Weise erstlich den Verwalter des Hrn. v. F. und nachher durch diesen den Hrn. v. F. selber kennen lernte. Dieser gibt ihm denn nach und nach die Guyonschen Schriften zu lesen, er findet Geschmack daran, und wird bald ein erklärter Anhänger der Hrn. v. F.“<sup>578</sup> Es entstand ein fast paranoides Weltbild, in dem jede Form von Zuwendung und Sinnlichkeit ausgeschlossen wurde.

Den sektiererischen Charakter der Gemeinde um Fleischbein beschreibt Moritz gleich zu Beginn seines Romans: „Alle diese Personen mussten sich täglich einmal in einem großen Zimmer des Hauses zu einer Art von Gottesdienst versammeln, den der Herr v. F. selbst eingerichtet hatte, und welcher darin bestand, dass sie sich alle um einen Tisch setzten, und mit zugeschlossenen Augen, den Kopf auf den Tisch gelegt, eine halbe Stunde warteten, ob sie die Stimme Gottes oder das innere Wort, in sich vernehmen würden. Wer dann etwas vernahm, der machte es den übrigen bekannt.“<sup>579</sup> Die Mutter konnte diesen Lehren nicht folgen und galt als überzeugte Lutheranerin. Damit war die Ehe geprägt von einem permanenten Glaubensstreit, und in diesem Konfliktfeld wuchs Karl Philipp auf.<sup>580</sup>

Moritz' radikale Hinwendung zu einer gesteigerten Selbstbeobachtung liegt

---

<sup>577</sup> Ebd., S. 20.

<sup>578</sup> Moritz KP (2006) Anton Reiser. Ein psychologischer Roman. (Neuauf.) Düsseldorf, S. 13.

<sup>579</sup> Ebd., S. 11.

<sup>580</sup> Winkler W (2006) Karl Philipp Moritz. Reinbek bei Hamburg, S. 18.

sicherlich zum einen in den traumatischen Erfahrungen seiner Kindheit begründet. Der religiöse Fanatismus seines Vaters und die damit verbundenen Familiendramen waren die Verhältnisse, aus welchen er sich befreien musste. Zudem war seine Jugend bestimmt von ständigem Kranksein, eine Vielzahl von Kinderkrankheiten musste er durchmachen. Gefangen in der Trinität von Gebrechlichkeit, Armut und religiösem Fanatismus wuchs er als Außenseiter auf, wurde von Gleichaltrigen gehänselt und als Ausweg blieb ihm nur die Flucht in die Literatur. Da ein entsprechender Hintergrund fehlte, war seine Erziehung primär jedoch nicht auf Bildung angelegt. Eine klassische Schulausbildung war für ihn nicht vorgesehen. Der Vater brachte ihm das Lesen bei, jedoch nicht, um Karl Philipp Zugang zur Literatur zu ermöglichen sondern nur, damit der Sohn die Schriften der Madame Guyon rezipieren können würde. Mit dem Lesen wurde dem Jungen endlich ein Instrument gegeben, um sich aus familiärer Enge zu befreien, und er entdeckte sehr schnell die verbotenen literarischen Schriften. Vor allem mit Goethes Werther identifizierte er sich in ganz besonderem Maße. Literatur und Realität vermischten sich für ihn, so dass er in neuen Scheinrealitäten seine körperlichen Gebrechen kompensieren konnte.

Da die Krankheiten sowieso seine ständigen Begleiter wurden, lernte er darüber hinaus auch, diese öffentlich zu inszenieren. Während seines Romaufenthaltes 1786 beispielsweise verunglückte er in der Nähe des Pantheons und brach sich den linken Oberarm. Wie sehr er die Aufmerksamkeit geradezu genoss und detailliert für sich beobachtete, beschreibt er in seinen Notizen: „Es versammelten sich gleich eine Menge von Menschen um mich herum, die mich alle bedauerten: und ich wurde sogleich auf einen Lehnstuhl gesetzt, und unter einem Gefolge von lauter bemitleidenden Menschen, den ganzen Corso hinunter, nach der Strada Babuina, wo ich wohne, zu Hause getragen. Das Mitleiden der Italiäner äußert sich vorzüglich bei solchen Unfällen, wo sie sehen, dass jemand Schmerzen leidet, und ein Armbruch macht daher bei ihnen weit mehr Sensation, als wenn jemand auf der Straße ermordet wird [...]“<sup>581</sup> Durch diesen Vorfall genoss er auch die gesamte Aufmerksamkeit Goethes, den er in Rom kennen lernte. Es

---

<sup>581</sup> Eybisch H (1909) Anton Reiser. Untersuchung zur Lebensgeschichte von K. Ph. Moritz und zur Kritik seiner Autobiographie. Leipzig, S. 205.

scheint beinahe so, als fände er Geborgenheit in seinen Krankheiten. Die Art und Weise, wie Moritz sein Kranksein instrumentalisierte, lässt durchaus Züge einer Borderline-Persönlichkeit erkennen, andere Autoren sprechen bei Moritz gar von einer histrionischen Persönlichkeitsstruktur. Unter den Zeitgenossen galt er als Hypochonder und selbst sein Leibarzt Marcus Herz hat die Schwere seiner Krankheiten nicht erkannt. Die Inszenierung seiner Leiden lässt selbst gegenwärtige Autoren wie Willi Winkler zu einer Charakterisierung verleiten: „Seine Krankheit gibt ihn nicht frei. Moritz ist ein mustergültiger Hypochonder und wird auch von seinen Zeitgenossen so wahrgenommen, als Übertreibungskünstler und Theatraliker.“<sup>582</sup> Karl Philipp Moritz war aber vor allem tatsächlich ein körperlich schwerkranker Mann. Die Obduktion nach seinem Tod ergab, dass er jahrelang nur mit einem Lungenflügel gelebt hatte. Seine Theatralik wurde mit Hypochondrie verwechselt. Durch die Wahrnehmung seiner Person als Hypochonder wurde allerdings ein romantischer Nerv getroffen. Klaus Dörner beschreibt in seiner Psychatriegeschichte, dass die beiden Ausgangskrankheiten der modernen Psychiatrie die Hysterie bei den Frauen und die Hypochondrie bei den Männern seien.<sup>583</sup>

In diesem theatralischen Zelebrieren liegt bei Karl Philipp Moritz der Ursprung für sein Interesse an der Beobachtung von Krankheiten und für den Drang, seine eigene Biographie als eine fortschreitende Anamnese zu beschreiben. Mit dem Roman „Anton Reiser“ betreibt er weit über 100 Jahre vor Freud eine Innenforschung, um sich von seinen persönlichen psychischen Qualen zu befreien. Als Herausgeber des Magazins für Erfahrungsseelenkunde schafft er ein Forum für sich und andere, um private Beobachtungen öffentlich darstellen zu können. Sybille Kershner vermutet: „Die Neigung zur Selbstbespiegelung und fortwährender Analyse seelischer Regungen lässt sich u.a. auf pietistische Einflüsse zurückführen, die im Fall Moritz‘ dank seiner streng quietistischen Erziehung besonders deutlich ausgeprägt sind. Als bevorzugte Gattungen für die auch fikionalisierte Darstellung minutiöser Beobachtungen und Reflexionen sind, neben dem bereits erwähnten

---

<sup>582</sup> Winkler W (2006) Karl Philipp Moritz. Reinbek bei Hamburg, S. 79.

<sup>583</sup> Dörner K (1999) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. (2. Aufl.) Frankfurt/Main, S. 33.

pietistischen Briefwechsel und dem (Brief)roman, das Tagebuch und die Autobiographie zu nennen.<sup>584</sup>

Die Briefkultur spielt dabei eine große Rolle. Sie entwickelte sich aus der administrativen Form heraus. Dabei nahm sie auf der einen Seite einen zunehmend intimen Charakter an und wurde gleichzeitig auch als eine öffentliche Publikationsform entdeckt. Diese Kultur einer privaten Mitteilungsform und ihre entprivatisierte Veröffentlichung im Magazin war ein Novum in dieser Epoche. Es entstand, um mit einem modernen Jargon zu sprechen, eine Art Chatroom für Gleichgesinnte. Das Ziel war eine Trennung von Autor und Leser, die in öffentlichen Briefen aufeinander reagierten. Johann Kaspar Lavater, der sich selbst zum Teil anonymisiert im Magazin äußert, schreibt über die neue Lesergemeinschaft: „Aber [...]: wenn ich etwas dazu beytragen kann, die so sehr unmenschliche Unvertraulichkeit zwischen Menschen und Menschen; das fremde Wesen, das sie wechselweise annehmen, auch nur einigermaßen verächtlich, und brüderliches, vertrauliches, aufrichtiges Mittheilen seiner Selbst, [...] auch nur ein wenig gemeiner zu machen; wenn ich nur wenigstens den Gedanken mit auf die Bahn bringen helfe, dass Schriftsteller Menschen, und Leser Menschen, und Schriftsteller und Leser Geschwister sind; - und wenn die Bekanntmachung dieses Werks [...] zu diesem Zwecke beförderlich ist, so kann ich mich auch schon in dieser Absicht auf manche Mißdeutung schadlos halten.“<sup>585</sup>

Diese Briefkultur entsteht um die Mitte des 18. Jahrhunderts und korrespondiert mit dem Individualisierungsprozess in der Romantik. Magazine und politische Zeitschriften öffneten sich und publizierten ganze Editionen von Briefen.<sup>586</sup> Das Magazin für Erfahrungsseelenkunde stellt dabei ein besonderes Forum für die beobachteten Schilderungen in vorwiegender Briefform dar. „Es entstand hier“, so Dörner, „ein Sammelbecken für Berichte über Reisen ins menschliche Innere, für die mehr bildhafte als begriffliche Darstellung psychischer Zustände, für die Beobachtung eigener und fremder psychischer

---

<sup>584</sup> Kershner S (1991) Karl Philipp Moritz und die „Erfahrungsseelenkunde“. Literatur und Psychologie des 18. Jahrhunderts. Herne, S. 58.

<sup>585</sup> Lavater JK (1773) Unveränderte Fragmente aus dem Tagebuch eines Beobachters seiner Selbst oder des Tagebuchs Zweyter Theil. Leipzig, S. XXVI.

<sup>586</sup> Baasner R (1999) Briefkultur im 19. Jahrhundert. Kommunikation, Konvention, Postpraxis. In: ders. (Hrsg.) Briefkultur im 19. Jahrhundert. Tübingen, S. 32.

Kuriositäten und Absonderlichkeiten und für auf solcher Kasuistik basierende therapeutische Empfehlungen in moralisch-pädagogischer oder religiöser Richtung gegen bürgerliche Unordnung innerer und äußerer Art.<sup>587</sup> Durch die Sonderstellung der Briefkultur, die hier genutzt wurde, hatte man einen Freiraum geschaffen, in dem der romantische Drang nach Introspektion sich ausbreiten konnte. Diese Konzentration individualistischer Momente ordnet Sybille Kershner historisch folgerichtig ein: „Die hier angehäuften Sammlung von Fallgeschichten und besonders von Selbstbeobachtungen ist im Zusammenhang der von Weber, Elias und Foucault untersuchten Tendenzen gesteigerter Selbstdomestikation und Selbstkontrolle zu verstehen, die sich nicht nur, wie besonders bei Elias in detail ausgeführt, auf die Unterdrückung spontaner körperlicher Regungen bezieht, sondern gleichermaßen auf die Kontrolle seelischer Regungen und auf die Internalisierung von Fremdwängen abzielt.“<sup>588</sup> In dem Magazin werden nun Beiträge von psychiatrischen Beobachtungen aller Art gesammelt und veröffentlicht. Diese Selbst- und Fremdbeobachtungen müssen in dem Kontext verstanden werden, der zwischen Aufklärung und Romantik anzusiedeln ist. Die Aufklärung selbst steht für die Eigenverantwortlichkeit des Menschen, selbst in seinem Wahnsinn. Demgegenüber steht die Überzeugung von einer gesellschaftlichen Verantwortlichkeit psychiatrischer Erkrankungen. Eine Geisteshaltung, die sich ableiten lässt von Rousseau, demzufolge Wahnsinn mit der zunehmenden Entfernung vom Naturzustand korrespondiert.

Bedeutsam für unsere Untersuchung nach frühen Beobachtungen dementieller Prozesse im Magazin für Erfahrungsseelenkunde sind die Beiträge über das Vergessen in seinen verschiedenen Variationen. Im dritten Band fällt eine besondere Beobachtung des Dompredigers zu Halberstadt Johann Werner Streithorst auf. Seine Darstellung mutet wie eine frühe Beschreibung der Alzheimerschen Krankheit an. Es wird die Geschichte von Johann Christoph Becker<sup>589</sup> erzählt und dessen sonderbare „Gemüthsbeschaffenheit“ detailliert beschrieben. Der besagte Betroffene wurde 1710 in Quedlinburg geboren, war

---

<sup>587</sup> Dörner K (1999) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. (2. Aufl.) Frankfurt/Main, S. 208.

<sup>588</sup> Kershner S (1991) Karl Philipp Moritz und die „Erfahrungsseelenkunde“. Literatur und Psychologie des 18. Jahrhunderts. Herne, S. 47.

<sup>589</sup> Moritz KP (1986) Die Schriften in Dreissig Bänden. Hrsg. von Petra und Uwe Nettelbeck. Band 3. Nördlingen, S. 202.

von einfacher Herkunft und niedriger Bildung. Der Domprediger charakterisiert ihn zwar als „simpel“, dennoch sei er als Pröbsteybote „[...] in seinem Dienst überaus getreu und ehrlich gewesen [...]“. Auch wenn er von niedriger Bildung war, so schien er keine kognitiven Defizite zu haben. Im Gegenteil: der Autor beschreibt, bei „[...] aller seiner Einfalt hat er doch aber von jeher, immer die Gabe gehabt, Leute von seiner Art, in Gesellschaften, ohne jedoch ins Unanständige zu verfallen, zu amüsieren, wozu besonders das sehr viel beitrug, dass er von Jugend auf, häufige Historienbücher gelesen und eine Menge von alten Geschichten und Anekdoten in seinem Kopfe hatte, von denen er auch zuweilen eine ziemlich passende Anwendung zu machen wusste.“<sup>590</sup> Aus dieser Beschreibung wird deutlich, dass aus seiner Vorgeschichte keine psychiatrischen Besonderheiten abzuleiten sind. An einer weiteren Stelle werden die kognitiven Fähigkeiten infolge seiner beruflichen Tätigkeit hervorgehoben, um den späteren Verlauf umso dramatischer davon abheben zu können. In diesem Kontext schreibt Johann Werner Streithorst: „Mit seinem Posten ist die Stelle eines Zehendmeisters verbunden, und da er auch diese im Amt an die 40 Jahre verwaltet hatte, so waren in der wirklich weitläufigen Feldflur, die er unter seiner Aufsicht hatte, wenige Stücke Acker, deren Eigenthümer er nicht gekannt hatte.“<sup>591</sup>

Nun beobachtet der Autor seit 12 Jahren ein langsames Nachlassen des Gedächtnisses dieses Zehendmeisters. Interessant ist, dass dieser kognitive Abbau zunächst nicht als ein seniles Vergessen beschrieben wird, sondern als ein auffälliger Prozess mit erkennbarer Verschlechterung. „Man mußte ihm eine Sache mehr als einmal bestellen, wenn er sie begreifen, und nicht wieder vergessen sollte, und doch richtete er seine Aufträge oft ganz verkehrt aus.“<sup>592</sup> Vergleichen wir diese Beschreibung mit einer modernen psychosozialen Anamnese einer dementiell erkrankten Frau, so finden wir überraschende Parallelitäten. Bei Tom Kitwood wird die Geschichte von Margret B. beschrieben und folgendes über die Anfangsphase notiert: „Schon vorher hatte Margret einige Anzeichen von Vergesslichkeit gezeigt. So fiel es ihr beispielsweise schwer, sich die Namen ihrer sechs Enkel zu merken. Auch

---

<sup>590</sup> Ebd., S. 203.

<sup>591</sup> Ebd., S. 203.

<sup>592</sup> Ebd., S. 203.

hatte sie ein paar seltsame Fehler gemacht, etwa indem sie aus dem Supermarkt mit Katzenfutter nach Hause kam, obwohl ihre letzte Katze schon vor einigen Jahren gestorben war.“<sup>593</sup>

Die Geschichte von Johann Christoph Becker dramatisierte zunehmend und, wie der Autor hervorhebt, seit 5 Jahren konnte selbst mit Denkwort der Alltag kaum noch bewältigt werden. Neben dem Verlust des Kurzzeitgedächtnisses schien sein Langzeitgedächtnis noch gut zu funktionieren. Der Autor betont die Fähigkeit von Herrn Becker, sich noch an alte Geschichten gut zu erinnern. Dazu bemerkt der Domprediger: „Das Gedächtnis verlässt ihn von Tage zu Tage immer mehr, wobei jedoch das etwas Auffallende ist, daß er sich solcher Dinge, die vor 30 bis 40 Jahren geschehen, und besonders ihm selbst widerfahren sind, noch recht gut erinnert, auch von dem, was er einzunehmen, wens auch nur Kleinigkeiten sind, nichts vergessen hat.“<sup>594</sup>

Zu dem dementiellen Prozess gesellte sich noch eine wahnhaftige Struktur hinzu. Der Betroffene entwickelte Angstzustände mit paranoiden Vorstellungen. Er glaubte, geschlachtet zu werden und dass aus seinem Fleisch Würste gemacht werden sollten. Die Kombination Demenz mit Angst aus einer paranoiden Bedrohung ist eine typische symptomatische Entwicklung. Im ICD-10-Schlüssel werden die paranoiden Symptome aufgrund einer Funktionsstörung des Gehirns unter F06 beschrieben: „Diese Kategorie umfasst verschiedene Krankheitsbilder, die ursächlich mit einer Hirnfunktionsstörung in Zusammenhang stehen als Folge vom primär zerebralen Krankheiten, systemischen Krankheiten, die sekundär das Gehirn betreffen, exogenen toxischen Substanzen oder Hormonen, endokrinen Störungen oder anderen körperlichen Krankheiten.“<sup>595</sup> In den historischen Unterlagen finden wir diese Symptomkombinationen bereits bei Auguste D. beschrieben, der berühmten ersten Patientin von Alois Alzheimer. In seinen Unterlagen notiert er am 28. November 1901: „Auguste D. ist ständig ratlos

---

<sup>593</sup> Kitwood T (2006) Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. (4. Aufl.) Bern, S. 64.

<sup>594</sup> Moritz KP (1986) Die Schriften in Dreissig Bänden. Hrsg. von Petra und Uwe Nettelbeck. Band 3. Nördlingen, S. 204.

<sup>595</sup> Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ICD-10-GM Version 2014, Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/block-f00-f09.htm> (letzter Aufruf: 29.11.2013)

und ängstlich. Sie sagt immer wieder: ‚Ich will mich nicht schneiden lassen‘, dabei verhält sie sich wie blind, geht herum, tastet anderen Kranken ins Gesicht und bekommt dafür Schläge von ihren Mitpatienten. Fragt man sie, was sie macht, sagt sie: ‚Ich muss Ordnung schaffen‘.<sup>596</sup>

Vergleichen wir die Äußerungen mit den Beschreibungen im Magazin für Erfahrungsseelenkunde, so scheint folgende Passage sich dafür besonders gut zu eignen: ‚Oft springt er [Becker] des Nachts auf, um ins Feld zu gehen, und die Zehendarbeiten zu besorgen; er will auch oft alsdenn seine Frau, (mit der er sich in vorigen Zeiten nicht gut vertrug) schlagen, doch hält er gleich ein, so bald diese ihm sagt, dass sie ihn bei seiner Herrschaft verklagen wollte; denn er ist sehr furchtsam.<sup>597</sup> Die Symptome, die hier beschrieben werden, decken sich mit dem zeitgenössischen Krankheitskonzept Demenz. Ob es sich dabei um Alzheimer gehandelt hat, lässt sich nicht rückwirkend feststellen. Jedoch innerhalb des Syndromkomplexes Demenz können die Symptome analog dem gegenwärtigen ICD-10-Schlüssel eindeutig eingeordnet werden. Erst 120 Jahre später wird Alois Alzheimer die Beobachtungen als eine eigenständige Krankheit klassifizieren. Für die Zeitgenossen von Karl Philipp Moritz waren lediglich die paranoiden Fantasien interessant für eine Publikation. Das Vergessen an sich wurde in diesem Zusammenhang eher als zweitrangig betrachtet. So beendet der Domprediger denn auch seinen Beitrag mit den Worten: ‚Daß ihm bei seinem hohen Alter das Gedächtniß verlassen hat, darüber würde ich mich eben nicht sehr wundern, wie er aber auf einmal auf den unglücklichen und ihm nicht auszuredenden Gedanken hat verfallen können, daß er geschlachtet werden sollte, davon weiß ich gar keinen Grund anzugeben.<sup>598</sup>

Abgesehen davon, dass es sich hier um eine der ersten Darstellungen eines dementiellen Verlaufes handelt, lässt sich die gesamte Beobachtung als ein frühes Beispiel der Gerontopsychiatrie umschreiben. Wie untypisch derartige Überlegungen jedoch waren, notiert Christian Müller: ‚Aber dennoch: Ende des 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts sind wir weit von dem entfernt,

---

<sup>596</sup> Maurer K; Maurer U (1999) Alzheimer. Das Leben eines Arztes und die Karriere einer Krankheit. (2. Aufl.) München, S. 12.

<sup>597</sup> Moritz KP (1986) Die Schriften in Dreissig Bänden. Hrsg. von Petra und Uwe Nettelbeck. Band 3. Nördlingen, S. 205.

<sup>598</sup> Ebd., S. 206.



was wir heute Psychogeriatric nennen. In ihren ätiologischen Überlegungen kümmern sich die Autoren mit Leidenschaft um die psychischen Störungen des Erwachsenenalters, nicht aber um die Geriatric.“<sup>599</sup> Das Interesse an psychischen Besonderheiten war verbunden mit der Idee, den wahren Menschen zu erkennen.

Dörner interpretiert die Herausgabe des Magazins: „Nicht anders war die Methode der Berichte im Magazin. Es galt, die Menschen im Schlafrock, nicht im Staatskleid zu beobachten. Da man die psychischen Erscheinungen in ihren krankhaften Veränderungen am deutlichsten zu erkennen hoffte, war die Abteilung ‚Seelenkrankheitskunde‘ im Magazin am beliebtesten. Hier kommen wunscherfüllende Träume, Leidenschaften, unbewußte unmoralische Wünsche und auch der Wahnsinn zur Sprache.“<sup>600</sup>

Das Interesse für Herrn Becker lag sicherlich an seinen abstrus erscheinenden paranoiden Wahnvorstellungen, geschlachtet zu werden. Quasi als Nebenprodukt entsteht diese frühe und detaillierte gerontopsychiatrische Schilderung eines dementiell erkrankten Menschen.

---

<sup>599</sup> Müller C (1998) Wer hat die Geisteskranken von den Ketten befreit. Skizzen zur Psychiatriegeschichte. Bonn, S. 116.

<sup>600</sup> Dörner K (1999) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. (2. Aufl.) Frankfurt/Main, S. 210.

## 21 . Vergessen in der Literatur

Eine Beschäftigung mit dem Krankheitskonzept Demenz in der Romantik lässt sich nur anhand des Umgangs mit gewissen Kernsymptomen der dementiellen Veränderung aufschlüsseln. Zu den Schlüsselbegriffen für dieses Krankheitssyndrom zählt das *Vergessen*. Vor diesem Hintergrund wird es notwendig sein, Vergessen und Erinnerung in der Literatur herauszuarbeiten.<sup>601</sup> Dieses Gebiet weist in der Forschung noch große Desiderata aus, so dass auch hier nur ein Eindruck des gesamten Themas ohne den Anspruch auf Vollständigkeit vermittelt werden kann. In Zusammenhang mit der Fragestellung dieser Arbeit soll nachgewiesen werden, dass ein kulturelles Interesse an dem Thema Vergessen vorhanden war.

Es lässt sich diesbezüglich um 1800 eine verstärkte Aufmerksamkeit in der Literatur beobachten. Dabei werden Vergessen und Erinnerung oft als zwei zusammenhängende Komplexe gedacht, bzw. als notwendige Gegensätze. Das poetische Interesse galt eher der Erinnerung, die jedoch nur mit dem Vergessen gedacht werden konnte. Novalis beschreibt dieses Interesse wie folgt: „Nichts ist poetischer, als Erinnerung und Ahnung oder Vorstellung der Zukunft.“<sup>602</sup> Christine Lubkoll beschreibt Novalis' Intention: „Diese utopische Simultaneität von Erinnerung und Ahnung, Vergessen und Erkennen, Verlust und Erfüllung beschwört Novalis in den Hymnen an die Nacht.“<sup>603</sup> Hinter dieser notwendigen Simultaneität steckt ein neuer gedanklicher Ansatz, den Aleida Assman mit den Begriffen „Revolutionäre des Gedächtnisses“<sup>604</sup> und „Revolutionäre des Vergessens“ umschreibt. Das Vergessen in der romantischen Vorstellung ist mit dem Wunsch verknüpft, an eine andere, schönere Erinnerung zu gelangen. Christine Lubkoll interpretiert diesen

---

<sup>601</sup> Vgl. hierzu : Oesterle G (2001) Erinnerung in der Romantik. In: Oesterle G (Hrsg.) *Erinnern und Vergessen in der europäischen Romantik*. Würzburg, S. 8f.

<sup>602</sup> Novalis (1978) *Vermischte Bemerkungen*. In: (ders.) *Werke, Tagebücher und Briefe Friedrich von Hardenbergs*. Hrsg. von Hans-Joachim Mähl, Richard Samuel. Band 2. München, S. 283

<sup>603</sup> Lubkoll C (2001) „Mon esprit s'exile“ *Erinnern und Vergessen in melancholischen Gedichten der Romantik*. In: Oesterle G (Hrsg.) *Erinnern und Vergessen in der europäischen Romantik*. Würzburg, S. 167.

<sup>604</sup> Assmann A (1993) *Die Wunde der Zeit. Wordsworth und die romantische Erinnerung*. In: Haverkamp A; Lachmann R; Herzog R (Hrsg.) *Memoria. Vergessen und Erinnern*. München, S. 359-382.

Zusammenhang wie folgt: „Die Konstellation eines Erinnerns, das ein Vergessen ist (bzw. eines Vergessens, das eine ‚andere‘, eine utopische Erinnerung entbindet), gründet bei Novalis zwar - geradezu konstitutiv – in melancholischem Verlustbewusstsein und schwermütiger Sehnsucht; das ‚Erinnern-Vergessen‘ dient aber schließlich dazu, die Melancholie zu überwinden, Wehmut in Freude, Entzweiung in eine neue Ungeschiedenheit zu überführen.“<sup>605</sup>

Die Ursprünge dieses Interesses in der Romantik sieht Ulrich Stadler bei John Locke mit folgendem Ergebnis: „Fast alle theoretischen Erörterungen des Themenkomplexes ‚Gedächtnis, Erinnerung, Vergessen‘ rekapitulieren oder paraphrasieren das 10. Kapitel des 2. Buches von John Lockes Schrift ‚An Essay concerning Human Understanding‘ von 1690.“<sup>606</sup> Der 1632 in Bristol geborene und 1704 in Essex gestorbene englische Philosoph zählt zu den wichtigsten Vertretern der britischen Aufklärung. Seine Philosophie ist geprägt vom aufkommenden Empirismus, und in diesem Zusammenhang versuchte er in seinem Werk über den menschlichen Verstand die Möglichkeiten des menschlichen Wissens zu definieren. Im zweiten Buch dieses Werkes widmet er ein Kapitel dem Thema Erinnerung. Neben Langsamkeit gehört die Vergesslichkeit zu den zwei Mängeln des Gedächtnisses mit der folgenden Definition: „Nächst der Wahrnehmung ist das Gedächtnis für ein denkfähiges Wesen am notwendigsten. Seine Bedeutung ist so groß, dass, wenn es fehlt, alle unsere übrigen Fähigkeiten größtenteils nutzlos sind. Ohne die Hilfe unseres Gedächtnisses könnten wir in unserem Denken, Schließen und Erkennen nicht über uns gegenwärtige Objekte hinausgelangen. Das Gedächtnis kann indessen zwei Mängel zeigen: Erstens, dass ihm eine Idee ganz verloren geht, so dass völlige Unwissenheit eintritt. Denn da wir nur soweit etwas wissen können als wir eine Idee davon haben, so sind wir vollkommen unwissend, sobald diese verschwindet. Zweitens, dass es nur langsam arbeitet und die Ideen, die es besitzt und aufgespeichert hat, nicht rasch genug wieder hervorholt, um dem Geist bei gegebener Gelegenheit damit

---

<sup>605</sup> Lubkoll C (2001) „Mon esprit s'exile“ Erinnern und Vergessen in melancholischen Gedichten der Romantik. In: Oesterle G (Hrsg.) Erinnern und Vergessen in der europäischen Romantik. Würzburg, S. 168.

<sup>606</sup> Stadler U (2001) Über den Umgang mit Erinnerungen. In: Oesterle G (Hrsg.) Erinnern und Vergessen in der europäischen Romantik. Würzburg, S. 52.

zu dienen.“<sup>607</sup>

Die Rezeption von Locke hatte in der englischen Romantik einen vergleichbaren Stellenwert wie die von Kant in der deutschen Romantik. In seinem historischen Vergleich der Psychiatrieentwicklung zwischen England, Frankreich und Deutschland entwickelt Klaus Dörner seine These vom romantischen Ursprung der modernen Psychiatrie. In diesem Kontext beschreibt er die englische Gesellschaft als federführend für die europäische Psychiatrieentwicklung und hebt die Bedeutung von John Locke zusammen mit anderen Protagonisten in einem größeren Zusammenhang hervor: „Daß das Irresein in dieser Zeit als ein im weitesten Sinne politisches Thema gesehen werden muß, zeigt sich darin, daß auch seine medizinische Sicht engstens mit den Begriffen der sich entfaltenden bürgerlichen Oberschicht verflochten ist. ‚Madness‘ und ‚english malady‘ waren bevorzugte Themen in den Kaffeehäusern. Locke und Mandeville waren selbst Ärzte und beschäftigten sich mit den Irren ebenso wie die Naturwissenschaftler Boyle und Hooke und die politischen Literaten Defoe und Swift.“<sup>608</sup>

Interessant ist in dieser Konstellation die gemeinsame Erwähnung von John Locke u.a. mit Jonathan Swift. Der Autor von „Gullivers Reisen“ entwickelt einen literarischen Gegenentwurf zu Locke und beschäftigt sich in seinem Roman mit altersbedingter Vergesslichkeit. Auf seinen Reisen gelangt Gulliver zu den Struldbrugs mit ihren eigentümlichen Eigenschaften im Alter: „Sobald sie das achtzigste Lebensjahr vollendet haben, werden sie rechtlich als tot betrachtet. Ihre Erben folgen ihnen sogleich in ihrem Besitz; nur eine kleine Summe wird für ihren Unterhalt ausgesetzt, und die Ärmeren werden auf Kosten des Staates ernährt. Nach dieser Zeit betrachtet man sie als unfähig, irgendeine Vertrauensstellung oder eine, die Gewinn bringt, zu bekleiden; sie dürfen keinen Grundbesitz kaufen oder in Pacht nehmen, und es ist ihnen auch nicht gestattet, in irgendeinem Prozess, sei er zivilrechtlich oder strafrechtlich, als Zeuge aufzutreten, nicht einmal bei einer Entscheidung über Marksteine und Grenzlinien. Mit neunzig verlieren sie die Zähne und Haare; in diesem Alter nehmen sie keinen Geschmacksunterschied mehr wahr, sondern essen

---

<sup>607</sup> Locke J (2006) Versuch über den menschlichen Verstand. Bd. 1: Buch I und II. Hamburg, S. 172.

<sup>608</sup> Dörner K (1999) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. (2. Aufl.) Frankfurt/Main, S. 31.

und trinken ohne Vergnügen oder Appetit, was sie bekommen können. Die Krankheiten, denen sie ausgesetzt waren, dauern immer fort, ohne sich zu verschlimmern oder zu bessern. Beim Sprechen vergessen sie die gewöhnlichsten Bezeichnungen von Sachen und die Namen von Personen, sogar derjenigen, die ihre nächsten Freunde und Verwandte sind. Aus demselben Grund können sie sich niemals mehr mit Lesen die Zeit vertreiben, weil ihr Gedächtnis nicht ausreicht, sie vom Anfang eines Satzes bis zum Ende zu bringen; und durch dieses Gebrechen werden sie der einzigen Unterhaltung beraubt, deren sie sonst noch fähig wären.<sup>609</sup>

Swift skizziert den Zustand des Alters wie eine unentrinnbare Hölle. Mit seiner Betrachtung des Alters als einer Krankheit steht er in der Tradition Aristoteles'. Doch während Aristoteles vornehmlich somatische Beschwerden und die Herausbildung negativer charakterlicher Eigenschaften hervorhebt, fügt Swift der Darstellung des Alterungsprozesses auch den Verlust des Gedächtnisses hinzu. Die Betroffenen leiden unter einem massiven Verlust des Kurzzeitgedächtnisses, können sich nicht einmal mehr die Namen engster Freunde merken und sind nicht mehr in der Lage, einen Satz zu beenden. Daniel Schäfer interpretiert die Struldbrugs: „Der knapp sechzigjährige Theologe und Dubliner Dekan Swift karikiert und kritisiert mit dieser Passage die englische Gesellschaft und ihre Angst vor dem Tod: Um derentwillen nehme sie die zahllosen Nachteile eines hohen Alters in Kauf. Als seine literarische Vorlage ist unschwer der antike Mythos von Tithonos zu erkennen, der ähnlich wie die Cumäische Sibylle zu fortschreitendem Altern – ohne die Möglichkeit zu sterben – verdammt war und zuletzt von seiner enttäuschten Geliebten in eine Zikade verwandelt wurde.“<sup>610</sup>

Ungeachtet der Intention spricht Swift ein Thema an, das im 17. Jahrhundert sehr ungewöhnlich ist. Die Rezeption in der deutschen Romantik baut auf diesen Schriften auf, verfolgt jedoch ein ganz anderes Interesse. Zum Inbegriff der hiesigen Romantik zählt u.a. der Name Novalis. Dessen Wirkungsgeschichte umfasst nicht nur die Literatur, sondern auch die Naturwissenschaften und die Medizin. Vor diesem Hintergrund lässt sich daher

---

<sup>609</sup> Swift J (2004) Gullivers Reisen. Frankfurt/Main, S. 306.

<sup>610</sup> Schäfer D (2004) Alter und Krankheit in der frühen Neuzeit. Der ärztliche Blick auf die letzte Lebensphase. Frankfurt/Main, S. 307.

das Thema „Vergessen“ in seinen Schriften aus unterschiedlicher Perspektive beleuchten. Während Jonathan Swift geriatrische Züge des Vergessens beschreibt, besitzt Novalis primär kein pathologisches Verständnis und thematisiert die kognitiven Einbußen im Kontext des Mysteriums menschlicher Psyche. Sicherlich sind nicht all seine Schriften, besonders die naturwissenschaftlichen Betrachtungsweisen zu seinen Lebzeiten beachtet und publiziert worden, aber seine Wirklichkeitsbetrachtung kann als paradigmatisch für die deutsche Romantik angesehen werden. Novalis versucht sich nicht nur in der Poesie und Literatur, sondern auch in den Naturwissenschaften. Jedoch sind alle seine Werke durchzogen vom dem Gedanken des universalen Zusammenhangs aller Bereiche. Der Grundgedanke leitet sich ab von der Vorstellung, die Realität aus der Polarität heraus erklären zu können. Anlehnungen dieses Gedankens finden wir auch bei John Brown in der Medizin wieder.

Novalis hatte allerdings ein ambivalentes Verhältnis zur Brown. Dietrich von Engelhardt weist daraufhin, dass Brown für Novalis in der Pathologie und Nosologie von zentraler Bedeutung war. Er begründet diesen Stellenwert mit einem Zitat von Hardenberg: „Brown scheint also das Hauptverdienst zu haben – das wesentlichste, charakteristische Symptom der Kr[anckheit] bermerckt und sie darnach in Beziehung auf Arzeneykunde (also schon angewandte Pathologie) geordnet zu haben.“<sup>611</sup> Novalis' Bewunderung für Brown war jedoch nicht vorbehaltlos, er hat durchaus auch Kritik an dem schottischen Mediziner geübt. Für ihn war es wichtig, einen größeren Gesamtzusammenhang herzustellen. Rüdiger Safranski beschreibt diese Intention: „Was Novalis hier vorschwebt, nennt er magischen Idealismus, und er verspricht sich große Dinge davon. Wenn wir diesen magischen Idealismus erlernt haben werden, dann wird jeder sein eigener Arzt sein – und sich ein vollständiges, sicheres und genaues Gefühl seines Körpers erwerben können – dann wird der Mensch [...] vielleicht imstande sogar sein, verlorne Glieder zu restaurieren, sich bloß durch seinen Willen zu töten, und dadurch erst wahre Aufschlüsse über Körper – Seele – Welt – Leben – Tod und Geisterwelt zu

---

<sup>611</sup> Entnommen aus: Engelhardt D von (1977) Novalis im medizinischen Kontext. In: Uerlings H (Hrsg.) Novalis und die Wissenschaften. Tübingen, S. 72.

erlangen.“<sup>612</sup> Verknüpft wird dieser magische Idealismus mit einem Polaritätsmodell, das Hans Sohni wie folgt begründet: „Der Begriff der Polarität selbst ist dem Bereich der Physik, u.z. speziell der Elektrizitätslehre entnommen, deren rasche Entwicklung gegen Ende des 18. Jahrhunderts gerade die Romantiker faszinierte. Auch Novalis versucht, von diesem physikalischen Vorstellungsbereich aus zu einem tieferen Verständnis des Phänomens Polarität vorzudringen. In einer Aufzeichnung im ‚Allgemeinen Brouillon‘ erläutert er Polarität als ‚Zersetzung‘ eines Ganzen in positive und negative Elemente, allgemein qualitativ gesehen als Unvollkommenheit.“<sup>613</sup> Die Forderung, die Novalis stellt, ist die eines polaritätsfreien Zustandes. Gesundheit definiert Novalis vor diesem Hintergrund: „Alles erklärt sich in der Elektrizitätslehre. Gesundheit ist ein Gegensatz von Krankheit. Gesundheit führt zu Krankheit. Das Gesunde ist ein Reitzleiter. Das mehr, als Gesunde – ein Nichtleiter des Reitzes.“<sup>614</sup>

Novalis ist davon überzeugt, den gesunden Zustand mit der Kraft des Willens zu erreichen. Physische sowie psychische Krankheiten lassen sich bekämpfen mit der eigenen Willensanstrengung: „Aber der Mensch selbst [...] kann [...] ursächliches Moment der Heilung werden, indem er durch sein Individuum das gute Princip, die Heilkraft der Natur zur Heilung determinirt. Diese Art der Heilung ist die *Sanatio magica* [...]“.<sup>615</sup> In diesem Kontext wird Vergessen nicht pathologisch gedacht sondern als notwendige Voraussetzung für das Erinnern betrachtet. In den „Vermischten Bemerkungen“ findet man: „Nichts ist poetischer als Erinnerung und Ahndung. Die gewöhnliche Gegenwart verknüpft beyde durch Beschränkung – Es entsteht Contiguität, durch Erstarrung – Crystallisation. Es giebt aber eine geistige Gegenwart – die beyde durch Auflösung identificiert – und diese Mischung ist das Element, die Atmosphäre des Dichters.“<sup>616</sup> Vor diesem Hintergrund hat Vergessen einen Sinn und kann mit der Kraft des Willens überbrückt werden. Durch diese Sinnggebung wird impliziert, das Vergessen sei ein bewusster Akt des

---

<sup>612</sup> Safranski R (2007) Romantik. Eine deutsche Affäre. München, S. 117.

<sup>613</sup> Sohni H (1973) Die Medizin der Frühromantik. Novalis Bedeutung für den Versuch einer Umwertung der „Romantischen Medizin“. Freiburg, S. 38.

<sup>614</sup> Novalis (2002) Das philosophische Werk. Hrsg. von Hans-Joachim Mähl, Richard Samuel. Band 2. München, S. 80.

<sup>615</sup> Ebd., S. 80.

<sup>616</sup> Novalis (1977) Schriften. Hrsg. von Paul Kluckholm, Richard Samuel. Band 2. Darmstadt, S. 468.

Gedächtnisses. Eine Haltung, die sich bis in die heutige Demenzdiskussion beobachten lässt, wenn man sich beispielsweise die Äußerung von Tilman Jens vergegenwärtigt, die Demenz seines Vaters sei wie eine Metapher für eine gezielte Verdrängung der nationalsozialistischen Vergangenheit anzusehen.<sup>617</sup> Auch die Demenztheorie der amerikanischen Begründerin der Validationstheorie basiert auf dieser Annahme und beschreibt die Demenz als Ausdruck für ungeklärte biographische Aufgaben.<sup>618</sup>

Gedächtnis und Phantasie sind für Novalis die Voraussetzungen für die Erinnerung. Lässt man sich zu sehr vom Verstande leiten, dann geschieht das, was er in „Heinrich von Ofterdingen“ schildert. „[...] ‚Ach! Liebster Vater, sagt mir doch, welche Farbe sie hatte‘, rief der Sohn mit heftiger Bewegung. ‚Das entsinne ich mich nicht mehr, so genau ich mir auch sonst alles eingepägt habe.‘ ‚War sie nicht blau?‘ ‚Es kann seyn‘, fuhr der Alte fort, ohne auf Heinrichs seltsame Heftigkeit Achtung zu geben. ‚Soviel weiß ich nur noch, dass mir ganz unaussprechlich zu Muthe war, und ich mich lange nicht nach meinem Begleiter umsah. Wie ich mich endlich zu ihm wandte, bemerkte ich, dass er mich aufmerksam betrachtete und mir mit inniger Freude zulächelte. Auf welche Art ich von diesem Orte wegkam, erinnere ich mich nicht mehr.‘  
„<sup>619</sup>

Novalis entwickelt im Umgang mit Erinnerung und Vergessen keine neue Klassifikation der Begriffe, sondern erstrebt vielmehr vorhandene Definitionen. Dabei wird eine Faszination deutlich, die von der Komplexität der menschlichen Psyche ausgeht.<sup>620</sup> Das psychische Ich wird wie ein Mysterium begriffen und beschrieben. 1789 schreibt er: „Alle unsre Erinnerungen und Begebenheiten reihen sich an eine mystische Einheit, die wir Ich nennen. Indem wir uns in der Welt umsehn, finden wir eine Menge Sensationen aller Art wunderbar gewählt, gemischt, geordnet und zusammenhängend. Wir fühlen uns wundersam von diesem Phaenomenon

---

<sup>617</sup> Jens T (2010) Demenz. Abschied von meinem Vater. München, S. 135.

<sup>618</sup> Vgl. hierzu: Sulimma K (2003) In Würde verrückt werden. Konzepte des Umgangs mit dementiell erkrankten älteren Menschen. Die Methode der Validation. (Dipl.) Frankfurt/Main, S. 61. (zuletzt aufgerufen 27.12.2013).

<sup>619</sup> Novalis (2009) Heinrich von Ofterdingen. Hrsg. und kommentiert von Gerhard Schulz. (4. Aufl.) München, S. 20.

<sup>620</sup> Vgl. hierzu Stadler U (2001) Über den Umgang mit Erinnerung. Gedächtnis-Konzepte in deutschsprachigen Texten um 1800. In: Oesterle G (Hrsg.) Erinnern und Vergessen in der europäischen Romantik. Würzburg, S. 65.



angezogen – das Phaenomenon scheint uns einzuziehn – Die Welt ist verschwunden – wir sehn nichts, als das Phaenomen an der Stelle der Welt – und jetzt entsteht der Begriff des empirischen Ich.“<sup>621</sup>

Einen anderen Akzent erleben wir in den Schriften der romantischen Schriftstellerin Karoline von Günderrode. Die Biographie der badischen Dichterin ist geprägt von der Philosophie und Literatur der Romantik, mit dem Bestreben, sich in den Schriften einen Freiraum zu erobern. Folgende Worte verdeutlichen ihren Durst nach Unabhängigkeit: „Philosophie u Poesie sind die einzigen Retter von der Gemeinheit und Beschränktheit, darum sind sie den Frauen unentbehrlich.“<sup>622</sup> Einen wichtigen Einfluss auf ihre Arbeiten übten die Publikationen von Novalis aus. Bereits mit 17 hatte sie angefangen seine Schriften zu exzerpieren und für ihre eigenen Studien zu verwenden.<sup>623</sup> Die Novalis-Verehrung nahm bei Karoline von Günderrode fast religiöse Züge an. Ruth Christmann beschreibt diese Anbetung im Einklang mit ihrem Zeitgenossen: „In den Novalissonetten schließlich nimmt Günderrode das Bild eines Messias auf, der eine neue Zeit ankündigt, und befindet sich damit durchaus in Einklang mit den Romantikern ihrer Zeit. Günderrode greift auf Novalis Motive zurück, unterläuft diese aber durch ihren eigenen Ausdruck.“<sup>624</sup> In dieser Eigenheit entwickelt sie auch eine eigene Vorstellung von Vergessen. Vergessen wird zum Instrument der lustvollen Verführung oder heilsamen Verdrängung.

Das Beispiel verdeutlicht, welche bitter-süße Konnotation Günderrode dem Vergessen beimaß.

Im Gegensatz zu der Süße des Vergessens steht die positive Erhöhung des Erinnerns bei Hölderlin. Hölderlins Hyperion kann als ein Akt der Erinnerung beschrieben werden. Friedbert Aspetsberger analysiert die poetische Erinnerung des Hyperion: „Nach Ryan ist nun Hyperion bei Beginn des

---

<sup>621</sup> Novalis (1977) Schriften. Hrsg. von Paul Kluckholm, Richard Samuel. Band 3. Darmstadt, S. 431.

<sup>622</sup> Günderrode K von (1991) Sämtliche Werke und ausgewählte Studien. Hrsg. von Walter Morgenthaler. Band II. Basel, S. 278.

<sup>623</sup> Vgl. Christmann R (2005) Zwischen Identitätsgewinn und Bewußtseinsverlust. Das philosophisch-literarische Werk der Karoline von Günderrode (1780-1806). Frankfurt/Main, S. 11 und S. 61.

<sup>624</sup> Christmann R (2005) Zwischen Identitätsgewinn und Bewußtseinsverlust. Das philosophisch-literarische Werk der Karoline von Günderrode (1780-1806). Frankfurt/Main, S. 67.

Briefschreibens, also H2, von dieser Einheitsschau nicht mehr bestimmt, ist wieder völlig ausgeworfen in die Dissonanzen und beginnt mehr oder weniger zufällig, Briefe zu schreiben. Trotz verschiedener Stellen in diesen ersten zwei Briefen, wie etwa ‚Fern und tot sind meine Geliebten‘, und ‚Mein Geschäft auf Erden ist aus‘ u.a. wollen wir ein solches Vergessen nicht annehmen, würde das doch dem ganzen erinnernden Erzählvorgang und der schließlichen Formulierung der Vision am Schluß des Romans widersprechen. Ausgerechnet jetzt, wo Hyperion zum Briefschreiber wird, wäre ein solches Vergessen auch merkwürdig.<sup>625</sup> Da der Roman in der Retrospektive geschrieben ist, nimmt die Erinnerung als Ausgangsform eine wichtige Funktion ein. Es wird innerhalb des Romans aber deutlich, wie eng Hölderlin die Erinnerung zusammen mit dem Vergessen denkt. Vergessen als notwendige Voraussetzung, um sich erinnern zu können oder aber Vergessen als eine Form der Versöhnung. Im ersten Buch schreibt Hyperion an Bellarmin: „Und siehe, mein Bellarmin! Wenn manchmal mir so ein Wort entfuhr, wohl auch im Zorne mir eine Thräne ins Auge trat, so kamen dann die weisen Herren; die unter euch Deutschen so gerne spuken, die elenden, denen ein leidend Gemüth so gerade recht ist, ihre Sprüche anzubringen, die thaten dann sich gütlich, liessen sich beiegn, mir zu sagen: klage nicht, handle! – O hätt ich doch nicht gehandelt! Um wie manche Hoffnung wär ich reicher. - Ja, vergiss nur, dass es Menschen giebt, darbendes, angefochtenes, tausendfach geärgertes Herz! Und kehre wieder dahin, wo du ausgingst, in die Arme der Natur, der wandellosen, stillen und schönen.“<sup>626</sup>

Diesem Bild des Vergessens steht die Erinnerungskultur der Brüder Grimm entgegen. Das Interesse an Märchen und das Sammeln davon wird in fast religiöser Art und Weise betrieben. Sie werden wie bedrohte Orte des Vergessens betrachtet, die in einer Erinnerungskultur gerettet werden müssen. Das Bild dieser Vorstellung wird deutlich aus der Vorrede der 1812 veröffentlichten Kinder- und Hausmärchen: „Wir finden es wohl, wenn der Sturm oder anderes Unglück, vom Himmel geschickt, eine ganze Saat zu Boden geschlagen, dass noch bei niedrigen Hecken oder Sträuchen, die am Wege stehen, ein kleiner Platz sich gesichert und einzelne Ähren aufrecht

---

<sup>625</sup> Aspetsberger F (1968) Ende und Anfang von Hölderlins Roman Hyperion: In: Jahrbuch des Wiener Goethe-Vereins 72. Wien, S. 25.

<sup>626</sup> Hölderlin F (2008) Hyperion oder der Eremit in Griechenland. Hrsg. von Joseph Kiermeier-Debre. München, S. 12.

geblieben sind. Scheint dann die Sonne wieder günstig, so wachsen sie einsam und unbeachtet fort, keine frühe Sichel schneidet sie für die großen Vorratskammern, aber im Spätsommer, wenn sie reif und voll geworden, kommen arme, fromme Hände, die sie suchen; und Ähre an Ähre gelegt, sorgfältig gebunden und höher geachtet als ganze Garben, werden sie heimgetragen, und winterlang sind sie Nahrung, vielleicht auch der einzige Samen der Zukunft. So ist es uns, wenn wir den Reichtum deutscher Dichtung in früheren Zeiten betrachten, und dann sehen, dass von so vielem nichts lebendig erhalten, selbst die Erinnerung daran verloren war, und nur Volkslieder, und diese unschuldigen Hausmärchen übrig geblieben sind. Die Plätze am Ofen, Küchenherd, Bodentreppe, Feiertage noch gefeiert, Triften und Wälder in ihrer Stille, vor allem die ungetrübte Phantasie sind Hecken gewesen, die sie gesichert und einer Zeit aus der andern überliefert haben.<sup>627</sup>

Es ist die Phantasie, die uns die Erinnerung ermöglicht. Mit der Phantasie wird uns die Möglichkeit gegeben, bedrohte Orte des Vergessens in Erzählungen wiederzubeleben. Heinz Brüggemann interpretiert diese Betrachtungsweise: „Der ‚ungetrübten‘ Phantasie als menschlichem Vermögen ist ähnlich wie der Natur das zu Überliefernde als ein Depositum, zum Gewahrsam gegeben. Nicht nur mit Orten ist sie verbunden, die selber schon dem Vergessen überantwortet sind, mit residualen Räumen und Landschaften, topologisch wird sie mit der Position am Rande, des an den Rand gedrängten identifiziert. Phantasie und das Eingedenken des Marginalisierten, Überholten, Vergessenen gehen so schon in der Vorrede von 1812 eine poetologisch signifikante Verbindung ein.“<sup>628</sup> Diese Räume entfalten sich mit märchenhaften Geschichten, die letztendlich einen moralischen Appell in sich tragen.

Eine Ausnahme bildet in der ersten Ausgabe von 1812 das Märchen vom alten Großvater und seinem Enkel. Der Erzählung fehlt der märchenhafte Rahmen und der phantastische Spannungsbogen. Die Nähe der Geschichte zur Realität vermittelt einen Einblick in die Konflikte zwischen den Generationen

---

<sup>627</sup> Grimm J; Grimm W (1812/15) Vorrede zu den Kinder- und Hausmärchen. Berlin, S. 7.

<sup>628</sup> Brüggemann H (2009) Sammlung und Spiel: Bild-Räume aus kulturellem Gedächtnis, Erinnerung und Vergessen in Gockel, Hinkel, Gakeleia. Märchen, wieder erzählt von Clemens Brentano (1838). In: (ders.) Romantik und Moderne: Moden des Zeitalters und buntscheckige Schreibart. Aufsätze. Würzburg, S. 174.

im 18. Jahrhundert und bringt einen neuen Aspekt des prospektiven Vergessens in die Auseinandersetzung. Das Märchen erzählt von einem alten Mann, der nicht mehr in der Lage ist, seine Suppe zu löffeln. Der Sohn und die Schwiegertochter ekeln sich vor dem Vater und verbannen ihn deswegen in eine Ecke ihres Hauses. Ein vierjähriger Enkel beobachtet dieses Geschehen und fängt an, einen Holznapf zu schnitzen. Auf die Frage seiner Eltern, was er damit beabsichtige, antwortet das Kind, es wolle ein Tröglein machen, aus dem Vater und Mutter essen sollen, wenn er groß und sie alt geworden sind. Daraufhin fangen die Eltern an zu weinen und holen den Großvater wieder an den Esstisch. Interessant ist das Bedürfnis nach einer moralischen Auseinandersetzung mit dem Thema Alter und die Sensibilisierung für eine Form des Erinnerns an unsere Zukunft, die zum ethischen Handeln in der Gegenwart gemahnt.

Auch wenn dieses Märchen im Gesamtkontext als ungewöhnlich zu betrachten ist, so ist das Interesse an alten Menschen sehr typisch für die romantische Generation. Man denke beispielsweise an Heinrich Heines Harzreise und seine niedergeschriebenen Eindrücke. Er beschreibt in fast märchenhafter Systematik alte Räume, zu deren Inventar auch der alte Mensch zählt. „Die steinalte, zitternde Frau, die, dem großen Schranke gegenüber, hinterm Ofen saß, mag dort schon ein Vierteljahrhundert lang gesessen haben, und ihr Denken und Fühlen ist gewiß innig verwachsen mit allen Ecken dieses Ofens und allen Schnitzeleien dieses Schrankes. Und Schrank und Ofen leben, denn ein Mensch hat ihnen einen Teil seiner Seele eingeflößt.“<sup>629</sup> Durch die Verbindung einer alten Biographie mit alten Räumen wird die Erinnerung geradezu greifbar gemacht. Damit wird Erinnerung materialisiert und ist gefeit gegen das Vergessen. Eine derartige Form der materialisierten Erinnerungskultur lässt sich bis in die zeitgenössische Demenzversorgung beobachten und gilt in der modernen Betreuung von Menschen mit Demenz als eine notwendige biographische Arbeit.

Die Kultur der Märchen lässt sich als Analogie zu unserem Langzeitgedächtnis lesen. In den Erzählungen werden alte Erinnerungen wieder wach und bleiben lebendig. Der Ort dieser Erinnerung liegt in der Tiefe

---

<sup>629</sup> Heine H (1976) Sämtliche Schriften in zwölf Bänden. Hrsg. von Klaus Briegleb. Bd. 2: 1822-1831. München, S. 118.

unserer Psyche. In den Märchen, dem Mythos, aber auch in der Poesie wird dieses apriorische Urwissen dem Vergessen entzogen. Ralf Simon interpretiert diese romantische Vorstellung: „Dem Dichter als Seher ist es gegeben, aus den Erdgestalten des Geistes wieder dessen Reinheit zu erinnern. Artikuliert er sie aber, so muß er wiederum den Geist seiner Reinheit berauben und ihn in die Erscheinungen übersetzen.“<sup>630</sup> Einen ersten Hinweis auf die gedankliche Logik dieser Vorstellung von Erinnerung erfahren wir bei Bettina von Arnim: „Was ist Erinnerung? – Erinnerung ist viel tiefer, als sich auf das besinnen, was wir erlebten. Auch in ihren Verwandlungen berührt sie ewig den Geist – sie ist unendlich – sie wird Gefühl – dann wird sie Gedanke, der reizt den Geist zur Leidenschaft; als Leidenschaft erzeugt sie den Geist aufs neue. Aus jedem Lebenskeim entsteht Leben, Leben erzeugt fortwährend Lebenskeime, die alle blühen müssen. Alles Erlebte ist Lebenskeim, die Erinnerung trägt sie im Schoß.“<sup>631</sup> Bettina von Arnim ist davon überzeugt, dass wir in der Phantasie, im Rausch und im Traum einen Zugang finden, um uns erinnern zu können.

Hier wird die Rezeption John Lockes erkennbar, der die Amnesielehre u.a. in Zusammenhang mit dem Traum thematisiert. Allerdings ist das Verständnis von John Locke konträr zu dem Verständnis der Romantiker anzusehen. Der englische Philosoph hat zwar den Zusammenhang kurz beschrieben, kommt jedoch zu einer ganz anderen Schlussfolgerung als die deutschen Romantiker. Ein Blick in die Analyse von Ralf Simon verdeutlicht diesen Widerspruch: „Diejenigen, die an eine vorgeburtliche Existenz der Seele glauben würden, sähen die Träume als bewußtseinsunabhängige Aktivität der Seele an und damit als Beweis für die Autonomie. Während Locke dieses Argument als Paradoxon erkennt, indem er auf die Schizophrenie eines Subjekts hinweist, das dann noch ein anderes Subjekt in sich hätte, ist es Herder, der schließlich ein Argument findet, die platonische Anamnesis zu sensualisieren.“<sup>632</sup>

In dieser Tradition der Sensualisierung der Erinnerung ist auch das Romanwerk Achim von Arnims, „Der Kronenwächter“, zu sehen. Den Träger

---

<sup>630</sup> Simon R (2001) Konstruierte und destruierte Medien des Erinnerns in Achim von Arnims Romanfragment: Die Kronenwächter. In: Oesterle G (Hrsg.) Erinnern und Vergessen in der europäischen Romantik. Würzburg, S. 117.

<sup>631</sup> Arnim B von (1959) Werke und Briefe. Hrsg. von Gustav Konrad. Bd. 1. Frechen, S. 528.

<sup>632</sup> Simon R (2001) Konstruierte und destruierte Medien des Erinnerns in Achim von Arnims Romanfragment: Die Kronenwächter. In: Oesterle G (Hrsg.) Erinnern und Vergessen in der europäischen Romantik. Würzburg, S. 119.

der mythischen Erinnerung stellt in diesem Roman das Blut dar. Achim von Arnim orientiert sich an der Humorallehre der Antike, die in der Medizin zum Teil noch im ausgehenden 18. Jahrhundert rezipiert wurde, und eine Verbindung sah zwischen „memoria“ und der Lehre von den Temperamenten. Im zweiten Buch entwickelt er die Figur des naturmystischen Arztes Doktor Faust. Seine Philosophie lässt sich von dem berühmtesten Zitat des Werkes ableiten: „Die Kunst des Arztes besteht darin, im alten Menschen einen neuen zu erbauen.“<sup>633</sup> Interessant ist in unserem Kontext die Verbindung von Gedächtnisleistungen mit antiker humoraler Bluttheorie, aus der die Annahme abgeleitet wurde, Alter und kognitive Einbußen mit naturmystischen Bluttransfusionen bekämpfen zu können. Doktor Faust verspricht mit dieser Therapie geradezu eine kognitive Verjüngung. Seine Funktion im Kronenwächter ist gebunden an die zentralen Aussagen zu Erinnerung und Gedächtnis. Im Anton-Roman dagegen, von vielen Autoren als ein Fortsetzungsroman des Kronenwächters betrachtet, wird Vergessen zum zentralen Thema. Auf seiner abenteuerlichen Reise wird Anton beispielsweise in ein Wasser des Vergessens gelockt, um sein Gedächtnis zu löschen. Ralf Simon schreibt dazu: „Das Getriebensein Antons, sein Gehabtsein, die nur punktuelle und metonymische Verknüpfung seiner Handlungen führen zu einer Poetik des Vergessens. Die Figuren sind Funktionen der Geschichten, in denen sie umständehalber agieren, ohne daß sie diese Umstände bestimmen könnten. Man müßte vielleicht sogar sagen, daß Anton nicht eigentlich etwas vergißt; viel eher kann er erst gar nicht ein Gedächtnis aufrecht erhalten, er befindet sich noch vor der Alternative von Erinnern und Vergessen.“<sup>634</sup>

Diese Alternative gesteht Wilhelm Hauff in seinem Märchen dem Kalifen Storch nicht mehr zu. Das Vergessen des Zauberwortes „mutabor“ kann nur noch durch eine List aufgehoben werden. Nicht einmal ein Erinnern ist möglich, sondern man muss gänzlich neu wieder an die notwendige Information kommen. In diesem Märchen gelangen der Kalif Chasi und sein Großwesir an ein geheimnisvolles Pulver, mit dem man sich in Tiere

---

<sup>633</sup> Arnim A von (1962-65) Sämtliche Romane und Erzählungen. Hrsg. von Walther Migge. Bd. 2. München, S. 170.

<sup>634</sup> Simon R (2001) Konstruierte und destruierte Medien des Erinnerns in Achim von Arnims Romanfragment: Die Kronenwächter. In: Oesterle G (Hrsg.) Erinnern und Vergessen in der europäischen Romantik. Würzburg, S. 135.

verwandeln kann. Die Verwandlung ist jedoch an die Bedingung geknüpft, nicht lachen zu dürfen. Durch eine List des Zauberers Kaschnur werden sie zum Lachen gebracht und vergessen daraufhin das Zauberwort „mutabor“. Die Gefährdung des Gedächtnisses erfolgt durch zu starke Emotionen. Durch ein herzhaftes Lachen sind sie dazu verdammt, sich nicht mehr erinnern zu können, und so können sie sich als Störche nicht mehr in Menschen zurückverwandeln.

Von starken Emotionen geleitet ist auch die Alte in der Novelle „Des öde Haus“<sup>635</sup> von E.T.A Hoffman. Durch diese Verknüpfung wird Erinnerung und Vergessen im Sinne einer geheimnisvollen Verborgenheit wieder in die Nähe der Psychiatrie gebracht. Der Verlust des Verstandes bei einem Greisen wird ebenfalls bei Goethe thematisiert, im zweiten Teil des Faust. Goethe stellte den zweiten Teil 1832 fertig, fast 25 Jahre nach dem ersten Teil. Inzwischen ist der Student zu einem Baccalaureus avanciert und trifft diesmal auf einen gealterten Mephistopheles. In einem Dialog zwischen den beiden wird der Verlust des Verstandes im Alter als ein fast selbstverständliches Symptom beschrieben.<sup>636</sup>

---

<sup>635</sup> Hoffmann ETA (2010) Der Sandmann. Das öde Haus. Nachtstücke. Hamburger Leseheft Nr. 174. Hamburg, S. 55.

<sup>636</sup> Goethe JW von (2011) Faust. Der Tragödie Zweiter Teil. Stuttgart, S. 62.

## 22 . Ikonographie dementiell veränderter Menschen

Die Entwicklung des empirischen Blicks in der Psychiatrie des ausgehenden 18. Jahrhunderts drängt die Frage auf, ob damit verbunden eine eigene bildliche Kategorie geschaffen wurde für die Darstellung von psychisch kranken Menschen und insbesondere von dementiell veränderten Menschen. Bildliche Darstellungen von Geisteskranken lassen sich in allen Epochen der Kunstgeschichte wiederfinden, dennoch scheint sich mit der Entstehung der modernen Psychiatrie auch die Ikonographie zu wandeln. Foucault spricht von den Augen, die der klinischen Wissenschaft eingesetzt wurden und die Grundlagen des diagnostischen Blicks veränderten.<sup>637</sup> Dieser diagnostische Blick schuf in der bildenden Kunst ein vermehrtes Interesse an individuellen Darstellungen von Geisteskranken, so dass einzelne psychiatrische Krankheitsbilder erkennbar wurden. Es stellt sich daher die Frage, ob in dieser Entwicklung des 18. Jahrhunderts auch der dementiell veränderte Mensch künstlerisch dargestellt worden ist. Damit diese Entwicklung nachvollziehbar wird, ist ein Blick in die Kunstgeschichte vonnöten. Eine umfassende Historie würde allerdings die Grenzen dieser Arbeit überschreiten, darum sind einige beispielhafte Ereignisse und Bildnisse ausgewählt worden, die in der kunstgeschichtlichen Literatur als paradigmatisch beschrieben werden.

Zu den ältesten Überlieferungen zählen frühmittelalterliche Darstellungen aus der karolingischen Epoche. In diesen Darstellungen dominiert die christliche Vorstellung, die Geisteserkrankung sei verursacht von einem Dämon. Die mittelalterliche Ikonographie stützt sich dabei auf Beschreibungen des Neuen Testaments (MT 8, 28; MK 5,1; LK 8,28) über die Heilung eines Besessenen in Gerasa. Als eine der frühesten Darstellungen gilt die Zeichnung im Drogo-Sakramentar aus dem 9. Jahrhundert<sup>638</sup>, zu den bekanntesten zählt sicherlich die Illustration aus dem Codex Egberti, dessen Entstehung in die Zeit 980-993 n.Chr. datiert wird (**siehe Abb. 22, S. 281**).

---

<sup>637</sup> Foucault M (1973) Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. München, S. 102.

<sup>638</sup> Vgl. Kirschbaum E (Hrsg.) (1968) Lexikon der christlichen Ikonographie. Bd. 1. Freiburg, S. 273.



Erste Ansätze die Symptome verstärkt medizinisch und weniger theologisch zu betrachten finden wir bereits in der Renaissance. Einen wunderbaren Einblick in diese gedankliche Veränderung liefern uns die Hemma-Reliefs im Dom zu Gurk. Der erst 1938 heiliggesprochenen Hemma von Gurk galt schon kurz nach ihrem Tod 1045 eine große Verehrung in Kärnten und bereits 1288 wurde sie selig gesprochen. Ihre sehr späte Heiligsprechung war sicherlich der Tatsache geschuldet, dass ihre Lebensgeschichte ganz früh verfälscht und mit biographischen Episoden der heiligen Kunigunde, der Gemahlin Heinrich II. vermischt wurde.<sup>639</sup> In Österreich, besonders in Kärnten und der Steiermark, aber auch im benachbarten Kroatien und in Bosnien wurde sie vom Volk so glühend verehrt, dass sie in der Literatur auch als „Heilige von Volkes Gnaden“ bezeichnet wurde.<sup>640</sup>

Im Auftrag des Propstes Welzer fertigte im Jahr 1515 der Meister Lienhard Pampstl<sup>641</sup> sechs Relieftafeln über die Vita und das Wirken der verehrten Hemma von Gurk. Auf der sechsten Tafel wird ein Tobsüchtiger dargestellt, mit nacktem Oberkörper und nur mit einem Lendenschurz bekleidet (**siehe Abb. 23, S. 282**). Da die Geisteserkrankungen noch nicht differenziert betrachtet wurden, muss die Krankheit selbst und ihre Darstellung als Metapher für Geisteserkrankung allgemein betrachtet werden. Den gesichtsverzehrten Ausdruck finden wir später auf vielen Darstellungen wieder - erinnert sei beispielsweise an die von Caius Gabriel Cibber geschaffenen Skulptur vor dem Bethlem Royal Hospital („Bedlam“), mit dem systematischen Versuch, die Psyche physiognomisch abzubilden (**siehe Abb. 24 und Abb. 25, S. 282-283**). Der hier dargestellte Ausdruck liest sich als ikonographischer Prototyp eines Menschen mit Verlust der Kognition, sei es durch Halluzination, durch Delirium und - wenn man konsequent weiterdenkt - auch in bestimmten Phasen der Demenz.

Neben den Darstellungen von Besessenen oder Tobsüchtigen entsteht im 16. Jahrhundert ein zusätzlicher ikonographischer Strang, Irre bildlich zu thematisieren: in Form von Narren. Um genau zu sein tritt diese Variante bereits im ausgehenden 15. Jahrhundert auf, und Foucault vermerkt dazu: „Und

---

<sup>639</sup> Vgl. Hartwagner S (1964) Die Hemma-Reliefs im Dom zu Gurk. In: Matera Medica Nordmark, 3. Sonderheft. Hamburg, S. 7.

<sup>640</sup> Ebd., S. 6.

<sup>641</sup> Ebd., S. 7.

plötzlich, in den letzten Jahren des Jahrhunderts, dreht sich diese große Unruhe um die eigene Achse. Der Spott des Wahnsinns tritt an die Stelle des Todes und seiner Feierlichkeit.<sup>642</sup> Mit dieser so skizzierten Wendung treten auch der Narr sowie die Narrheit in die bildende Kunst ein. Das berühmteste Beispiel dieser Wendung sind die Illustrationen aus dem Narrenschiff von Sebastian Brant (**siehe Abb. 26-28, S. 283-284**). Dieses 1494 erstmals gedruckte Buch bedient sich der Metapher des Narren, um eine moralische Gesellschaftskritik zu üben. In der Konnotation des 15. Jahrhunderts verstand man unter Narren nicht nur Gaukler oder Ungebildete, sondern auch Ungläubige sowie körperlich Behinderte und Geisteskranke. Aus diesem Kontext heraus wird der sündhafte Mensch als ein irrender Mensch verstanden<sup>643</sup>, so dass im Umkehrschluss der „irre“ gewordene Mensch die Folgen seiner Sünden ertragen muss. Eine Geisteshaltung, die sich spezifisch für Alter und Krankheit in der deutschen Romantik wieder durchsetzt und letztendlich auch in der zeitgenössischen Demenzdiskussion mitschwingt, wenn über mögliche Ursachen einer Demenz geforscht wird und eine falsche (ungesunde) Lebensweise für die erhöhte Prävalenzrate verantwortlich gemacht wird.

Wie sehr die gesamte Thematik des Narren und damit verknüpft die der geisteserkrankten „Irren“, noch mit der Theologie verhaftet ist, verdeutlicht ein Zitat von Sebastian Brant: „Wenn gott gerechtkeyd verlat // wor ist / der hymel ghört nit zu // den gensen / aber ouch keyn ku // keyn narr/ aff / esel / oder schwyn // kumbt gmer ewiklich dar jn // Und was ghört jn des tuffels zal // das nymbt jm nyeman vberal //<sup>644</sup> Der Narr, und damit der Irre, gehört zum Teufel und wird nicht als eine göttliche Schöpfung angesehen. In der Zeit der Inquisition wurden denn auch weibliche Geisteserkrankte als Hexen verurteilt und verbrannt.<sup>645</sup> In der bildenden Kunst waren die Narren/ Irren als Motiv gut geeignet, um moralische Gesellschaftskritik und spöttisches Klagen über ethischen Verfall zu symbolisieren. Auch wenn infolge der Konnotation des Narren der Irre stets mitgedacht wurde, vermied man auf der anderen Seite die direkte Auseinandersetzung mit den Irren. Der Demenzkranke, im wörtlichen

---

<sup>642</sup> Foucault M (1993) Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt/Main, S. 34.

<sup>643</sup> Könniker B (1966) Wesen und Wandlung der Narrenidee im Zeitalter des Humanismus. Wiesbaden, S. 21.

<sup>644</sup> Brant S (1494) Das Narrenschiff. Basel, S. 38.

<sup>645</sup> Vgl. Sprenger J; Institoris H (1974) Malleus Maleficarum. Der Hexenhammer. Nachdruck der Ausgabe von 1585. Darmstadt, S. 34.

Sinne derjenige ohne Verstand, wurde der Hölle zugeordnet, die Verkennung der Realität durch den Irrtum dagegen als Bestandteil der göttlichen Schöpfung angesehen. Foucault beschreibt diesen Widerspruch: „Auf dem Gebiet des literarischen und philosophischen Ausdrucks schlägt sich die Erfahrung des Wahnsinns im fünfzehnten Jahrhundert vor allem in der Form der moralischen Satire nieder. Nichts erinnert an die großen drohenden Invasionen, die die Vorstellungswelt der Maler heimsuchten. Im Gegenteil, man geht dem Wahnsinn sorgsam aus dem Wege, indem man nicht einmal von ihm spricht. Erasmus lenkt die Blicke von jener Demenz ab, von der er sagt: ‚die eine kömmt aus der Hölle von den grausam strafenden Furien; sie senden etwann ihre Schlangenbrut (...).‘ Nicht diese geisteskranken Formen hat er preisen wollen, sondern den ‚glücklichen Irrthum des Verstandes (der) das Gemüth von ängstlichen Sorgen befreuyt und es mit vielerley Wollust segnet‘.<sup>646</sup>

Eine direkte Auseinandersetzung mit den Irren wurde zwar vermieden, die spöttische Analyse des Alters scheute man dagegen nicht. Erasmus von Rotterdam, auf den sich Foucault hier bezieht, vergleicht Greise und Kinder und beantwortet die sich selbst rhetorisch gestellte Frage, welcher Unterschied denn zwischen ihnen bestünde so: „Sonst passen sie doch zusammen mit ihrem hellen Haar, ihrem zahnlosen Mund, ihrer körperlichen Kleinheit, dem Verlangen nach Milch, ihrem Lallen, ihrer Schwatzsucht, Läppischkeit, Vergeßlichkeit und Unbedachtsamkeit, kurz, in allem Übrigen. Je mehr sie sich dem Greisenalter nähern, umso mehr kommen sie auf die Kindheit zurück, bis sie wie die Kinder aus dem Leben gehen, ohne Lebensüberdruß und ohne Todesfurcht.“<sup>647</sup> Vor diesem Hintergrund lesen sich die Illustrationen des Narrenschiffs noch als Ausdruck eines spätmittelalterlichen Denkens.

Ein Interesse an der Darstellung unterschiedlicher Geisteserkrankungen lässt sich erst ab dem 17. Jahrhundert beobachten. Zu den frühesten Beispielen einer bildlichen Umsetzung verschiedener psychiatrischer Diagnosen zählt sicherlich der barocke Giebelstein in der Psychiatrischen Anstalt Reinier van Arckel in

---

<sup>646</sup> Foucault M (1996) Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. (12. Aufl.) Frankfurt/Main, S. 45.

<sup>647</sup> Gail AJ (Hrsg./Übers.) (2006) Erasmus von Rotterdam - Das Lob der Torheit. Stuttgart, S. 17.

Hertogenbosch.<sup>648</sup> Dieses Relief, um 1686 entstanden, zeigt sechs Personen mit anscheinend verschiedenen Geisteserkrankungen (**siehe Abb. 29, S. 284**). Bereits Breukink weist 1922 darauf hin, dass die im Relief gezeigten Irren medizinisch analysiert und die Personen einzelnen Krankheitsbildern zugeordnet werden könnten.<sup>649</sup> Interessant ist die literarische Zuordnung des rechten Kopfes, der durch die Luke neben dem Arm herauschaut. Dieser wird als alkoholischer Demenzkranker beschrieben und darf sich nicht wie die drei vorderen Figuren frei bewegen, sondern scheint in einer Kammer eingesperrt zu sein.<sup>650</sup> Sollte diese These stimmen, die Forschungslage muss allerdings mit Vorsicht betrachtet werden, dann hätten wir ein sehr frühes bildliches Beispiel für die Korsakow Demenz. Sicherlich kann man davon ausgehen, dass die Anstalt selbst medizinisch orientiert war und daraus die Schlussfolgerung ziehen, dass das Relief auf der Basis ärztlichen Wissens gestaltet wurde.<sup>651</sup>

Eine weitere Grundlage für die spätere Ikonographie eines dementiell veränderten Menschen könnte die mittlere Figur abgeben. Hier soll eine Person dargestellt sein, die unter Imbezillität zu leiden scheint. Da die Literatur des frühen 19. Jahrhunderts dementielle Symptome u.a. unter die Kategorie Blödsinn verbucht, könnte man den hier gezeigten Schwachsinnigen als eine mögliche bildliche Vorgabe für dementielle Symptome interpretieren.

Das Giebelrelief zählt sicherlich zu den frühesten Beispielen, psychiatrische Krankheitsbilder einzeln darzustellen. Dennoch liegen vermutlich auch diesem Werk keine empirischen Studien zugrunde, sondern mit hoher Wahrscheinlichkeit ein vermitteltes Wissen über Literatur und Gespräche. Dies ist umso erstaunlicher, da es in der Anatomie bereits üblich war, sich über gesellschaftliche Konventionen hinwegzusetzen und eigenständig zu

---

<sup>648</sup> Vgl. Schmidt FJM; Murken AH (1991) Die Darstellung des Geisteskranken in der bildenden Kunst. Ausgewählte Beispiele aus der europäischen Kunst mit besonderer Berücksichtigung der Niederlande. Herzogenrath, S. 15.

<sup>649</sup> Breukink H (1922) Geschiedenis der Geneeskunde. Overzicht van opvatting en behandeling van geesteszieken in oude tijden. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 66, S. 1085.

<sup>650</sup> Vgl. Schmidt FJM; Murken AH (1991) Die Darstellung des Geisteskranken in der bildenden Kunst. Ausgewählte Beispiele aus der europäischen Kunst mit besonderer Berücksichtigung der Niederlande. Herzogenrath, S. 20. Über die Genese der diagnostischen Zuordnung gibt es allerdings kaum Informationen. Für eine gesicherte Interpretation müssten die Quellen erneut überprüft werden.

<sup>651</sup> Vgl hierzu die Thesen von: Rooij HJM van (1928) Het gesticht "Reinier van Arkel" te 's-Hertogenbosch, het oudste krankzinnigen gesticht in Nederland. Hertogenbosch, S. 266. Die Anstalten wurden noch nicht medizinisch geleitet und auch nicht als medizinische Einrichtung verstanden, dennoch unterlagen sie bereits einer ärztlichen Supervision.

sezieren.<sup>652</sup> Ein vergleichbares Interesse war für die Geisteserkrankung jedoch nicht vorhanden und bildliche Darstellung noch geprägt von den überlieferten Vorstellungen aus der Literatur.

Das Interesse, in die Irrenanstalten zu gehen und die Menschen dort unmittelbar zu beobachten sowie zu studieren, entstand im 18. Jahrhundert, zunächst in England. Dabei wagten sich nicht nur Mediziner, sondern auch Künstler in die Irrenanstalten, mit der Intention, die Welt der Geisteskranken zu erforschen. Zu diesen Künstlern zählte u.a. auch William Hogarth, der mit acht Szenen des „Rake's Progress“ den Werdegang eines Wüstlings beschreibt, der aufgrund seines ausschweifenden Lebensstils letztendlich im Irrenhaus landet. Dörner vermerkt dazu: „Gerade in dieser Zeit wurde Bedlam von den meisten romantischen Schriftstellern besucht, Hogarth umgab mehrere Sujets mit Szenen aus dem Irrenhaus, und bei den Karikaturisten wurde es modern, die großen Politiker angekettet in Irrenzellen zu zeichnen.“<sup>653</sup>

Dass der Wahnsinn als Metapher für eine Gesellschaftskritik instrumentalisiert wurde, lässt sich bereits in der Renaissance beobachten, den Wahnsinn aber empirisch zu studieren, um ihn realistisch darstellen zu können, ist ein Phänomen der Romantik, insbesondere der englischen und französischen Romantik. Auch Hogarth gehörte zu den Künstlern, die sich in die Irrenanstalten trauten, die sich von gesellschaftlichen Tabus befreiten und die Nähe Geisteskranker nicht scheuten.<sup>654</sup> Das empirische Studium der Realität, der Drang, der Wirklichkeit einen Spiegel vorzuhalten, sowie die Intention, eine satirische Gesellschaftskritik vorzunehmen, zählt zu den Merkmalen dieser Generation und ganz besonders zu Hogarth. Vor allem seine Graphiken, gefüllt mit bissiger Satire und moralischen Anklagen, sind der Nachwelt in Erinnerung geblieben. Dafür studierte er die Gesellschaft, beobachtete minutiös das Verhalten der Menschen, um dann den alltäglichen Wahnsinn pointiert

---

<sup>652</sup> Vgl. Bergmann A (2004) Der entseelte Patient. Die Moderne Medizin und der Tod. Berlin, S. 108. Die Anfänge des neuzeitlichen anatomischen Sezierens verbindet Anna Bergmann mit einer Aufkündigung der traditionellen Leibvorstellung im 16. Jahrhundert. Vorausgegangen war dieser Entwicklung eine semantische Veränderung. Der Begriff Leib wurde in der deutschen Sprache im 13. Jahrhundert ersetzt durch den Begriff Körper, abgeleitet vom lat. Wort: corpus im Sinn der Bedeutung von Leichnam.

<sup>653</sup> Dörner K (1999) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. (2. Aufl.) Frankfurt/Main, S. 46.

<sup>654</sup> Lichtenberg GC (1840) W. Hogarth's Zeichnungen: nach den Originalen in Stahl gestochen. Mit der vollständigen Erklärung derselben von G.C. Lichtenberg. Herausgegeben und fortgesetzt von Dr. Franz Kottenkamp. Stuttgart, S. 459.

darzustellen. Dies mag der Grund dafür sein, dass in der kunsthistorischen Rezeption, Hogarth primär wegen seiner literarischen Inhalte und weniger wegen seiner ästhetischen Erneuerungen gewürdigt wurde. Der französische Kunsthistoriker Élie Faure notiert sich zu Hogarth: „Man denkt zuerst an den Gegenstand und wenn es auf seiner Leinwand einen köstlichen Winkel Malerei gibt, so bemerkt man ihn erst, wenn man ordentlich gelacht hat.“<sup>655</sup>

Hogarth hat zeit seines Lebens den Kupferstich bevorzugt, zum einen, weil er damit ein größeres Publikum erreichen konnte, und zum anderen, um eine weitere Vorliebe zu realisieren: die Geschichte in mehreren bildlichen Episoden zu erzählen. In diesen Kontext passt auch die Geschichte von Tom Rakewell in acht Episoden. Rake ist der Sohn eines Geizhalses, der ohne bürgerliche Erziehung ein Vermögen erbt. Hogarth's moralische Ermahnung richtet sich an Neureiche, die ohne Bildung Gefahr laufen, mit dem Reichtum nicht verantwortungsvoll umgehen zu können. Mit dem geerbten Reichtum beginnt ein Leben in Verschwendung und Maßlosigkeit. Nachdem er das gesamte Vermögen verprasst, seine Liebe Sarah Young mit einem unehelichen Kind sitzen gelassen, aus finanzieller Not eine hässliche alte Frau geheiratet und deren Vermögen ebenfalls verschleudert hat, kommt er schließlich hochverschuldet zusammen mit seiner betagten Gattin ins Gefängnis, wo er schließlich seinen Geist verliert, so dass er zu guter Letzt ins Irrenhaus eingewiesen werden muss. Die letzte Szene auf Blatt 8 (**siehe Abb. 30, S. 285**) zeigt den zusammengebrochenen, geistig verwirrten Rake in den Armen von Sarah Young, die ihm, trotz seines niederträchtigen Verhaltens ihr gegenüber, noch treu ergeben zu sein scheint.

Das Drama spielt sich mitten unter Insassen im Londoner Irrenhaus, dem Bedlam, ab. Im Hintergrund erkennt man zwei sensationserheischende Damen, die anscheinend wie in einem Zoo durch das Irrenhaus schlendern. Eine geistige Anlehnung an die mittelalterliche Praxis, geisteserkrankte Menschen auf Jahrmärkten öffentlich zur Schau zu stellen. Sie verdeutlichen aber auch, dass die gezeigte Not in der Anstalt nicht als ein gesellschaftliches Drama wahrgenommen, sondern vielmehr als Objekt der Belustigung betrachtet wurde. Im gesamten Kontext wirken die Besucherinnen lächerlich und imbezil,

---

<sup>655</sup> Zitat entnommen aus: Adhémar J (1963) Europäische Graphik im 18. Jahrhundert. Gütersloh, S. 59.

demgegenüber werden die wirklichen Insassen zwar mit ihrer Not, aber nicht entwürdigend dargestellt.

Die Akteure werden mit einigen Kernsymptomen der Psychiatrie gekennzeichnet, was Rückschlüsse auf die verschiedenen Erkrankungen zulässt. In der linken Kammer, als Zelle 54 erkennbar, kauert angekettet ein Mann mit nacktem Oberkörper, anscheinend befallen von einem religiösen Wahn, worauf das Kreuz hinter ihm hinweisen soll. Der physiognomische Ausdruck erinnert an den Tobsüchtigen des Hemma-Reliefs im Dom zu Gurk. Er korrespondiert mit dem eingebildeten König in der rechten Kammer, der Zelle 55, gekennzeichnet durch Papierkrone und Zepter. An der Wand zwischen den Zellen im Hintergrund ist ein Mann versunken damit beschäftigt, astronomische Formeln an die Mauer zu kritzeln. Vor ihm starrt ein sitzender Insasse durch eine zusammengerollte Zeitung, die er für ein Fernrohr erachtet, auf die leere Decke, die sich ihm als unendliches Universum zu offenbaren scheint. Neben ihm hockt ein weiterer Insasse, mit einem Maßband ausgestattet, was symbolisch auf den Anfang der Geschichte hinweisen soll, dem ersten Blatt, auf dem Rake sein Erbe entgegen nimmt, während er sich gleichzeitig ein neues Kleid anmessen lässt. Der rechte Bildrand wird abgeschlossen durch eine Dreiergruppe um eine Treppe herum. Auf dieser hockt ein apathisch wirkender Mann, der nicht einmal durch das Anklaffen eines Hundes aus seiner Apathie gerissen werden kann. Hinter dem Geländer erscheint ein Violinist, der seine Noten als Kopfbedeckung benutzt. Sein absurdes Fiedeln lässt damit den singenden Mann rechts neben ihm ebenfalls absurd wirken und suggeriert dem Betrachter ein leeres, inhaltloses Singen.

Die künstlerische Bedeutung des Bildes liegt in der Kombination von empirischen Studien sowie den Entlehnungen einer herkömmlichen kunstgeschichtlichen Ikonographie begründet. Bereits sehr früh ist die körperliche Pose des tragischen Helden im Irrenhaus mit einer Portalfigur von Bedlam, der Skulptur des dänischen Bildhauers Gaius Gabriel Cibber, in Verbindung gebracht worden.<sup>656</sup> Für das Londoner Publikum war diese Anlehnung mit eindeutigen Assoziationen verknüpft. In der

---

<sup>656</sup> Nichols J (1783) Beiträge zu Wilhelm Hogarths Lebensbeschreibung. Nebst einem nach der Zeitfolge geordneten und mit Erklärungen begleiteten Verzeichnisse seines Kupferstichwerks. Leipzig, S. 122.

kunstgeschichtlichen Rezeption wurde immer wieder diskutiert, ob Rake in der letzten Szene stirbt oder nur gefesselt wird. Als Hinweis für einen sterbenden Rake wurde die kompositorische Nähe zu einem Gemälde Raffaels, das den Tod Ananias (**siehe Abb. 31, S. 285**) darstellt, angesehen.<sup>657</sup>

Es lässt sich nicht eindeutig belegen, ob Rake tatsächlich stirbt, dass er aber in die Nähe eines Sterbenden gerückt wird, scheint dagegen offensichtlich. Damit wird dem Betrachter ein unwiderrufliches Ende seines Schicksals vermittelt, das keinen Ausweg mehr kennt. Diese These von einem Sterbenden unterstützt auch Werner Busch mit dem Hinweis, die gesamte Komposition des liegenden Rake, umringt von Sarah und seinen Wärtern, beinhalte das typische ikonographische Vokabular einer Beweinungsszene aus der christlichen Ikonographie. „Hogarth“, so Werner Busch, „ist sich über das ikonographische Vokabular einer Beweinungsszene genauestens im Klaren, er führt die Umsetzung in allen Einzelheiten durch. In der in Dreiecksform angeordneten Hauptgruppe nimmt der Rake die Rolle des nur mit einem Lendenschurz bekleideten Christus ein, Sarah Young die der trauernden Maria, die sich mit einem Tuch die Tränen trocknet. Der stehende Wärter bzw. Priester übernimmt die Rolle des Maria tröstenden Johannes, der zweite Wärter, der die Fußketten des sterbenden Rake öffnet, tritt an die Stelle der Maria Magdalena, die Christi Füße liebkost.“<sup>658</sup>

Trotz dieser hoch eingestuften ästhetischen Qualität und der beschriebenen Nähe zur Kunstgeschichte, blieb Hogarth's Einfluss auf die englische Kunst sehr beschränkt. Bedeutsamer für die Entwicklung einer Ikonographie von demenziell veränderten Menschen ist die Rezeption durch Lavater, der in seinen physiognomischen Fragmenten Bezug nimmt auf Hogarth. In seinem vierten Versuch wird die Entwicklung des Alters skizziert, von der Kindheit bis zum hochbetagten, gebeugten alten Menschen (**siehe Abb. 32, S. 286**). In Anlehnung an seine Physiognomien beschreibt er Hogarth als den größten Meister, der in der Lage sei, Gesichter mit ihrem Charakter darzustellen und proklamiert: „[...] ja der schlechte Mahler kann keine andere, als schlechte

---

<sup>657</sup> Vgl. Kunzle D (1966) Plagiarism-by-Memory of the Rake's Progress and the Genesis of Hogarth's second Picture Story. In: Journal of the Warburg and Courtauld Institutes Vol. 29, S. 340.

<sup>658</sup> Busch W (1977) Nachahmung als bürgerliches Kunstprinzip. Ikonographische Zitate bei Hogarth und in seiner Nachfolge. Hildesheim, S. 4.



Gesichter zeichnen, aber wenige wissen ihren schlechten Gesichtern einen bestimmten Charakter zu geben, wissen den Grad des moralischen Verfalls gehörig auszudrücken; haben Gefühl für die bestimmte Harmonie der moralischen und körperlichen Schlechtigkeit. Hogarth und Rembrandt scheinen diese Carrikaturen der Menschheit entweder tief studiert, oder tief gefühlt zu haben.“<sup>659</sup> Mit den Physiognomien Lavaters entsteht ein frühes ikonographisches Vokabular hochbetagter alter Menschen, die, wie in der bildlichen Abfolge erkennbar, im letzten Quadrat eine körperliche und geistige Hinfälligkeit andeuten. Damit rückt diese Skizze langsam in die Nähe einer Illustration eines dementiell erkrankten Menschen

In enger Verbindung zu Lavater steht der in Danzig geborene Künstler Daniel Nikolaus Chodowiecki. Der vorwiegend in Berlin wirkende Künstler hat für Lavater viele Illustrationen, u.a. auch in seinen physiognomischen Fragmenten durchgeführt. Seine Nähe zu Hogarth wird besonders anschaulich in dem Berliner Gemälde „Abschied des Calas von seiner Familie“ (**siehe Abb. 33, S. 286**). Die hier dargestellte Szene erinnert stark an die kompositorische Gruppe um Rake im Irrenhaus. Interessanter für die Entstehung einer Ikonographie eines Demenzerkrankten ist jedoch eine Illustration für Lavater mit der Überschrift „Schwache und thörichte Menschen“, um 1776 entstanden (**siehe Abb. 34, S. 287**). Auch wenn die hier gezeigten Köpfe zum großen Teil bereits im betagten Alter zu sein scheinen, thematisieren die Illustrationen die angeborene Imbezillität und nicht den „erworbenen Blödsinn“.

Die ersten Darstellungen dementiell erkrankter Menschen müssen wohl in Frankreich lokalisiert werden, im ausgehenden 18. Jahrhundert. Einige Quellen weisen darauf hin, dass die frühesten Abbildungen psychiatrischer Krankheitsbilder im Kontext von Pinels medizinischer Abhandlung: „Nosographie philosophique ou méthode de l'analyse appliqué à la médecine“ entstanden sein sollen. Allerdings sind weder in der ersten Ausgabe von 1798, noch in der deutschen Übersetzung von 1798 Abbildungen gedruckt worden, so dass lediglich eine Vermutung im Raum steht, genährt durch einen Brief

---

<sup>659</sup> Lavater JC (1775) Physiognomische Fragmente, zur Beförderung der Menschenkenntnisze und Menschenliebe. Erster Versuch. Leipzig, S. 87.

von Benjamin Rush, 1802, an den Künstler Gilbert Stuart, in dem von einem derartigen Vorhaben gesprochen wird.<sup>660</sup>

Vor diesem unsicheren Hintergrund müssen wir davon ausgehen, dass es vielmehr Esquirol war, der die ersten psychiatrischen Krankenbilder veröffentlichte. Bereits 1816 publizierte er den ersten Beitrag über die Geisteskrankheiten im sechzehnten Band des „Dictionnaire des Sciences Médicales“, der später, 1838, Bestandteil einer größeren Publikation wurde.<sup>661</sup> Esquirol erfuhr in Deutschland eine hohe Aufmerksamkeit, diese 1838 erschienene Veröffentlichung wurde bereits im selben Jahr ins Deutsche übersetzt und zusammen mit den Krankenbildern herausgegeben. Der Schüler Pinels zeigt sich in diesem Werk nicht als strenger Befolger seines Lehrers, sondern beschreitet eigene Wege, beeinflusst u.a. durch den deutschen Gehirnforscher Franz Josef Gall, so dass er bereits gleich in der Einleitung seinen phrenologischen Ansatz verdeutlicht und die Geisteskrankheiten als Gehirnkrankheiten beschreibt.<sup>662</sup> Diese inhaltliche Nähe zu Gall bildet die Grundlage eines physiognomischen Denkens, das in den Abbildungen zum Ausdruck kam. Damit seine Vorstellungen möglichst detailliert realisiert wurden, gewährte er dem beauftragten Künstler Ambroise Tardieu kaum künstlerischen Freiraum. Es gibt keine allegorischen Anspielungen, keine charakterisierenden Interieurs oder zusätzliche Personen, die von einer rein medizinischen Betrachtung hätten ablenken können. Sämtliche Darstellungen basieren auf Beobachtungen Esquirols, der neben seinen Notizen und Beschreibungen eine Vielzahl von Zeichnungen sowie Masken seiner Patienten anfertigen ließ.<sup>663</sup>

Hinter dem Vorhaben steht der Anspruch einer realistischen Darstellung der medizinischen Vorgaben, zur bildlichen Erläuterung der eigenen Nosologie. Um diesen Werdegang in den Illustrationen nachvollziehen zu können, bedarf es der näheren Betrachtung einiger theoretischer Ansätze seines medizinischen Denkens. Esquirol verwendet bereits den Begriff „démence“ auch im Zusammenhang mit Alterssenilität. Allerdings wird der Terminus nicht nur auf

---

<sup>660</sup> Vgl. Bhattacharya-Stettler T (1992) *Nox Mentis. Die Darstellung von Wahnsinn in der Kunst des 19. Jahrhunderts.* Bern, (Anm. 151) S. 201.

<sup>661</sup> Vgl. Dahm S (1981) *Frühe Krankenbildnisse: Alibert - Esquirol - Baumgärtner.* Köln, S. 99.

<sup>662</sup> Vgl. Esquirol JED (1968) *Von den Geisteskrankheiten.* Hrsg. von E. H. Ackerknecht. Stuttgart, S. 7

<sup>663</sup> Vgl. Dahm S (1981) *Frühe Krankenbildnisse: Alibert - Esquirol - Baumgärtner.* Köln, 119.

das Alter beschränkt, sondern als eine allgemeine Krankheitsform mit einer hohen Prävalenz im Alter beschrieben. Neben der Monomanie, darunter versteht er den fixen Wahn, der Manie und dem Blödsinn gehört die „Démence“ mit der deutschen Übertragung „Verwirrtheit“ zu den vier Krankheitsklassen seiner Systematik. Die Monomanie äußert sich als Irrwahn, dafür wird auch der Begriff „Delirium“ verwendet, der sich nur auf einen Sachverhalt beschränkt, demgegenüber in der Manie das Delirium in der ganzen Breite auftritt und gepaart ist mit einer großen Aufregung.<sup>664</sup> Den Blödsinn betitelt er mit dem Terminus „Idiotisme“, in der deutschen Übersetzung wird denn auch von der Idiotie gesprochen. In der Systematik deutscher Mediziner werden die dementiellen Symptome unter dem angeborenen Blödsinn subsumiert. Esquirol erläutert, nachdem er vorab festgestellt hat, dass die Idiotie nicht als Krankheit, sondern als Zustand zu begreifen sei, den Unterschied zu Verwirrtheit wie folgt: „Die Verwirrtheit und die Idiotie sind wesentlich voneinander verschieden, oder die Prinzipien jeder Classification sind illusorisch. Die Verwirrtheit, so wie die Manie und Monomanie beginnen nur erst von der Pubertät an; sie haben eine Periode des mehr oder minder schnellen Zunehmens. Die chronische Verwirrtheit, die Verwirrtheit der Greise nimmt durch die Abnutzung der Organe und den allmäligen Verlust einiger Fähigkeit von Jahr zu Jahr zu. Alle Symptome verrathen die physische Schwäche, alle Züge sind gedehnt, die Augen trübe, matt, und will der Verwirrte handeln, so wird er durch die fixe Idee, die den allgemeinen Verlust der Intelligenz überlebt hat, dazu bewogen.“<sup>665</sup>

Die Ursachen der allgemeinen Verwirrtheit skizziert der Pariser Arzt in einer Tabelle<sup>666</sup> und entwickelt damit eine frühe Form der statistischen Medizin. Die Tabelle zeigt die Ursache „Vorgerücktes Alter“ als größte Gruppe der Verwirrten an. Esquirol kommt denn auch zu der Schlussfolgerung: „Die Geisteskrankheiten könnten also in Beziehung aufs Alter folgendermaßen eingetheilt werden: Blödsinn für das kindliche Alter, Manie und Monomanie für die Jugend, Melancholie für ein vorgerücktes Alter, und Verwirrtheit für

---

<sup>664</sup> Vgl. Baer R (1998) Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart, S. 20.

<sup>665</sup> Esquirol JED (1838) Die Geisteskrankheiten in Beziehung zur Medizin und Staatsarzneikunde. Berlin, S. 158.

<sup>666</sup> Ebd., S. 128.

das höhere Alter.<sup>667</sup> In diesem Kontext sollten auch die Illustrationen (**siehe Abb. 35, S. 287-289**) betrachtet werden, wenn auch die Darstellung von

| <b>Physische Ursachen:</b>        |    |
|-----------------------------------|----|
| Störungen der Menstruation        | 15 |
| Klimakterische Jahre              | 35 |
| Folge des Wochenbetts             | 8  |
| Fall auf den Kopf                 | 3  |
| Vorgerücktes Alter                | 49 |
| Unregelmässige Fieber             | 3  |
| Unterdrückung der Hämorrhoiden    | 2  |
| Manie                             | 18 |
| Monomanie                         | 15 |
| Paralysis                         | 5  |
| Apoplexie                         | 2  |
| Syphilis, Missbrauch des Mercuris | 2  |
| Fehler des Regimes                | 6  |
| Missbrauch geistiger Getränke     | 6  |
| Onanie                            | 11 |
| <b>Psychische Ursachen</b>        |    |
| Unglückliche Liebe                | 5  |
| Schreck                           | 7  |
| Politische Erschütterungen        | 8  |
| Getäuschter Ehrgeiz               | 3  |
| Elend                             | 5  |
| Häuslicher Kummer                 | 12 |
| Unbekannte Ursachen               | 14 |

betagten Menschen weniger im Vordergrund steht, so stehen sie doch für eine Erkrankung im Alter.

Insgesamt vier Illustrationen (**Nr. 11 bis Nr. 14, Seite 288/289**) stellen unterschiedliche Formen der Verwirrtheit dar. Die erste Abbildung zeigt einen demenzkranken Mann, sitzend in einem Sessel, die Ellenbogen auf die Armlehnen gestützt, mit einem seitlich abgewendeten Blick, so dass der Betrachter das Gesicht im Profil wahrnimmt. Ein Gurt über die Rückenlehne sowie lockere Binden um die Unterarme, deuten darauf hin, dass der sehr entspannt wirkende Patient jederzeit wieder fixiert werden kann. Es handelt sich um einen Kranken mittleren

Alters, also nicht um einen alterserkrankten, aber nicht so sehr das Alter steht hier im Vordergrund, vielmehr das Symptom der plötzlichen Unruhe. Folgt man der Global Deterioration Scale, dann liegt bereits ein schwerer Grad an Demenz vor, wenn starke Unruhen und aggressives Verhalten auftreten. Ebenso zählen auch Misstrauen, Angstsymptome und Verfolgungsgedanken zu

<sup>667</sup> Esquirol JED (1968) Von den Geisteskrankheiten. Hrsg. von E. H. Ackerknecht. Stuttgart, S. 39.

schweren kognitiven Leistungseinbußen.<sup>668</sup> Symptome, die die zweite Abbildung über Verwirrtheit zu thematisieren versucht. Ein auf dem Boden hockender Mann, scheinbar etwas älter als der Kranke der vorherigen Illustration, hat seine Arme um die Knie geschlungen und schaut ängstlich, misstrauisch aus dem Bild. Die dritte Tafel über Verwirrtheit zeigt eine junge Frau, ebenfalls auf dem Boden hockend, mit einem starren Blick auf einen imaginären Punkt. Mit ihr korrespondiert die zweite, ältere Frau auf der vierten Tafel, deren tiefer Halsausschnitt eine gewisse Verwahrlosung andeutet, vermutlich begründet in einer Orientierungslosigkeit, die der Künstler hier mit dem sorgenvollen, ängstlichen Blick in die Bildersprache umzusetzen versucht.

Alle Bilder der Verwirrtheit thematisieren Kernsymptome einer dementiellen Erkrankung, gleichzeitig beschreibt Esquirol eine hohe Prävalenz dieser Symptome im fortgeschrittenen Alter, und dennoch verwendet er für die Abbildungen keine betagten Patienten. Das Bild des Alters bleibt in dieser Illustrationsfolge der „Dämonomanie“ (**Nr. 5, Seite 288**) vorbehalten. Es ist eine alte Frau, die glaubt, vom Teufel besessen zu sein, und mit dünnem fransigem Haar sowie einer sehr hohen Stirn den Betrachter melancholisch anschaut. Auch dieses Bild lässt sich mit dem modernen Demenzkonzept in Verbindung bringen. Wahnvorstellungen lassen sich bei einigen Demenzen beobachten, ausgelöst durch degenerative Schädigungen neuronaler Strukturen.

Die Illustrationen bei Esquirol entwickeln ein erstes ikonographisches Vokabular für dementielle Symptome, der Schritt zur Darstellung eines altersverwirrten Menschen wurde in letzter Konsequenz allerdings noch nicht umgesetzt. Als gesichert kann jedoch angesehen werden, dass die Abbildungen dem deutschen Publikum bekannt waren. Aufgrund der Veröffentlichungen und deutschen Übersetzungen, sowie den Anmerkungen in mehreren Abhandlungen deutscher Mediziner kann geschlussfolgert werden, dass die französische Psychiatrieentwicklung westlich des Rheins aufmerksam verfolgt wurde.

Zu den Kennern muss auch der deutsche Maler Wilhelm von Kaulbach gezählt werden. Sein „Narrenhaus“ zählt sicherlich zu den frühesten Bildnissen geisteskranker Menschen im deutschsprachigen Raum (**siehe Abb. 36, S. 290**).

---

<sup>668</sup> Hampel H; Padberg F; Möller HJ (Hrsg.) (2003) Alzheimer-Demenz. Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien. Stuttgart, S. 84.

Das Bild ist vermutlich um 1830 entstanden und zeigt die Insassen einer Irrenanstalt geschlossen in einem Hof. Über die Datierung des Bildes ist sich die Kunstgeschichte nicht ganz einig, einen Hinweis ex post liefert uns ein Brief an die Gattin Josephine, datiert vom 4. Juli 1831: „Meine Arbeiten haben hier außerordentlich gut gefallen, sie kannten diese nur vom Hörensagen. Die Darstellung meines ‚Narrenhauses‘ und des ‚Sonnenwirts‘ erregte Erstaunen. Sie sagten, sie hatten bis jetzt keine Vorstellung gehabt, wie vielfältig sich ein Künstler ausüben kann: wie vielerley ihm zu Gebote steht, auf welch mannigfaltigem Wege er die Natur kennen lernen kann.“<sup>669</sup> Damit kann das Bild nicht nach das Jahr 1831 datiert werden.

Um den Ursprung des Bildes ranken sich mehrere Thesen. Durchgesetzt hat sich vor allem die „Legende vom Irrenhausbesuch“<sup>670</sup>. Auf die Fragen, wie das Narrenhaus entstanden sei, antwortet Kaulbach mit der folgenden Geschichte: „Eines Tages kam der Arzt des Hospitals zu uns und sagt. Nun, ihr jungen Rafaels, kommt mal mit! Er führte uns in die Kirche der Anstalt und zeigte uns die leeren getünchten Wände, was für uns maldurstigen Seelen ein verlockender, herrlicher Anblick war, denn wir konnten da loslegen und den Pinsel spazieren führen! Ich hatte keine Idee von Freskomalerei und brannte deshalb erst recht darauf, dieses neue Feld kennen zu lernen. Der Arzt stellte uns die Wände ganz zur Verfügung, und so malten wir frisch, frech und froh drauf los, eine Himmelfahrt Mariä. Was ich aber dabei gemalt und was die anderen, das wüßte ich wahrhaftig nicht mehr zu sagen. Als Lohn hatten wir uns Brot und Käse nach Belieben ausgebeten, für einen Kunsthändler von heute wohl ein herrlicher Kaufpreis. Da aßen wir uns denn nach Herzenslust satt und tranken Wasser dazu. Als das Bild fertig war, nahm der Arzt Eberle und mich beiseite und sprach: Nun will ich euch noch eine Lehre mit auf den Weg geben; so jungem übermutigen Volk wie euch, kann das nichts schaden. Ich will euch die armen Kranken zeigen! Und nun führte uns der Mann von Zelle zu Zelle und erklärte und erzählte uns die ganze Lebens- und Leidensgeschichte eines jeden. Heute noch hoffe ich, daß er, um uns vor schlechten Streichen zu bewahren, übertrieben hat. Ach es war so entsetzlich,

---

<sup>669</sup> Entnommen aus: Dürck-Kaulbach J (1918) Erinnerungen an Wilhelm von Kaulbach und sein Haus. München, S. 157.

<sup>670</sup> Waldvogel M (2007) Wilhelm Kaulbachs Narrenhaus (um 1830). Zum Bild des Wahnsinns in der Biedermeierzeit. (Magisterarbeit =) LMU-Publikationen / Geschichts- und Kunstwissenschaften Nr. 18. München, S. 75.

so traurig! Da die armen geisteskranken Menschen, und hier der Arzt, der leise flüsternd die furchtbarsten Bilder menschlichen Elends entrollte. Wir junges Volk hatten ja keine Ahnung von solchen Schicksalen und hatten so ruhig in den Tag hinein gelebt. Nun mit einem Male lernten wir das Leben, und gerade von der grausamsten Seite, kennen. Es ist das einer der schrecklichsten Tage meiner Jugend. Ach, wie recht hatte der Arzt! Er hatte uns einen Denkkzettel mitgegeben, den ich wenigstens nicht so schnell vergessen konnte. Als wir aus dem Haus in die freie Natur traten, fiel der Bann, und wir weinten wie die Kinder, und mich verfolgten die unglücklichen Geschöpfe monatelang im Traum und im Wachen. Es war wie eine Krankheit! Erst hier in München wurde ich das Bild los, indem ich mich entschloß, es aufs Papier zur bringen, und seht, so entstand das Narrenhaus.<sup>671</sup> Ob die Geschichte sich tatsächlich so zugetragen hat, ist höchst umstritten. Werner Busch hat versucht, dieses Ereignis als bewusste Legende nachzuweisen, die wahrscheinlich gezielt für die öffentliche Verbreitung des Bildes kreiert wurde.<sup>672</sup>

Wie auch immer die Ursprünge sich ereignet haben, Kaulbach gewährt für das deutschsprachige Publikum einen ersten visuellen Einblick in eine Irrenanstalt. Seine Herangehensweise erinnert dabei stark an die Illustration von Hogarth. Kaulbach zeigt eine Gruppe geisteskranker Menschen, ausgestattet mit ikonographischen Insignien, die bestimmte Krankheitsbilder suggerieren sollen und zum Teil bei Hogarth schon verwendet werden, schaut man beispielsweise auf den kreuztragenden Mann und den vermeintlichen König der Krone.

Ein Zeitgenosse und enger Vertrauter Kaulbachs, Guido Görres, hat bereits 1834 eine Beschreibung des Bildes mit Erläuterungen der einzeln dargestellten Patienten veröffentlicht. Görres entwirft ein Plädoyer für eine größere Aufmerksamkeit auf die Leidenden in einer Irrenanstalt. Die unhaltbaren Zustände betrachtet er als eine irdische Form der Hölle und schreibt: „Wenn wir ein Narrenhaus betreten, dann scheint uns, was das Alterthum von den Qualen der Unterwelt berichtet, zur furchtbaren Wirklichkeit geworden zu

---

<sup>671</sup> Entnommen aus: Dürck-Kaulbach J (1918) Erinnerungen an Wilhelm von Kaulbach und sein Haus. München, S. 104.

<sup>672</sup> Busch W (1985) Die notwendige Arabeske. Wirklichkeitsaneignung und Stilisierung in der deutschen Kunst des 19. Jahrhunderts. Berlin, S. 136.

sein.<sup>673</sup> Mit Kaulbach bekommen wir nun einen Einblick in das Innere dieser Hölle und Görres entwirft unterschiedliche Schicksalsbilder hinter den Menschen in einer Anstalt. Görres bezieht sich in seinen Beschreibungen auf Esquirol, womit die intensive Rezeption des französischen Arztes in Deutschland noch einmal bestätigt wird, und zitiert ihn mit den Worten: „So führt Esquirol das Beispiel eines Kindes von 13 Jahren an, das sich erhängte und einen Brief hinterließ, der so anfing: Meine Seele vermache ich Rousseau, meinen Körper der Erde. Ein anderes Kind musste seine Mutter, die zu sterben begehrte, mit Matratzen und Hausgeräth in ihrem Bette zudecken. Es blieb am Bette ohne aufzustehen, gegen die Thüre gekehrt, bis zum anderen Morgen sitzen, wie ihm die Mutter befohlen hatte. Als es sie erstickt fand, ging es hin und erhängte sich. Überhaupt sind Selbstmorde in ganz jungem Alter gegenwärtig in Frankreich gar nichts so außerordentlich seltenes. Zuweilen tritt der Wahnsinn im höchsten Alter ein, wie man Beispiele von achtzigjährigen Greisen hat, die von der Manie befallen wurden, während der eigentliche Blödsinn selten das fünfundzwanzigste Jahr überlebt.“<sup>674</sup>

Der Hinweis auf Esquirol verstärkt die Vermutung, dass auch Kaulbach dessen Schriften kannte. Diese Annahme ist insofern interessant, als die Krankheitslehre mit den Abbildungen geisteskranker Menschen in Frankreich bereits 1816 erschien, in Deutschland aber erst 1839 als vollständige Ausgabe herauskam. Görres und Kaulbach müssten demzufolge die französische Ausgabe gekannt haben. Aus diesem Zusammenhang heraus kann die alte Frau am linken Bildrand als Personifizierung einer gerontopsychiatrischen Erkrankung gesehen werden, die nach Esquirol vorwiegend dem Zustand einer Verwirrtheit zuzuordnen ist - deswegen muss der Analyse von Miriam Waldvogel widersprochen werden, die die Krankheitsform dieser Frau als schwierig bestimmbar beschreibt.<sup>675</sup> Kaulbachs Bild bewegt sich zwischen dem kompositorischen Aufbau eines Hogarth und einer nosologischen Zuordnung nach Esquirol. Damit schafft er das erste ikonographische Vokabular eines dementiell erkrankten alten Menschen.

---

<sup>673</sup> Kaulbach W von (1836) Das Narrenhaus von Wilhelm von Kaulbach, gestochen von H. März, erläutert von Guido Görres nebst Ideen über Kunst und Wahnsinn. Regensburg, S. 24.

<sup>674</sup> Ebd., S. 30.

<sup>675</sup> Waldvogel M (2007) Wilhelm Kaulbachs Narrenhaus (um 1830). Zum Bild des Wahnsinns in der Biedermeierzeit. (Magisterarbeit =) LMU-Publikationen / Geschichts- und Kunstwissenschaften Nr. 18. München, S. 34.



Ungefähr neun Jahre nach Kaulbach erscheint eine medizinische Publikation von Karl Heinrich Baumgärtner mit dem Versuch, die Symptome einzelner Krankheiten auch mit Abbildungen zu erklären. Analog dem Vorbild von Esquirol handelt es sich um eine medizinische Abhandlung und diese folgt primär einem pädagogischen Interesse und weniger einem künstlerischen. Der aus Pforzheim stammende Mediziner darf, mit Einschränkung, als Urheber für die ersten medizinischen Abbildungen für das deutschsprachige Publikum angesehen werden. 1839, ein Jahr nach Esquirols Veröffentlichung, erscheint sein Werk über die Krankenphysiognomik. Dem Werk ist ein Atlasband beigelegt mit 72 großformatigen Folien, in dem aus allen diagnostischen Bereichen bildliche Beispiele gezeigt werden. Insgesamt umfasst die Abhandlung sechs große Gruppen: erstens die verschiedenen Formen der Fiebererkrankungen, zweitens eine Auflistung der Kachexien, drittens die Krankheiten des Unterleibes, viertens die Erkrankungen der Brust, fünftens die des Kopfes und sechstens die verschiedenen Seelenstörungen. Mit 16 Tafeln werden 11 unterschiedliche Krankheiten der Seele dargestellt, die Fallsucht der Neugeborenen, die allgemeine Fallsucht, Mutterkrämpfe, der Kinnbackenkrampf, der Wahnwitz, der fixe Wahn, die Schwermuth, die allgemeine Verwirrtheit, die Wuth, der erworbene Blödsinn und der angeborene Blödsinn. Die für die dementielle Ikonographie interessanten Diagnosen der allgemeinen Verwirrtheit und des erworbenen Blödsinns sind nur in der ersten Auflage mit Abbildungen hinterlegt, spätere Auflagen veröffentlichen diese Folien nicht mehr. Geschaffen wurden die handkolorierten Lithographien von dem Künstler Carl Sandhaas, einem Schüler des Künstlers Peter von Cornelius.<sup>676</sup> Sandhaas hat in der Klinik die Gesichter der Erkrankten studiert, um damit größtmöglich realistisch die Krankenporträts umsetzen zu können, allerdings lässt sich nicht mit hundertprozentiger Sicherheit belegen, ob alle Abbildungen auf Sandhaas zurückgeführt werden können oder ob man noch zusätzlich assistierende Künstler vermuten muss.<sup>677</sup>

Die erste Illustration, die in die Richtung einer Ikonographie der Demenz interpretiert werden könnte, ist die Tafel 74 (**siehe Abb. 37, S. 291**) Diese Tafel zeigt einen Kranken im Zustand einer allgemeinen Verwirrtheit. Das

---

<sup>676</sup> Vgl. Bhattacharya-Stettler T (1992) Nox Mentis. Die Darstellung von Wahnsinn in der Kunst des 19. Jahrhunderts. Bern, S. 36.

<sup>677</sup> Vgl. Dahm S (1981) Frühe Krankenbildnisse: Alibert - Esquirol - Baumgärtner. Köln, 128.

Haar zerwühlt, der Blick angespannt und der Ausdruck wirr, Zeichen, die darauf weisen, einen kognitiv beeinträchtigten Menschen zu sehen. Baumgärtner kommentiert das Bild: „Ein Knabe von 9 Jahren, der dieses Bild zufällig sah, äußerte sogleich, dieses ist ein Narr! Ja dieses muss jeder erkennen, aber, werden wir nach den einzelnen Merkmalen gefragt, die in diesem Bilde uns die Seelenstörung kund thun, so fällt es schwer, die Antwort zu geben.“<sup>678</sup>

Auch die nächste Tafel illustriert eine Person im Delirium Universale (**siehe Abb. 38, S. 291**), im Zustand der allgemeinen Verwirrtheit. Bei der dargestellten Person handelt es sich um eine Frau mit ausschweifenden, gestikulierenden Bewegungen. Der gesamte Ausdruck vermittelt einen angespannten, zum Teil verkrampfenden Körper. „Welch ein Teufels-Spuk“, so Baumgärtner beim Beschreiben des Bildes, „zieht dir vor der Seele vorüber, wahnsinniges Weib! Blick, Miene und Stellung deuten auf Schrecken und es ist, wie wenn die Kranke einen schrecklichen Gegenstand vor sich erblickte und sich vor ihm zu erwehren suchte, die Sehaxen der Augen treffen übrigens doch nicht auf einen bestimmten äussern Punkt zusammen, sie haben daher etwas Stieres, in sich Gekehrtes, und wir erkennen aus ihnen, dass ein Erzeugnis der Einbildungskraft es ist, welches die Kranke in so heftige Bewegungen versetzt.“<sup>679</sup>

Auch wenn mit den Symptomen der Verwirrtheit eine Nähe zu dementiellen Symptomen vermutet werden könnte, analog dem Ansatz Esquirols, so hat Baumgärtner in seiner Systematik dementiell veränderte Menschen weniger in dieser Kategorie gesehen und folgt damit nicht dem Franzosen, sondern vielmehr den deutschen Autoren. In der deutschen Literatur wird der dementiell erkrankte Mensch eher dem erworbenen Blödsinn zugeordnet. Ein Beispiel für erworbenen Blödsinn wird auf Tafel 78 (**siehe Abb. 39, S. 291**) dargestellt. Hier wird nun ein älterer Mann mit einem orientierungslosen Blick illustriert, obwohl, folgt man der Logik Esquirols, der erworbene Blödsinn kaum im fortgeschrittenen Alter zu beobachten ist. Baumgärtner selbst erläutert das Bild: „In dem Gesichte dieses Kranken liegt ein doppelter, die Art des Seelenlebens bezeichnender Ausdruck, düstere Gemüthsstimmung und

---

<sup>678</sup> Baumgärtner KH (1838) *Kranken-Physiognomik*. Stuttgart, S. 209.

<sup>679</sup> Ebd., S. 211.

Geistesschwachheit.“<sup>680</sup> Baumgärtner kann sicherlich als Wegbereiter eines ikonographischen Vokabulars für psychisch kranke Menschen in Deutschland angesehen werden, für die bildliche Darstellung dementiell erkrankter Menschen ist er jedoch nicht maßgeblich, wofür er aber anscheinend auch kein Interesse hatte. Damit reiht er sich ein in die Betrachtung der hiesigen Autoren und übernimmt nicht den differenzierten Ansatz Esquirols. Es bleibt also Kaulbach vorbehalten, selbst im europäischen Kontext gedacht, das erste Bild eines dementiell veränderten Menschen im Alter geschaffen zu haben.



**Abb. 22: Die Heilung des Besessenen vor der Stadt Gerasa**

---

<sup>680</sup> Ebd., S. 213.



**Abb. 23: Tafel 4 der sechs Reliefs über die Lebensgeschichte der heiligen Hemma im Dom von Gurk mit lateinischer Bildunterschrift**



**Abb. 24: Caius Gabriel Cibbers Skulpturen aus dem Tor von Bedlam als „Melancholy Madness“ (links) und „Raving Madness“ (rechts) bekannt. Die Skulpturen sind heute im Museum des Bethlem Royal Hospital zu sehen.**



**Abb. 25: „Raving Madness“ (Caius Gabriel Cibber)**



**Abb. 26: Teil von Titelblatt aus Sebastian Brants  
"Der Narrenspiegel, das gros Narrenschiff".**



Abb. 27: Illustration aus Brants „Narrenschiß“ für das Kapitel „Von Aufschwätzen“



Abb. 28: Illustration aus Brants „Narrenschiß“ für das Kapitel „Ein Gesellenschiß“



Abb. 29: Barocker Giebelstein in der Psychiatrischen Anstalt Reinier van Arckel in Hertogenbosch





**Abb. 32: Johann Caspar Lavater - Fünftes Fragment: „Etwas über das Alter“**



**Abb. 33: „Abschied des Calas von seiner Familie“ (Daniel Chodowiecki)**





**Abb. 34:** Daniel Chodowiecki: „Sechs Frauenköpfe“  
 Illustration für Lavater mit der Überschrift  
 „Schwache und thörichte Menschen“.

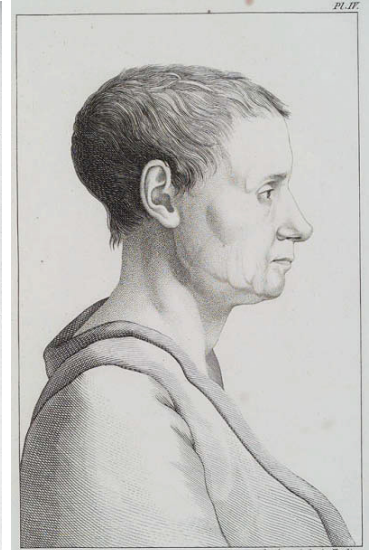
**Abb. 35 (diese und die beiden folgenden Seiten):** Ambroise Tardieu: Abbildungen  
 aus Jean-Étienne Dominique Esquirol „Von den Geisteskrankheiten“



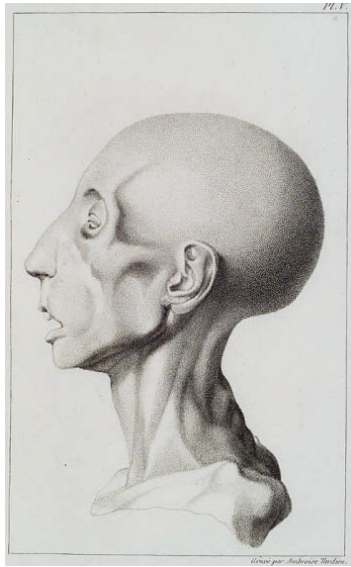
(1) Melancholie I



(2) Melancholie II



(3) Melancholie III



(4) Dämonomanie I



(5) Dämonomanie II



(6) Manie I



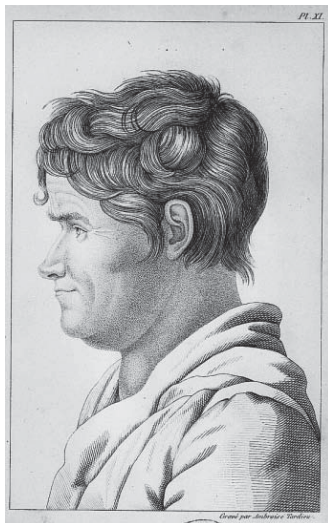
(7) Manie II



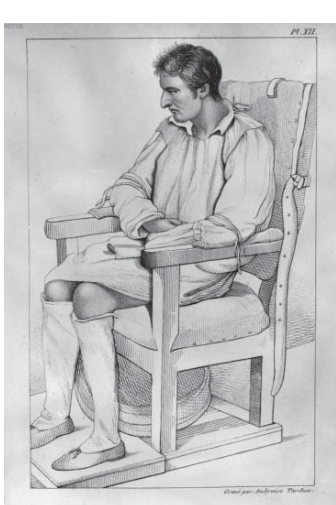
(8) Manie III



(9) Manie IV



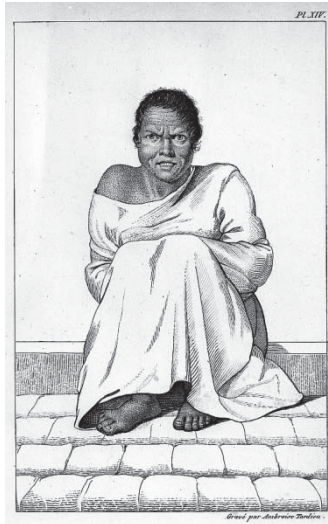
(10) Manie V



(11) Verwirrtheit I (Demenz)



(12) Verwirrtheit II



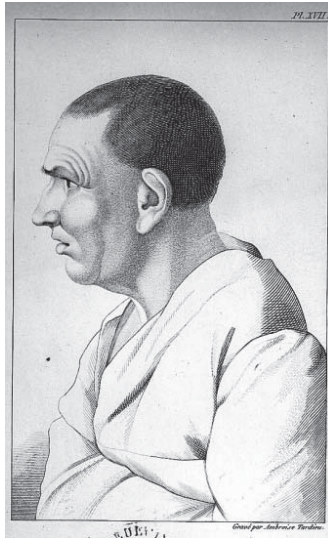
(13) Verwirrtheit III



(14) Verwirrtheit IV



(15) Idiot I



(16) Idiot II



(17) Idiot III



(18) Idiot IV



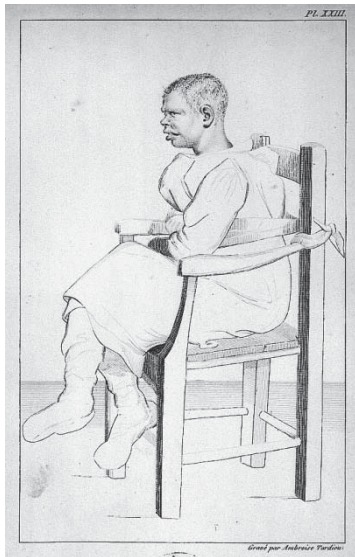
(19) Idiot V



(20) Idiot VI



(21) Idiot VII



(22) Idiot VIII



(23) Kranker in Ketten



24) Epilepsie



25) Kretinen



Abb. 36: Wilhelm Kaulbach: Narrenhaus.



**Abb. 37: Baumgärtners Kranken-Physiognomik „Allgemeine Verwirrtheit“ (Tafel 74)**



**Abb. 38: Baumgärtners Kranken-Physiognomik „Allgemeine Verwirrtheit“ (Tafel 75)**



**Abb. 39: Baumgärtners Kranken-Physiognomik „Blödsinn“ (Tafel 79)**

## 23 . Kant als Pflegefall

1783 beantwortet Kant in der Berlinischen Monatsschrift die Frage: Was ist Aufklärung? Er beginnt mit den Worten: „Aufklärung ist der Ausgang des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit. Unmündigkeit ist das Unvermögen, sich seines Verstandes ohne Leitung eines anderen zu bedienen. Selbstverschuldet ist diese Unmündigkeit, wenn diese Ursache derselben nicht am Mangel des Verstandes, sondern der Entschließung und des Muthes liegt, sich seiner ohne Leitung eines anderen zu bedienen. Sapere aude! Habe Muth dich deines eigenen Verstandes zu bedienen! ist also der Wahlspruch der Aufklärung.“<sup>681</sup> Zwölf Jahre nach dieser Publikation befällt den Autor ein Leiden, das die Unmündigkeit zur Folge hat: ein dementiell verursachtes Unvermögen seines Verstandes.

Hinweise auf seine Geistesschwäche im Alter finden wir vor allem bei den drei zeitgenössischen Biographen Ludwig Ernst Borowski, Reinhold Bernhard Jachmann und Ehregott Christoph Wasianski.<sup>682</sup> Sie dienen im Wesentlichen auch gegenwärtigen Biographien als Quelle, um Kants Verlust der Verstandestätigkeit in seiner letzten Lebensphase zu beschreiben.<sup>683</sup> Einen nur sehr marginalen Hinweis und als Quelle kaum ergiebig ist die Biographie von Borowski. Der aus Königsberg stammende Theologe und spätere Erzbischof von Preußen studierte bei Kant und zählte zu seinen ersten Studenten. Er verfertigte bereits 1792 seine biographische Schrift und ließ sie noch von Kant selbst redigieren, so dass die letzten Lebensjahre nicht mehr von ihm beschrieben werden. Lediglich im Abschlusswort der nach Kants Tod veröffentlichten Schrift weist er in einem Satz auf die Geistesschwäche des Königsberger Philosophen in seinen letzten Lebensjahren hin.<sup>684</sup> Zu

---

<sup>681</sup> Kant I (1784) Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung? In: Berlinische Monatsschrift Dezember, S. 481.

<sup>682</sup> Vgl. hierzu: Drescher S (Hrsg.) (1974) Wer war Kant? Drei zeitgenössische Biographien von Ludwig Ernst Borowski, Reinhold Bernhard Jachmann und E. A. Ch. Wasianski. Pfullingen. Und: Gross F (Hrsg.) (1993) Immanuel Kant. Sein Leben in Darstellungen von Zeitgenossen. Die Biographien von L. E. Borowski, R. B. Jachmann und E. A. Ch. Wasianski, mit einer neuen Einleitung von Rudolf Malter, Darmstadt.

<sup>683</sup> Vgl. Kühn M (2007) Kant. München, S. 478.

<sup>684</sup> Borowski LE (1974) Darstellung des Lebens und Charakters Immanuel Kants. Von Kant selbst revidiert und berichtet. In: Drescher S (Hrsg.) (1974) Wer war Kant? Drei zeitgenössische Biographien von Ludwig Ernst Borowski Reinhold, Bernhard Jachmann und E. A. Ch. Wasianski. Pfullingen, S. 107.

ausführlicheren Hinweisen gelangen wir bei Reinhard Bernhard Jachmann, ebenfalls ein Theologe aus Königsberg, der bei Kant studierte, nach dem Studium den Kontakt zu seinem philosophischen Lehrer aufrecht erhielt und zum engen Kreis des Königsberger Philosophen zählte.

Jachmann schildert die Biographie in 18 Briefen an einen Freund und veröffentlicht seine Beobachtungen 1804, im Todesjahr Kants. Die dementiellen Veränderungen Kants werden in den letzten beiden Briefen beschrieben und bezeugen anschaulich einen Demenzkranken Anfang des 19. Jahrhunderts. Jachmann besuchte Kant im August 1803, sechs Monate vor seinem Tod, zum letzten Mal und beschreibt diesen Besuch in seinem 17. Brief.<sup>685</sup> Kant war zu diesem Zeitpunkt 79 Jahre alt und gezeichnet von schweren körperlichen Gebrechen und seiner fortgeschrittenen Erkrankung. Der „Aristokrat des Geistes“, wie ihn seine Zeitgenossen feierten, erkannte seinen Schüler und langjährigen Freund Jachmann nicht wieder. Mehrfach fragte er, wer er, Jachmann, denn sei und was ihn zu ihm führe. Es wurde versucht, in einem Gespräch an gemeinsame Erlebnisse anzuknüpfen, um damit seine Erinnerungen zu wecken, aber auch das Langzeitgedächtnis Kants war betroffen und er schien nicht mehr in der Lage zu sein sich an vergangene Orte und Personen zu erinnern. Jachmann notiert in seinem Brief: „Ich führte ihm verschiedene, ihm sonst sehr wohl bekannte Umstände aus meinem Leben an, aber sie waren gänzlich aus seinem Gedächtnis verwischt; ich nannte ihm verschiedene wichtige Dinge, bei welchen wir gemeinschaftlich tätig gewesen waren, aber sie hatten in seiner Seele keine Spur mehr zurückgelassen; ich machte ihn auf Orte und Personen aufmerksam, wo und mit welchen wir öfters zusammengewesen waren, ich führte ihm Handlungen an, die er selbst für mich mit so vieler Teilnahme verübt hatte, aber auch diese konnten mich nicht mehr in Erinnerung bringen. Es war schmerzhaft zu sehen, wie der schwache Greis sich anstrengte, um in die Vergangenheit von wenigen Jahren zurückzublicken und die gegenwärtige Anschauung von mir mit vormals gehabtten Vorstellungen zu verknüpfen und doch gelang es ihm nicht“.<sup>686</sup>

---

<sup>685</sup> Jachmann RB (1804) Immanuel Kant geschildert in Briefen an einen Freund. Königsberg, S. 190.

<sup>686</sup> Ebd., S. 192.

Kants kognitive Fähigkeiten reduzierten sich auf den Moment und auf die Beschreibung des körperlichen Zustandes. Im Beschreiben seiner körperlichen Gebrechen fühlte er sich sicher und verlor sich dabei für den Gesprächspartner in einer ständigen Redundanz der Themen. Dieses Wiederholen war allerdings begleitet vom Abbau seiner sprachlichen Fähigkeiten. Er war nicht mehr in der Lage die Sätze zu beenden und oft fehlten ihm die Worte, um ein Bedürfnis zum Ausdruck zu bringen. „Er sprach nun“, so Jachmann, „dieselben Sachen und Worte, die ich schon sonst öfters aus seinem Munde gehört hatte, aber auch bei diesem ihm so gewöhnlichen Gespräch blieben ihm die Gedanken stehen und er konnte zu manchem kleinen Satze nicht das Schlußwort finden, so daß seine hochbetagte Schwester, welche hinter seinem Stuhle saß und dasselbe Gespräch vielleicht schon oft gehört hatte, ihm das fehlende Wort vorsprach, welches er dann selbst hinzufügte.“<sup>687</sup>

Diese Beobachtungen verleiten Jachmann zu einer Reflexion über den menschlichen Geist und unsere Abhängigkeit von demselben. Die Personifizierung des Geistes in einem Zustand der geistigen Schwäche zu treffen musste geradezu als größtmögliche Ambivalenz betrachtet werden. Interessant ist seine Feststellung aus der Retrospektive, der kognitive Abbau habe sich schleichend vollzogen und sei nicht unvermittelt aufgetreten. Jachmann konstatiert, dass bereits acht Jahre vor seinem letzten Besuch, demzufolge also 1795, erste Anzeichen für eine Geistesschwäche erkennbar waren. Er beschreibt den Prozess der Verschlechterung: „Schon vor acht Jahren fand ich ihn etwas verändert, obgleich er sich an einzelnen Tagen, wenn die Funktionen der Natur gut vonstatten gingen, noch ganz in seiner vormaligen Geisteskraft zeigte. Seit dieser Zeit ward aber die Abnahme seiner Kräfte merklicher. Vor vier Jahren fing er schon an, sich eines Gedankenzettels zu bedienen, auf welchen er die ihn besuchenden Reisenden verzeichnete. Auf diese Blättchen schrieb er endlich jede Kleinigkeit auf, die ihm von andern gesagt oder ihm selbst eingefallen war.“<sup>688</sup> Jachmann skizziert den schleichenden Prozess einer dementiellen Erkrankung und entwickelt ein Verständnis für die Pathologie, wie sie in der medizinischen Literatur kaum zu finden ist. Der kognitive Abbau wird auch von Kant selbst wahrgenommen und

---

<sup>687</sup> Ebd., S. 193.

<sup>688</sup> Ebd., S. 196.



er scheint auch zunehmend darunter zu leiden. Sein Umfeld dagegen hat die Geistesschwäche nicht bewusst wahrgenommen und wird einiges seiner Zerstreuung oder seinem Alter zugeordnet haben. Dennoch beschreibt Jachmann ab einem gewissen Punkt die Vergesslichkeit nicht als eine geriatrische Normalität, sondern als eine krankhafte Störung der Denkkorgane und verdeutlicht damit um das Wissen einer pathologischen Geistesschwäche im Alter. Obwohl er versucht den Vorgang medizinisch zu beschreiben, verwendet er nicht die geläufigen Begriffe der zeitgenössischen medizinischen Nosologie.

Besonders vor dem Hintergrund der Person Kants, durch die die Diskrepanz von Geist (mens) und Verlust an Geist (de-mens), wahrgenommen werden musste, stellt sich die Frage nach dem Grund für das fehlende Interesse der jungen Psychiatrie. Es scheint fast bezeichnend, dass ein Theologe dieses Phänomen durch seine persönliche Betroffenheit beschreibt und dabei versucht, einen medizinischen Kontext herzustellen. In der gesamten medizinischen Literatur wird die Geistesschwäche im Alter als erworbener Blödsinn bezeichnet und zu den nicht heilbaren Krankheiten gezählt. Jachmann verwendet an keiner Stelle den Begriff „erworbener Blödsinn“ und spricht durchgängig von einer Geistesschwäche. Seine Beobachtungen, die er im 17. Brief beschreibt, basieren noch auf einer persönlichen Wahrnehmung, doch in seinem 18. und letzten Brief wendet er sich an einen befreundeten Königsberger Arzt, der Kant bis zum Tod betreut haben soll. Die Beschreibungen im letzten Brief orientieren sich an einer medizinischen Beobachtung und sind in diesem Kontext von Interesse.

Die zunehmende Geistesschwäche war verbunden mit körperlichen Gebrechen, die als sehr typisch für eine dementielle Erkrankung angesehen werden können. Besonders das Essverhalten verändert sich mit der Krankheit und das Hunger- sowie Sättigungsgefühl entspricht bei dementiell Erkrankten oft nicht mehr den tatsächlichen Notwendigkeiten.<sup>689</sup> Dementiell veränderte Menschen fehlt die Einsicht in die Notwendigkeit regelmäßigen Essens und sie entwickeln ein großes Misstrauen gegenüber gewohnten Mahlzeiten. In der Regel werden nur noch wenige, oft nur süße Geschmacksrichtungen registriert,

---

<sup>689</sup> Vgl. Pflegediagnose: Mangelernährung. In: Stefan H; Almer F; Eberl J et. al. (2009) POP - PraxisOrientierte Pflegediagnostik - Pflegediagnosen - Ziele - Maßnahmen. Wien, S. 111.

so dass eine besondere Vorliebe für süße Lebensmittel entsteht. Jachmann schreibt in seinem letzten Brief: „[...] denn die Neigung zum Essen hatte sich ganz verloren, selbst der Geschmack war so abgestumpft, daß Kant fast keinen Unterschied zwischen den allerentgegengesetztesten Speisen mehr zu machen wußte. Ich erinnere mich, daß er eines Tages sich über die übertriebene Süßigkeit des sauern Kohles beschwerte, indem er diesen mit kurz vorher genossenen süßen Pflaumen verwechselte.“<sup>690</sup>

Neben dem Verlust an Geschmacksnerven zählt der Verlust von Zähnen zu einer wichtigen Ursache für die Veränderung des Essverhaltens. Durch die Unfähigkeit zu kauen, wird jedes körnige Element als Fremdkörper wahrgenommen. Menschen mit Demenz ernähren sich daher vorwiegend mit breiiger Nahrungskost. Auch bei Kant ließ sich dieser Prozess beobachten: „Der fast gänzliche Mangel der Zähne erforderte große Mürbigkeit einer jeden Speise. Aber in der letzten Zeit war ihm auch nichts mehr mürbe genug. Alles Fleisch aß er nur zu einem feinen Haschee zerschnitten mit dem Löffel und beklagte sich dennoch über Härte und Zähigkeit desselben. Es mußte, wie er es nannte, mortifiziert sein, das heißt, solange gelegen haben, ehe es zubereitet wurde, daß es durch anfängende Fäulnis seinen natürlichen Zusammenhang verlor und fast auseinanderfiel. Weich, sagte er, sei ihm beim Fleisch nicht genug, dies könne noch mit Zähigkeit verbunden sein; es müsse mürbe sein, daß heißt: die Muskelfasern müssen der Länge nach geknickt oder gebrochen sein, wenn man zum Kauen desselben keine Zähne bedürfen soll.“<sup>691</sup>

Viele Symptome, die im weiteren Verlauf beschrieben werden, zählen zu den typischen Altersbeschwerden, wie beispielsweise der Verlust der Sehfähigkeit, Probleme beim Urinieren, Verstopfungen, Einschränkung der Mobilität und starker Mundgeruch.<sup>692</sup> Eine akustische Einschränkung scheint Kant dagegen nicht gehabt zu haben. „Das Gehör“, so Jachmann, „blieb bei Kant bis zuletzt wohl gut und deutlich, und wenn er oft auf alles nicht richtig oder rasch antwortete, so kam dies mehr von einer gewissen eifrigen Beschäftigung mit

---

<sup>690</sup> Jachmann RB (1804) Immanuel Kant geschildert in Briefen an einen Freund. Königsberg, S. 200.

<sup>691</sup> Ebd., S. 202.

<sup>692</sup> Vgl. hierzu auch Kühn M (2007) Kant. München, S. 484.

sich selbst als von einer veränderten Empfindlichkeit dieses Organs her.<sup>693</sup>

In den letzten vier Wochen fiel der Königsberger Philosoph in einen komatösen Zustand. Über mögliche Ursachen konnte nur gemutmaßt werden und mit einer falschen Diät ließ sich immer einiges erklären. Im schlafähnlichen Zustand war Kant kaum ansprechbar, wiederholte aber ständig lallend zwei Namen vergangener Freunde. Aus der Feder des befreundeten Arztes schreibt Jachmann: „Wenn man ihn zu wecken suchte und ein Bekannter ihm hart ins Ohr redete, so schlug er, wie aus einer anderen Welt, die Augen auf und antwortete nur durch Wiederholungen jener zwei Namen. In diesem Zustand blieb er etwa zweimal vierundzwanzig Stunden und kam endlich ohne alle Arzneimittel, ein reizendes Klistier ausgenommen, von selbst wieder zu sich und befand sich nun, indem er viele Ausleerungen bekam, wirklich besser als lange vorher. Sein Kopf war offenbar klarer und sein Bewußtsein deutlicher geworden; es fand sich wieder Appetit und alles war so regulär, als es gewesen war.“<sup>694</sup> Die Anwendung des Klistiers noch im komatösen Zustand weist auf eine humoralpathologische Behandlung hin. Verstopfungen wurde als Symptom eines Ungleichgewichts der Körpersäfte gedeutet, mit einer Dominanz krankmachender Säfte, die durch Darmleerungen dem Körper entzogen werden sollten. Interessant ist auch der Hinweis auf eine kurzfristige Stabilität nach diesem Vorfall. Viele Demenzkranke erleben oft kurz vor ihrem Tod noch eine erstaunliche körperliche Rekonvaleszenz und überraschen mit geistiger Klarheit. Diesem kurzen Lichtblick folgten danach ein umso rapiderer Abbau und eine unabwendbare palliative Phase. Jachmanns Brief endet denn auch mit der Kunde von Kants Tod am 12. Februar 1804 um 12Uhr mittags.

Neben Jachmann darf besonders Wasianski als wichtige, wenn nicht gar umfangreichste Quelle über die letzten Lebensjahre Kants angesehen werden. Wasianski war ebenfalls Theologe und hat vor Jachmann bei Kant studiert. Er wirkte als Diakonus an der Trägerheimer Kirche zu Königsberg und war in den letzten Lebensjahren Kants dessen Amanuensis. Seinen persönlichen Aufzeichnungen über die letzten Lebensjahre Kants beginnt er mit den Worten:

---

<sup>693</sup> Jachmann RB (1804) Immanuel Kant geschildert in Briefen an einen Freund. Königsberg, S. 214.

<sup>694</sup> Ebd., S. 218.

„Meine Bekanntschaft mit Kant entstand nicht in seiner letzten Lebenszeit, und mit ihm vertraut zu werden, dazu gehörte mehr als ein Jahrzehnt. In den Jahren 1773 oder 1774 (genau weiß ich es nicht) wurde ich sein Zuhörer und späterhin sein Amanuensis; durch welches letztere Verhältnis ich dann auch mit ihm in eine nähere Verbindung kam als seine übrigen Zuhörer.“ Dem persönlichen Betreuer und Berater übertrug Kant auch die Testamentsvollstreckung. Wasianski hat sich sehr intensiv um Kant in seinen letzten Lebensjahren bemüht und seine Beobachtungen detailliert niedergeschrieben, was er 1805 erstmalig in Königsberg publizierte. Ob Gewohnheiten, Vorlieben oder Abneigungen, aus seinen Berichten erfahren wir etwas über Kants Alltag in Königsberg und wie sich dieser Alltag in den letzten Lebensjahren, bedingt durch die körperlichen und geistigen Gebrechen, langsam veränderte. Wasianski gewährt uns einen Einblick aus der Nähe, im Gegensatz zu Jachmann, der seine Beobachtungen in groben Abständen machte und Veränderungen deshalb ganz anders wahrnahm. Vor diesem Hintergrund erklärt sich auch, warum beide Biographen den Beginn der geistigen Schwäche unterschiedlich datieren. Wasianski betrachtet das Jahr 1797 als Wendepunkt, also zwei Jahre später als Jachmann, und konstatiert seit dieser Zeit eine kontinuierliche Verschlechterung.

Ein Jahr später muss die Schwäche schon sehr offensichtlich sein, wie aus einem Brief von Friedrich Theodor Rink an Charles de Villers 1801 hervorgeht: „Vor drei Jahren mußte ich ihm über meine bevorstehende Amts- und Ortsveränderung Auskunft geben, aber es war ihm schon damals so schwer, mein neues Amt und den damit verbundenen Charakter behalten, daß ich ihm alles umständlich in die Feder diktieren mußte. Schon damals fühlte er und vielleicht unangenehmer als bei noch größerer Schwäche, daß ihm das Denken und Begreifen schwer würde, und daß er von dem vorhabenden Gedanken abbrechen müßte.“<sup>695</sup> Die geistige Schwäche ließ sich spätestens ab 1798 nicht mehr leugnen, wenn auch vorher schon ein Prozess des kognitiven Abbaus stattgefunden hatte. Neben Jachmann, der diese Veränderung, wie bereits beschrieben, sehr früh erkannt hat, finden wir auch bei Wasianski eine Beschreibung dieser schleichenden Veränderung, welche anfänglich nur von wenigen bewusst wahrgenommen und von den meisten als eine besondere

---

<sup>695</sup> Vaihinger H (1880) Briefe aus dem Kantkreise. In: Altpreußische Monatsschrift 17, S. 292.

Eigenart interpretiert wurde. Da eine gewisse geistige Zerstreutheit ihm bereits als junger Gymnasiast zu Eigen war, wurde sie von vielen als etwas Kontinuierliches und weniger als eine pathologische Veränderung gedeutet. Wasianski notiert dazu: „Es schien, als ob das, was Kants ganzes Leben hindurch ein Fehler an ihm, obgleich im unmerklichen Grade, gewesen, nämlich eine besondere Art von Vergeßlichkeit in Dingen des gemeinen Lebens, nun mit den Jahren einen höheren Grad erreicht hätte. Als ein ganz kleiner Knabe hielt er sich, wie er aus der Schule kam, gewisser leicht zu erratender Ursachen wegen, einige Augenblicke unter einem Fenster auf, hing seine Bücher an den Ladenriegel und vergaß sie wieder abzunehmen. Bald darauf hörte er den ängstlichen Ruf einer alten gutmütigen, ihm aber unbekanntem Frau, die ihm keuchend nacheilte und ihm seine Bücher mit vieler Freundlichkeit einhändigte. Noch in den späteren Jahren seines Lebens vergaß er das Betragen dieser Person nicht, und machte kein Geheimnis daraus, daß er sonst schon vergeßlich gewesen sei. Was früher sich seltener ereignete, trat nun im Alter öfter ein.“<sup>696</sup>

Kant selbst nahm seinen geistigen Abbau durchaus wahr. Er kommentierte die immer offensichtlicher werdende Schwäche mit zunehmendem Alter und forderte sein Umfeld auf, ihn wie ein Kind zu betrachten.<sup>697</sup> Ihm wurde darüber hinaus die ständige Redundanz seines Erzählens mehr und mehr bewusst, so dass er anfang, wie bei Jachmann bereits beschrieben, kleine Notizzettel zu schreiben, um Wiederholungen zu vermeiden. Begleitet war der geistige Abbau von gesteigerter Müdigkeit und Kant war auch tagsüber stark schlafbedürftig. Wasianski beschreibt im Kontext dieser Mattigkeit einige selbstgefährdende Situationen: „Dieses Einschlafen außer der Zeit hätte auch noch auf eine andere Art für ihn nachteilig werden können. Er sank beim Lesen dreimal kurz nacheinander mit dem Kopf ins Licht; die baumwollende Nachtmütze entzündete sich und stand in hellen Flammen auf seinem Kopf.“<sup>698</sup> Schlafstörungen und Tagesmüdigkeit zählen zu den typischen Symptomen einer Demenzerkrankung. In besonders gravierender Form ist der normale

---

<sup>696</sup> Wasianski EAC (1941) Immanuel Kant in seinen letzten Lebensjahren. Hrsg. von Fritz Gutsche. Königsberg, S. 12.

<sup>697</sup> Vgl. hierzu auch Kühn M (2007) Kant. München, S. 478.

<sup>698</sup> Wasianski EAC (1941) Immanuel Kant in seinen letzten Lebensjahren. Hrsg. von Fritz Gutsche. Königsberg, S. 13.

Rhythmus gestört, so dass Wachen und Schlafen unregelmäßig und unabhängig von der Tageszeit erfolgen. Ein umgekehrte Tag-Nachtrhythmus<sup>699</sup> lässt sich bei vielen Menschen mit Demenz feststellen und kann sehr unterschiedliche Ursachen haben.

Ebenfalls als typischer Hinweis auf eine dementielle Erkrankung können psychotisch anmutende Veränderungen angesehen werden, die etwa irrationale Ängste auslösen können, beispielweise vor als konspirativ angenommener Bedrohung. Wasianski weiß von einem derartigen Bedrohungsszenario bei Kant zu berichten, ausgelöst durch ungeklärte Katzentode in Basel, Wien, Kopenhagen und anderen Orten. Kant hielt diese vermehrten Tode, so Wasianski, „[...] für eine Folge der damals nach seiner Meinung herrschenden Elektrizität von eigener Art, und diese insbesondere von nachteiligen Folgen für diese an sich elektrischen Tiere. Auch wollte er über dem in jener Epoche und der auf sie folgenden Zeit eine besondere Figur der Wolken wahrgenommen haben. Ihm kamen die Grenzen derselben nicht so scharf gezeichnet vor, der Himmel schien ihm gleicher bezogen und nicht mit Gebirgen ähnlichen Wolken bedeckt zu sein. Davon sollte nun diese Elektrizität die Ursache sein. Aber nicht bloß die dem Seifenwasser ähnlichen Wolken, nicht bloß den Katzentod, nein, auch seine Kopfbedrückungen leitete er von derselben Ursache ab.“<sup>700</sup>

Psychiatrische Begleitdiagnosen treten nicht selten bei Demenzerkrankungen auf, wobei Wahnsymptome vermehrt bei der Alzheimer Erkrankung und einer Demenz mit Lewy-Körperchen diagnostiziert werden. Der hier skizzierte Krankheitsverlauf lässt die Vermutung aufkommen, es könne sich um eine Demenz mit Lewy-Körperchen handeln. Bei dieser Form der Demenz steht in der Anfangsphase weniger die Verwirrtheit im Vordergrund, als vielmehr Aufmerksamkeitsdefizite.<sup>701</sup> Diese Konzentrationsstörungen lassen über einen langen Zeitraum gedankliche Leistungen zu – was mit der beobachteten Schwäche bei Kant spätestens seit 1796 und seiner letzten Publikation 1799,

---

<sup>699</sup> Die organischen und nicht organischen Störungen des Schlaf-Wach Rhythmus sind in der ICD-10 Klassifikation unter G47.2 und F51.2 beschrieben.

<sup>700</sup> Wasianski EAC (1941) Immanuel Kant in seinen letzten Lebensjahren. Hrsg. von Fritz Gutsche. Königsberg, S. 13.

<sup>701</sup> Vgl. S3 Leitlinie Demenz

[http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-leitlinie-demenz-lf.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-leitlinie-demenz-lf.pdf), S. 8 (zuletzt aufgerufen 30.12.2013).

„Erklärung in Beziehung auf Fichtes Wissenschaftslehre“, korrespondieren würde. Gedächtnisleistungen sind bei Demenz mit Lewy-Körperchen in der Anfangsphase weniger beeinträchtigt als bei der Alzheimer Demenz, die Erkrankung wird erst bei fortschreitender Progredienz erkennbar. Weitere Kernmerkmale dieser Demenz sind REM-Schlaf-Verhaltensstörungen, welche bei Kant schon früh auftraten. Sein Gefühl für einen Tag-Nacht-Rhythmus ging mehr und mehr verloren, sodass er immer öfter auch tagsüber einschief und nachts wach wurde. Fast jede Nacht stand er auf und irrte im Haus umher. Die Bediensteten versuchten stets, ihn rechtzeitig abzufangen, aber nicht selten fanden sie ihn im Vorhaus. Da die Situation sich derartig verschlechterte, sollte einer der Bedienten nun in seinem Zimmer schlafen und über ihn wachen.

Neben den Schlafstörungen, traten auch, wie bereits beschrieben, Ess- und Sprachstörungen, sowie gesteigerte Ängste mit paranoiden Wahnvorstellungen auf, darüber hinaus zählen zu den diagnosestützenden Merkmalen auch die vorübergehenden Bewusstseinseinschränkungen sowie Synkopen, wie sie bei Kant in den letzten Wochen beschrieben wurden, und ebenso häufiges Stürzen, worunter die Betroffenen über den gesamten Krankheitsverlauf hin leiden. Auch diese Beobachtung wurde bei Kant festgehalten: „Seine Füße“, so Wasianski, „versagten ihm den Dienst immer mehr. Er fiel sowohl im Gehen als auch im Stehen, aber fast stets ohne Verletzung, belachte jeden Fall und behauptete, er könne wegen der Leichtigkeit seines Körper nicht schwer fallen.“<sup>702</sup> Es gibt somit viele Hinweise darauf, dass es sich im Falle Kants um eine Demenz mit Lewy-Körperchen handeln könnte; unabhängig von aller Spekulation besitzen wir in den Überlieferungen aber auch die sehr detaillierte Darstellung eines an einer Demenz leidenden Menschen.

Über die Beschreibung der Symptome hinaus ist es ebenso spannend zu erfahren, in welchem pflegerischen Kontext der Betroffene versorgt wurde. Nun zählte Kant zu den Privilegierten, hatte Bedienstete und einen persönlichen Assistenten, Wasianski, der sich in den letzten Jahren sehr verantwortlich fühlte und auch die ökonomische Betreuung nach und nach übernahm, daneben lebte in den letzten Lebensjahren Kants hochbetagte Schwester im Haus und die pflegerische Versorgung war gesichert. Die

---

<sup>702</sup> Wasianski EAC (1941) Immanuel Kant in seinen letzten Lebensjahren. Hrsg. von Fritz Gutsche. Königsberg, S. 16.

Diskussionen, von denen wir an anderer Stelle über die Versorgung und Unterbringung von Menschen mit erworbenem Blödsinn erfahren haben, zielten primär auf Menschen der unteren Schicht und es lässt sich eine besondere Form der Armutsbetreuung für unheilbare psychisch kranke Menschen ablesen. Das Interesse der Medizin galt primär den heilbaren Erkrankungen, wie Melancholie, Hysterie und Hypochondrie, die darüber hinaus als Ausdruck des bürgerlichen Lebensstils betrachtet wurden. Gerontopsychiatrische Erkrankungen wurden in gehobenen Schichten als eine besondere familiäre Herausforderung angesehen und für die unteren Schichten als gesellschaftliche Problematik, für die eine Versorgung sichergestellt werden musste - zwar unter medizinischer Aufsicht, aber nicht in medizinischer Hinsicht. In privilegierten Haushalten musste das Dienstpersonal, wie bei Kant beschrieben, pflegerische Maßnahmen übernehmen und die Verantwortung oblag in der Regel der Dame des Hauses, hier der Schwester. In diesem Kontext wird deutlich, welche Rolle die Familie spielte. Die familiäre Verantwortung über Generationen hinaus ist keine historische Selbstverständlichkeit, wie wir im Abschnitt über das Alter in der Romantik erfahren haben. Kant repräsentiert eine Ausnahme als unverheirateter Mann, der aber noch von einer Schwester betreut werden konnte. Wasianski als ergebener Assistent hat sich täglich um den Philosophen gekümmert und versucht, zusammen mit dem Dienstpersonal den pflegerischen Alltag zu gestalten. In den letzten zwei Jahren wurde es immer dringender, auch nachts über Kant zu wachen. Neben dem Diener des Hauses wurde auch der Sohn der Schwester eingebunden für regelmäßige Nachwachen. Diese Rund-um-die Uhr Versorgung kommentiert Wasianski: „Ich bin fest überzeugt, und berufe mich auf jeden Unparteiischen seiner Tischfreunde, die zum Teil von einigen Vorkehrungen, die ich machte, Zeugen waren, daß in seiner Behandlung und Pflege nichts so leicht versehen wurde, daß er alles hatte, was ein Mann von seinem Stande und Vermögen nicht bloß haben muß, sondern auch haben kann.“<sup>703</sup>

Die Betreuung gestaltete sich immer schwieriger, auch vor dem Hintergrund der zunehmenden Geistesschwäche. Weihnachten 1803 war er nicht mehr in der Lage seinen eigenen Namen zu schreiben, geschweige denn selbständig zu

---

<sup>703</sup> Ebd., S. 55.



essen. Der Historienmaler Christian Friedrich Reusch, er zählte zu Kants Tischgesellschaften, vermerkt den Zustand der Verschlechterung in dieser Zeit: „Zu der spätesten Zeit meiner Anwesenheit fing Kant zwar, wie sonst, zu sprechen an, aber sehr leise, undeutlich und unzusammenhängend, und oft in wachende Träume übergehend, wenn ihn Schlaflosigkeit oder Magendruck gequält hatte. Gesprochen sollte werden, doch sah es der Greis nicht gern, wenn die beiden Gäste zueinander sprachen, sondern war seit langer Zeit gewöhnt, der Mittelpunkt und der Leiter der Unterhaltung zu sein; jetzt schwach und schwerhörig war mit ihm keine Unterhaltung möglich, er sprach daher gewöhnlich allein, wobei die Beschaffenheit der Speisen, dunkle Erinnerungen und Meinungen über seinen Krankheitszustand vorzukommen pflegten. Seine alten Freunde wußten ihn auf Erinnerungen aus früherer Zeit zu bringen, worin sich sein Gedächtnis noch treu zeigte; so wußte er noch einige Strophen seines Lieblingsgedichts.“<sup>704</sup> Die Anmerkungen zeigen noch einmal deutlich, wie häufig bei dementiell veränderten Menschen beobachtet werden kann, dass aus dem Langzeitgedächtnis bestimmte Erinnerungen und Wissen, wie beispielsweise Gedichte oder Lieder, erhalten bleiben. Darüber hinaus wird eindrucksvoll beschrieben, in welchem sozialen Kontext der Philosoph eingebettet war, er z.B. noch bis kurz vor seinem Tod von den Mitgliedern der Tischgesellschaft aufgesucht wurde und er selbst im Zustand der größten Schwäche noch eine große Autorität besaß.

In der gegenwärtigen Diskussion über Menschen mit Demenz versuchen einige Autoren den Personenbegriff so zu definieren, dass er auch auf Demenz angewendet werden kann. Ziel dieses philosophischen Ansatzes ist es, eine soziale Verantwortung für Demenzkranke abzuleiten, die die Vulnerabilität der Betroffenen zu schützen vermag. In der nächsten Umgebung von Kant wurde diese soziale Verantwortung scheinbar selbstverständlich angenommen und der Personenstatus in keinem Moment in Frage gestellt. Letztendlich haben wir hier ein Beispiel einer palliativen Betreuung, die im engsten Kreise organisiert wurde. Es war in gehobenen Schichten durchaus auch üblich, in der Sterbephase eine Pflegerin einzustellen, um die palliative Betreuung sicherzustellen. Von Johanna Katharina Morgenstern, sie ist eine der

---

<sup>704</sup> Reusch, CF (1848) Kant und seine Tischgenossen. Aus dem Nachlasse des jüngsten derselben. Königsberg, S. 9.

Autorinnen des Magdeburgischen Kochbuches für angehende Hausmütter, Haushälterinnen und Köchinnen, wird in einer Publikation über weibliche Dienstboten auch die Pflege Sterbender thematisiert: „Oft kann da eine treue Pflegerin mehr leisten, als weinende Verwandten. Reiche dem sterbenden Kranken noch jede Erquickung und sey da nicht zu bedenklich; am Rande des Grabes schadet ein Löffel voll Wein u. dgl. nicht mehr. Tröste den Sterbenden, so lange er noch Verstand hat, mit Gottes Wort, und offenbaret er dir, oder bestellt noch etwas, so höre ihm aufmerksam an. Ziehe nicht die Kissen unter ihm weg, um ihm, wie man insgemein zu sagen pflegt, das Sterben leicht zu machen und schreye ihm nicht die Ohren voll.“<sup>705</sup>

Bei Kant wurde die palliative Betreuung, die Pflege in den letzten Monaten, im engsten Kreise organisiert und begleitet von Freunden aus der Tischgesellschaft. Schenkt man der Überlieferung Glauben, sicherlich ist einiges beschönigt worden, dann war diese soziale Verantwortung getragen von großer Geduld. In dem hier beschriebenen Jahr 1803 hatte sich Kants Zustand derartig verschlechtert, dass er beispielsweise nicht mehr in der Lage war, selbständig zu essen und die Speisen mussten ihm zerlegt auf einem Löffel gereicht werden. Die gesamte pflegerische Betreuung stand nicht außerhalb medizinischer Obacht und wurde von einem befreundeten Arzt durchgeführt. Alle Autoren lassen es nicht an Deutlichkeit missen, Kant als einen sehr eigenwilligen Patienten zu beschreiben, da er die Meinung vertrat, selbst genügend davon zu verstehen. „Schon früher“, notiert sich Wasianski, „hatte er sich zur Orthodoxie in der Medizin hineingeneigt, und, um Blähungen auf dem Magenmund loszuwerden, einige Tropfen Rum auf Zucker à la Brown und die oben angeführten einfachen Mittel genommen, die seine Säure im Magen zersetzen sollte.“<sup>706</sup> Die Notiz verrät noch einmal die Nähe Kants zu den Brownschen Theorien und seine Beteiligung an der medizinischen Diskussion um 1800.

Der dritte Baustein, neben dem medizinischen und pflegerischen, ist die juristische Vollmacht für den Betroffenen zu erhalten und Entscheidungen treffen zu können. Wasianski versucht, sich mit Unterschriften abzusichern,

---

<sup>705</sup> Morgenstern JK (1789/90) Lesebuch für angehende weibliche Dienstboten. Unterweisung für das weibliche Geschlecht aus den unteren Ständen, Teil 2. Halle S. 310.

<sup>706</sup> Wasianski EAC (1941) Immanuel Kant in seinen letzten Lebensjahren. Hrsg. von Fritz Gutsche. Königsberg, S. 57.

indem er Kant regelmäßig Protokolle vorlegt und sie von ihm unterschreiben lässt. Die Ambivalenz, sich von einem geistig geschwächten Menschen die Prokura geben zu lassen, scheint der Amanuensis gespürt zu haben und thematisiert sie auch ansatzweise in seinen Schriften. Dennoch betont er, dass die ökonomische Verwaltung stets mit Kant abgesprochen und genehmigt worden sei. Kant selbst scheint trotz seines genügsamen Lebens ein großzügiger Mensch gewesen zu sein und soll auch in der tiefsten Demenz seine Verachtung gegen Geiz immer wieder geäußert haben. Anfang 1804 verschlechterte sich die Situation derartig, dass Kant kaum noch mobil war und nur notdürftig tagsüber auf einen Stuhl gesetzt werden konnte. Im Februar war er kaum noch ansprechbar und am 12. Februar starb er zwei Monate vor seinem 80. Geburtstag.

## 24 . Fazit

Zusammenfassend lässt sich aus diesem Überblick ableiten, dass bei den deutschen Mediziner im Zeitalter der Romantik dementiellen Symptomen kein vorrangiges Interesse galt und sie, im Gegensatz zu den französischen Kollegen, auch nicht die Notwendigkeit sahen, die senile Demenz in einer psychiatrischen Nosologie differenziert zu erfassen. Das Thema wurde nur sehr randständig behandelt und korrespondierte nicht mit den tatsächlichen Bedürfnissen aus dem vorherrschenden Alltag. Und doch schuf diese Generation an Mediziner gleichzeitig die Grundstrukturen der modernen Psychiatrie und Neurologie, so dass die Forschung des 20. Jahrhunderts auf diesen Grundkonzepten aufbaute.

Vergleicht man die deutschen Mediziner um 1800 beispielsweise mit Esquirol, so wird sofort erkennbar, dass der Umgang mit dementiellen Symptomen diesseits des Rheins nur ein sehr nebensächlicher war. Dies erstaunt umso mehr, als dass die Realität, geprägt durch Vormundschaften und Gutachten, eine andere war und die Menschen im Alltag des frühen 19. Jahrhunderts mit der senilen Alltagsdemenz umgehen mussten. Auch das Beispiel Kant als Pflegefall zeigt, dass der Verlust an kognitiven Fähigkeiten im Alter bekannt war und viele Familien damit konfrontiert wurden. Es verwundert ebenso, denkt man an das hohe literarisch-kulturelle Interesse für Erinnern und Vergessen, dass die pathologische Kehrseite nicht im Focus der medizinischen Betrachtung stand. Und zieht man außerdem die Zahlen von Ernst Horn zu Rate, die eindeutig belegen, wie sehr die jungen Irrenanstalten als medizinische Einrichtung unter dem hohen Anteil an gerontopsychiatrischen Patienten litten, so lässt sich die Vernachlässigung des Gebietes bei den deutschen Psychiatern kaum erklären.

Die Haltung von Carl Wilhelm Ideler, der eine differenzierte Unterscheidung von „dementia“ und „amentia“ für überflüssig hielt, da die Alterssenilität als nicht heilbar angesehen wurde, kann geradezu als Exempel für die gesamte Generation stehen. Man fühlte sich den „modischen“ Erkrankungen Melancholie und Hypochondrie mehr verpflichtet, u.a. auch weil diese Krankheiten als heilbar angesehen wurden. Es lässt eine böse Vermutung

aufkommen und die Frage stellt sich, ob bei der Entstehung der modernen deutschen Psychiatrie im Zeitalter der Romantik von Beginn an die Unheilbaren keinen medizinischen Status erhielten und somit das Fundament für eine im Nationalsozialismus verführte Psychiatrie gelegt werden konnte, die unheilbar Kranke zu töten imstande war. Ob diese Verbindung tatsächlich gezogen werden kann, verdient eine gesonderte Betrachtung und bedarf eines eigenen Forschungsdesigns. Dennoch sprechen einige Aspekte dafür, in diese Richtung weiterzudenken.

Ebenso eröffnet sich eine andere Linie, die gleichfalls intensiver untersucht werden müsste, nämlich das fehlende Interesse an der Demenzforschung im 20. Jahrhundert. Obwohl Alzheimer die Krankheit bereits ab 1901 medizinisch beobachtet, beschrieben und publiziert hat, war es bei den meisten Ärzten bis in die 80er Jahre des 20. Jahrhunderts noch üblich, generell das sog. HOPS (Hirnorganisches Psychosyndrom) zu diagnostizieren. Sie lehnten eine Differenzialdiagnostik mit der Begründung ab, keinen therapeutischen Nutzen daraus ziehen zu können. Erst in den letzten 20 Jahren wandelt sich, bedingt durch die demographischen Veränderungen, das öffentliche und medizinische Interesse. Durchforstet man die verschiedenen Artikel und Publikationen über Alzheimer bzw. über Demenzen seit dieser Zeit, dann lässt sich der Grundton erkennen, unser persönlicher Lebensstil sei für verantwortlich für körperliche und geistige Erkrankungen im Alter. Medizinische Blogs im Internet vermitteln uns die Botschaft, dass man mittels fischreicher Ernährung, viel Sport und wenig Fernsehen signifikant seltener an Alzheimer erkrankt als die durchschnittliche Bevölkerung. Dieser Mythos vom gesunden Alter und der Selbstverantwortung für die Beibehaltung kognitiver Fähigkeiten lässt sich ebenfalls aus der Romantik heraus begründen, in der Alter nur dann positiv beschrieben wurde, wenn es gesund und geistig klar erreicht wurde. Sobald man diesen Pfad verließ, lässt sich fast eine Art Ungnade beobachten, da ja die Situation selbst verschuldet sein musste.

Der Schritt von der Mär der Eigenverantwortung hin zu einer Schuldzuweisung ist nur gering und ein dankbarer Nährboden für gesellschaftliche Diskriminierungen. Das Zeitalter der Romantik erlebte zum ersten Mal eine demographische Veränderung der Gesellschaft und damit verbunden wurde ein Mikro-Ur-Kosmos geschaffen, in dem moderne Ansätze

vorgelebt und vorgedacht wurden. Kulturell setzte sich eine Haltung durch, die sich wie ein roter Faden bis in die Gegenwart zieht: Krankheit im Alter wird der eigenen Verantwortung übertragen und erfährt damit gleichzeitig auch ihre Stigmatisierung. In diesem Kontext erfährt auch die Demenz eine gesellschaftliche Diskriminierung, die Jahrzehnte der Vernachlässigung in der medizinischen, der sozialen und der pflegerischen Forschung mit sich führte. Noch 2005 durfte die Alzheimersche Erkrankung Willem de Koonings auf der großen Retrospektive in Wien nicht thematisiert werden. In der Entwicklung von „art brut“ erfährt die Kunst von Menschen mit Demenz erst in den letzten 10 Jahren öffentliche Beachtung und wurde lange auch in der Outsiderkunst nicht akzeptiert.

Diese Stränge korrespondieren mit dem medizinischen Desinteresse bei den Medizinern der Romantik um 1800. Aber gleichzeitig, beinahe als Nebenprodukt, schufen sie einen neuen Weg des Denkens, der es Alois Alzheimer Ende des 19. Jahrhunderts ermöglichte, die Demenz im modernen Sinne zu beschreiben und von Beginn an als neurologisch-degenerative Erkrankung zu erfassen. Diese Grundlage eines neurologischen Ansatzes ist der eigentliche Verdienst der Mediziner in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Aus historischer Sicht wurde damit aber auch die Büchse der Pandora geöffnet und bot Futter für die rassistischen Forschungen im frühen 20. Jahrhundert - dieser Spannungsbogen müsste für eine Untersuchung der nationalsozialistischen Psychiatrie einmal näher betrachtet werden.

Allerdings lassen sich auch für die gegenwärtige Debatte einige Grundkonzepte aus der Romantik ableiten. Vergegenwärtigt man sich, wie eingangs beschrieben, die Macht der Mode im medizinischen Verhalten, dann spielen Deutungsmuster im Umgang mit unheilbaren alten Menschen auch in der heutigen Zeit eine Rolle. Überträgt man die folgende Schlussfolgerung von Bernhard Dieckmann für Pädagogik auf die medizinischen und sozialwissenschaftlichen Disziplinen, dann müsste man im Umkehrschluss die Medizin von der Hybris befreien, sämtliche Forschungen seien unabhängig und stünden nicht in Abhängigkeit von einer historischen Vorgabe: „In einer modernen nach Funktionen ausdifferenzierten Gesellschaft reicht das aus Erfahrung Gelernte oder das durch Erfahrung generierte Wissen allein nicht hin, den Anforderungen gegenwärtiger oder künftiger Lebens- oder

Situationsbewältigung zu genügen. Insofern scheinen die teleologischen Deutungsmuster von Entwicklung immer belasteter zu sein. Das Ausmaß und die Menge erforderlichen Wissens übersteigen das aus Primärerfahrungen erworbene. Die Personen sind, was das Erziehungshandeln ja entlasten oder erleichtern würde, weder genetisch determiniert noch zielabhängig fixiert.<sup>707</sup> Die Medizin der Romantik, und ganz besonders die Psychiatrie und Neurologie, hat neue Argumentationsstrukturen, Symbole und auch Metaphern geschaffen, die die zeitgenössische Debatte mitbestimmen. Es entstand ein Grundkonzept, das selbst in modernen Forschungsdesigns präsent ist und gegenwärtige Erfahrungen mitbestimmt.

Es kristallisieren sich zwei Schulen zu Beginn der 19. Jahrhunderts heraus, die im Wesentlichen bis heute, zwar mit anderen Inhalten, fortbestehen: die Psychiker und die Somatiker. Dahinter verbirgt sich die alte Streitfrage nach den Ursachen psychiatrischer Erkrankungen - ob sie rein psychisch oder körperlich anzunehmen seien. Mit dem Aufkommen der modernen Neuropsychologie gewinnen die „Somatiker“ derzeit wieder mehr Aufmerksamkeit, auch in Bezug auf die möglichen Ursachen einer Demenz. Den Vorrang der Somatiker beschreibt Dörner allerdings bereits für die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts: „In den dreißiger Jahren datiert man für Deutschland die eigentliche industrielle Revolution, den Beginn der darauf basierenden kapitalistischen Produktion und der politischen Einflußnahme des wirtschaftsliberalen Bürgertums ebenso wie die Veränderung der sozialen Wahrnehmung der Bürger, die zur Umbenennung des ständischen ‚Pöbels‘ in die allmählich bedrohlich erscheinende Klasse des ‚Proletariats‘ führte, weiter das Akzeptiertwerden der Naturwissenschaften durch die Universitäten auch in den medizinischen Fächern; in der Literatur und Kunst läßt man mit 1830 die ‚Gegenwart‘ beginnen; und in der Psychiatrie gewinnt die von den Praktikern der Anstalten ausgehende, an der Behandlung der Irren – und zwar aller, also auch der armen Irren – interessierte und somatisch orientierte Schule den Sieg über die naturphilosophische oder idealistisch theoretisierenden Professoren – eine Bewegung, deren Beginn mit dem ersten Anstalts-Neubau auf deutschem

---

<sup>707</sup>Dieckmann B (1994) Der Erfahrungsbegriff in der Pädagogik. Weinheim, S. 228.

Boden, dem ‚Sachsenberg‘ bei Schwerin (1830) symbolisiert ist.“<sup>708</sup>

Diese Dominanz der Somatiker hat nicht nur im ausgehenden 19. Jahrhundert die Demenzforschung bestimmt, sondern wirkte sich bis in das ausgehende 20. Jahrhundert aus. Noch 1999 schreibt Tom Kitwood in seiner Einleitung zum personenzentrierten Ansatz folgendes über die Demenz: „Heutzutage wird sie überwiegend als ‚organisch bedingte psychische Erkrankung‘ hingestellt, und ein medizinisches Modell, das ich als Standardparadigma bezeichnen werde, hat sich als vorherrschend erwiesen. Nach den großen neuropathologischen Untersuchungen der sechziger Jahre schien es, als sei der Nachweis einer Organizität derart überwältigend, daß es einer ‚technischen‘ Herangehensweise an das Problem bedurfte, und zwar im wesentlichen, um die pathologischen Prozesse zu erhellen und dann Wege zu finden, um sie zum Stillstand zu bringen oder zu verhindern. Die Psychiatrie tendierte von da an zu einem eher enggefaßten Umgang mit Demenz, bei dem oft die größeren menschlichen Themen ignoriert wurden, und andere mit der Medizin verbundene Disziplinen schlossen sich dem an.“<sup>709</sup> Die Voraussetzungen der somatischen Betrachtungsweise wurden zu Beginn des 19. Jahrhunderts geschaffen. Es ist das Zusammenwirken zweier Stränge, die den Nährboden für den Beginn der Demenzforschung in der Medizin der Romantik geschaffen haben: die Anfänge der Psychiatrie und die Anfänge der Geriatrie. In der gegenwärtigen Hirnforschung hat man sich bis heute nicht von dem tradierten Konzept gelöst.

---

<sup>708</sup>Dörner K (1999) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. (2. Aufl.) Frankfurt/Main, S. 262.

<sup>709</sup>Kitwood T (2005) Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. (4. Aufl.) Bern, S. 17.



# Anhang



|  |   |
|--|---|
| Ackerknecht EH   | (1958) Contributions of Gall and the Phrenologists to Knowledge of Brain Function. In: Poynter FNL (Hrsg.) The History of Knowledge of the Brain and its Functions. Oxford.   |
| Ackerknecht EH   | (1992) Geschichte der Medizin. (7. Aufl.) Stuttgart.  |
| Ackerknecht EH   | (1985) Kurze Geschichte der Psychiatrie. (3. Aufl.) Stuttgart.  |
| Ackerknecht EH; Vallois HV   | (1956) Franz Joseph Gall, Inventor of Phrenology and His Collection. Madison, Wisconsin.  |
| Adam JS  | (1684) Dissertatio inauguralis de osse cordis cervi. Gießen.  |
| Adhémar J  | (1963) Europäische Graphik im 18. Jahrhundert. Gütersloh.   |
| Agamben G  | (2008) Was ist ein Dispositiv? Zürich.  |
| Agrimi J; Crisciani C  | (1980) Malato, medico e medicina nel Medioevo. Storia della scienza 19. Turin.  |
| Agrimi J; Crisciani C  | (1996) Wohltätigkeit und Beistand in der mittelalterlichen christlichen Kultur. In: Grmek MD (Hrsg.) Die Geschichte des medizinischen Denkens. Antike und Mittelalter. München.   |
| Aicher F   | (1933) Der Einfluss der Brownschen Lehre auf die Therapie, untersucht an den von Frank im Krankenhaus zu Pavia behandelten Krankheiten. (Diss.) München.  |
| Alber W; Dornheim J  | (1983) Die Fackel der Natur vorgetragen mit Hintansetzung allen Aberglaubens. Zum Entstehungsprozeß neuzeitlicher Normsysteme im Bereich medikaler Kultur. In: Held J (Hrsg.) Kultur zwischen Bürgertum und Volk. Berlin. |
| Alberti M  | (1718) Introductio in universam medicinam tam theoreticam quam practicam certis positionibus comprehensa. Halle.  |
| Alberti M  | (1724) Propempticum inaugurale de venae sectione senum. Halle.  |
| Alberti M; Hase JA   | (1742) Dissertatio inauguralis medica de Septenario medico memorabili, Daß nach der Siebenden Zahl denckwürdige Veränderungen am Menschlichen Leibe vorgehen. Halle.  |
| Alberti M; Hübner AJA  | (1728) Dissertatio inauguralis medica de dysuria senili. Halle.   |
| Albrecht H   | (2005) Volkskrankheiten: Auf einem Auge blind. In: Die Zeit 10.11.2005. Nr. 46.   |
| Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-gerichtliche Medizin 51 | (1895) Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Dresden am 21. und 22. September 1894.   |
| Alpino P; Gaubius HD (Hrsg.)   | (1754) De praesagienda vita et morte aegrotantium libri VII, cum praefatione H. Boerhaave. (Venedig 1601). Hamburg.   |
| Ameke W  | (1884) Die Entstehung und Bekämpfung der Homöopathie. Berlin.   |
| Amit M   | (1978) History of Gerontology. Jerusalem.   |
| Angermann MC; Steinberg H (Hrsg.)  | (2005) 200 Jahre Psychiatrie an der Universität Leipzig. Personen und Konzepte. Heidelberg.   |
| Anonymus   | (1792) (Gottlob Ernst Schulze) Aenesidemus oder über die Fundamente der von dem Professor Reinhold in Jena gelieferten Elementar-Philosophie. o.O.  |
| Anonymus   | (1793) (Johann Benjamin Erhard) Über die Alleinherrschaft. In: Der Neue Teutsche Merkur 3.  |
| Anonymus   | (1795) (Johann Benjamin Erhard) Ueber die Medicin. Arkesilas an Ekdemus. In: Der Neue Teutsche Merkur 2.  |
| Anonymus   | (1796) Détails sur l'établissement du docteur Willis pour la guérison des Aliénés. In: Bibliothèque Britannique, Littérature. Genf.   |
| Anonymus   | (1796) Vertheidigung der rationellen Arzneywissenschaft, gegen Angriffe auf dieselbe im Neuen Teutschen Merkur. In: Journal der Erfindungen, Theorien und Widersprüche in der Natur- und Arzneywissenschaft 5.            |
| Anonymus   | (1798) Etwas über das Savoir faire der Aerzte. In: Hufelands Journal.   |
| Anonymus   | (1799) (sehr wahrscheinlich Karl August von Eschenmayer) Rezension: Erster Entwurf eines Systems der Naturphilosophie, von F. W. J. Schelling. In: Erlanger Literatur Zeitung.  |
| Anonymus   | (1802) (Franz Berg) Lob der allerneuesten Philosophie. o.O.   |
| Anonymus   | (1802) (Lucas Schubaur) Antiröschlaub. 1. und 2. Heft. München.   |

|                         |   |
|-------------------------|---|
| Anonymus                | (1804) (Philipp Franz von Walther) Rezension: Pepinieren zum Unterricht ärztlicher Routiniers als Bedürfnisse des Staats nach seiner Lage wie sie ist, von Professor Reil. o.O.   |
| Anonymus                | (1804) Rezension: Regulative für die Therapeutik nach heuristischen Grundsätzen der Naturphilosophie, von Jacob Friedrich Fries. In: Horn E (Hrsg.) Archiv für medizinische Erfahrung 6. Berlin.  |
| Anonymus                | (1948) De Senectute. Florenz 1948.  |
| Aristoteles             | (1995) Über die Seele. Übers. von Willy Theiler. Hrsg. von Horst Seidl. Hamburg.  |
| Aristoteles             | (2006) Nikomachische Ethik. Übers. und hrsg. v. Ursula Wolf. Hamburg.   |
| Arnim A von             | (1962-65) Sämtliche Romane und Erzählungen. Hrsg. von Wather Migge, Bd. 2. München.   |
| Arnim B von             | (1959) Werke und Briefe. Hrsg. von Gustav Konrad. Bd. 1. Frechen.   |
| Aspetsberger F          | (1968) Ende und Anfang von Hölderlins Roman Hyperion. In: Jahrbuch des Wiener Goethe-Vereins 72. Wien.  |
| Assmann A               | (1993) Die Wunde der Zeit. Wordsworth und die romantische Erinnerung. In: Haverkamp A; Lachmann R; Herzog R (Hrsg.) Memoria. Vergessen und Erinnern. München.   |
| Assmann J               | (1995) Die Unschuld des Kindes. Eine neue Deutung der Nachschrift von CT spell 228. In: du Quesne T (Hrsg.) Hermes Aegyptiacus. Egyptological studies for B. H. Stricker on his 85th birthday. Oxford 1995.                                     |
| Augustin FL             | (1806) Handbuch der allgemeinen medicinischen Therapie. Berlin.   |
| Autenrieth JHF          | (1801) Handbuch der empirischen menschlichen Physiologie. Tübingen.   |
| Baas JH                 | (1876) Grundriss der Geschichte der Medicin und des heilenden Standes. Stuttgart.   |
| Baasner R               | (1999) Briefkultur im 19. Jahrhundert. Kommunikation, Konvention, Postpraxis. In: ders. (Hrsg.) Briefkultur im 19. Jahrhundert. Tübingen.   |
| Bacon F                 | (1623) Historia vitae et mortis. Lownes.  |
| Baer R (Hrsg.)          | (1998) Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart.   |
| Bagliani AP             | (1997) Der Leib des Papstes. Eine Theologie der Hinfälligkeit. München.   |
| Bahrens JCF             | Entwurf einer naturphilosophischen Einleitung in die Heilkunde. Elberfeld 1815.   |
| Bätschmann O            | (2001) Einführung in die kunstgeschichtliche Hermeneutik. Die Auslegung von Bildern. Darmstadt.   |
| Baumgärtner KH          | (1838) Kranken-Physiognomik. Stuttgart.   |
| Beauvoir S de           | (1970) Das Alter. Paris.  |
| Behrens J; Langer G     | (2010) Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Bern.   |
| Belke I                 | (1935) Ignaz Paul Vital Troxler. Sein Leben und sein Denken. In: Günther, R. G. (Hrsg.) Neue Deutsche Forschungen, Abteilung Philosophie. Bd. 7. Berlin.  |
| Bengesser G             | (1982) Wechselbeziehung zwischen Psychiatrie, Psychologie und Philosophie. Ein Leitfaden durch die Geistesgeschichte aus psychiatrischer und psychologischer Sicht. Teil 1 (Europäische Hochschulschriften: Reihe 6, Psychologie. Bd. 94) Bern. |
| Benzenhöfer U           | (1993) Psychiatrie und Anthropologie in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Hürtgenwald.  |
| Bergdoldt K             | (1999) Leib und Seele. Eine Kulturgeschichte des gesunden Lebens. München.  |
| Bergmann A              | (2004) Der Entseelte Patient. Die Moderne Medizin und der Tod. Berlin.  |
| Berios GE               | (1981) Delirium and Confusion in the 19 <sup>th</sup> Century: A Conceptual History. In: British Journal of Psychiatry 139.   |
| Bernhardi JJ            | (1805) Von Beurtheilung des gesunden und kranken Zustandes organisirter Körper. Erfurt.   |
| Bhattacharya-Stettler T | (1992) Nox Mentis. Die Darstellung von Wahnsinn in der Kunst des 19. Jahrhunderts. Bern.  |
| Biedermann G            | (1992) Schelling, die Naturwissenschaften und die Medizin. In: Wagner G; Wessel G (Hrsg.) Medizinprofessoren und ärztliche Ausbildung. Frankfurt/Main.  |

|                  |  |
|------------------|--|
| Biegel G (Hrsg.) | (1993) Geschichte des Alters in ihren Zeugnissen von der Antike bis zur Gegenwart. Braunschweig.   |
| Blasius D        | (1980) Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses. Frankfurt/Main.   |
| Blasius D        | (1994) Einfache Seelenstörung. Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800-1945. Frankfurt/Main.   |
| Bleker J         | (1979) Der Wandel der medizinischen Prognostik unter dem Einfluß der naturhistorischen Methode im 19. Jahrhundert. In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 2.   |
| Bleker J         | (1981) Die Naturhistorische Schule 1825-1845. Stuttgart.   |
| Bleker J         | (1981) Johann Lucas Schönlein und die Methode der klinischen Medizin. In: Die Berliner Ärztekammer 18.   |
| Bleker J         | (1982) Die Idee der Einheit von Theorie und Praxis in der Medizin und ihr Einfluß auf den klinischen Unterricht im 19. Jahrhundert. In: Arzt und Krankenhaus 55.   |
| Bleker J         | (1985) Einleitung zum Tagungsthema „Die Wissenschaften bei der Entdeckung der Geschichtlichkeit ihrer Gegenstände im 18. und frühen 19. Jahrhundert“. In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 8.  |
| Bleker J         | (1991) „Physiologisch wollen wir alle sein“ - Die nosologische Methode und ihre Kritiker 1820-1845. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 85.  |
| Bleker J         | (1991) Johann Lucas Schönlein (1793-1864). In: Engelhardt D von; Hartmann F (Hrsg.) Klassiker der Medizin. Bd. 2. München.   |
| Bleuler E        | (1983) Lehrbuch der Psychiatrie. 15. Auflage. Berlin.  |
| Blondel C        | (1914) La Psycho-physiologie de Gall: Ses idées directrices. Paris.  |
| Blumenbach JF    | (1971) Über den Bildungstrieb und das Zeugungsgeschäfte. (Nachdruck der Ausgabe Leipzig 1781) Mit einem Vorwort und Anmerkungen von L. v. Károlyi. Stuttgart.  |
| Blumenberg H     | (1979) Arbeit am Mythos. Frankfurt/Main.   |
| Blumenberg H     | (1998) Paradigmen zu einer Metaphorologie. Frankfurt/Main.   |
| Bobbio N         | (1997) Vom Alter – De senectute. Berlin.   |
| Bobeth J         | (1781) Die Zeitschriften der Romantik. Leipzig.  |
| Boerhaave H      | (1708) Institutiones Medicae. Leiden.  |
| Bole T           | (1974) John Brown, Hegel and speculative concepts in medicine. In: Texas Reports on Biology and Medicine 32 No. 1.   |
| Borowski LE      | (1974) Darstellung des Lebens und Charakters Immanuel Kants. Von Kant selbst revidiert und berichtet. In: Drescher S (Hrsg.) Wer war Kant? Drei zeitgenössische Biographien von Ludwig Ernst Borowski, Reinhold Bernhard Jachmann und E. A. Ch. Wasianski. Pfullingen. |
| Borscheid P      | (1987) Geschichte des Alters. Vom Spätmittelalter zum 18. Jahrhundert. Münster.  |
| Borscheid P      | (1992) Der alte Mensch in der Vergangenheit. In: Balthes PB; Mittelstraß J; Staudinger UM (Hrsg.) Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung (Akademie der Wissenschaften zu Berlin, Forschungsbericht 5). Berlin.  |
| Boschung U       | (1996) Neurophysiologische Grundlagenforschung. „Irritabilität“ und „Sensibilität“ bei Albrecht von Haller. In: Schott H (Hrsg.) Meilensteine der Medizin. Dortmund.   |
| Boulière F       | (1990) Geschichte der Pflege und Behandlung des alten Menschen. In: Toellner R (Hrsg.) Illustrierte Geschichte der Medizin. Bd. 4. Salzburg.   |
| Brachmann R      | (1921) Ein Beitrag zur Geschichte der forensischen Psychiatrie. Der Fall Rüsau. (Diss.) Hamburg.   |
| Braitenberg V    | (2007) Über den Inhalt des Kopfes. In: Spitzer M; Bertram W (Hrsg.) Braintertainment. Stuttgart.   |
| Brandt R         | (1999) Kritischer Kommentar zu Kants Anthropologie in pragmatischer Hinsicht (1798). Hamburg.  |
| Brant S          | (1494) Das Narrenschiff. Basel.  |
| Braun H          | (1990) Ein Bedürfnis nach Schelling. In: Philosophische Rundschau, Heft 3.   |
| Bräutigam W      | (1972) Forschungsrichtungen und Lehrmeinungen in der Psychoanalyse. In: Göppinger H; Witter H (Hrsg.) Handbuch der Forensischen Psychiatrie Bd. I. Berlin.   |

|                     |  |
|---------------------|--|
| Brehm A             | (1941) Der Begriff der Zurechnungsfähigkeit und seine geschichtliche Entwicklung. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 43.  |
| Breidbach O         | (1997) Die Materialisierung des Ichs. Zur Geschichte der Hirnforschung im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt/Main.   |
| Breinersdorf S      | (1804) Versuch über den gegenwärtigen Standpunkt der Theorien der Medizin. Breslau.  |
| Brera VL            | (1801) Riflessioni sul sistema di Brown. Venedig.  |
| Breukink H          | (1926) Geschiedenis der Geneeskunde. Overzicht van opvatting en behandeling van geesteszieken in oude tijden. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 70:2560-7.   |
| Brinkmann R (Hrsg.) | (1978) Romantik in Deutschland. Stuttgart.   |
| Broman TH           | (1989) University Reform in Medical Thought at the End of the Eighteenth Century. In: Osiris 5.  |
| Broman TH           | (1996) The Transformation of German Academic Medicine, 1750-1820. New York.  |
| Brown J             | (1780) Elementa medicinae. Edinburgh.  |
| Brown J             | (1784) Elementa medicinae. Editio altera, plurimum emendata et integrum demum opus exhibens. Edinburgh.  |
| Brown J             | (1795) Grundsätze der Arzneylehre. Aus dem Lateinischen übersetzt von M. A. Weikard. Frankfurt/Main.   |
| Brown J             | (1796) Lehrbegriff der Brownischen Arzneilehre, von Brown selbst ohne seinen Namen herausgegeben. Wien.  |
| Brown J             | (1798) System der Heilkunde. Nach der letzten vom Verfasser sehr vermehrten und mit Anmerkungen bereicherten englischen Ausgabe seiner Elements of Medicine übersetzt. Dritte von neuem durchgesehene Ausgabe, begleitet von einer neuen kritischen Abhandlung über die Brownischen Grundsätze von C. H. Pfaff. (2. Aufl.) Kopenhagen. |
| Brückner B          | (2007) Delirium und Wahn: Geschichte, Selbstzeugnisse und Theorien von der Antike bis 1900. Band I: Vom Altertum bis zur Aufklärung. Band II: 19. Jahrhundert - Deutschland. Stuttgart.  |
| Brüggemann H        | (2009) Sammlung und Spiel: Bild-Räume aus kulturellem Gedächtnis, Erinnerung und Vergessen in Gockel, Hinkel, Gakeleia. Märchen, wieder erzählt von Clemens Brentano (1838). In: (ders.) Romantik und Moderne: Moden des Zeitalters und buntscheckige Schreibart. Aufsätze. Würzburg.  |
| Brüggemann H        | (2009) Romantik und Moderne: Moden des Zeitalters und buntscheckige Schreibart. Aufsätze. Würzburg.  |
| Brunschwig H        | (1976) Gesellschaft und Romantik in Preußen im 18. Jahrhundert. Die Krise des preußischen Staates am Ende des 18. Jahrhunderts und die Entstehung der romantischen Mentalität. Frankfurt/Main.   |
| Bunge MA            | (1967) Scientific Research I und II. Berlin.   |
| Burdach KF          | (1800) Propädeutik zum Studium der gesamten Heilkunst. Leipzig.  |
| Burdach KF          | (1974) Asklepiades und John Brown. Eine Parallele. Leipzig.  |
| Bürger P            | (1974) Theorie der Avantgarde. Frankfurt/Main.   |
| Busch W             | (1977) Nachahmung als bürgerliches Kunstprinzip. Ikonographische Zitate bei Hogarth und in seiner Nachfolge. Hildesheim.   |
| Busch W             | (1985) Die notwendige Arabeske. Wirklichkeitsaneignung und Stilisierung in der deutschen Kunst des 19. Jahrhunderts. Berlin.   |
| Cabanis PJG         | (1799) Über den möglichen Grad der Gewissheit in der Arzneywissenschaft. Aus dem Französischen übers. v. August Friedrich Ayrer. Göttingen.  |
| Canguilhem G        | (1989) Der epistemologische Status der Medizin. In: (ders.) Grenzen medizinischer Rationalität. Tübingen.  |
| Canstatt KFC        | (1839) Die Krankheiten des Höheren Alters und Ihre Heilung. Erlangen.  |
| Carpzow B           | (1665) Practica nova imperialis Saxonica rerum criminalium. Wittenberg.  |
| Carus CG            | (1838) System der Physiologie, umfassend das Allgemeine der Physiologie, die physiologische Geschichte der Menschheit, die des Menschen, und die der einzelnen organischen Systeme im Menschen, für Naturforscher und Ärzte bearbeitet. Band I. Leipzig.   |
| Carus CG            | (1841) Grundzüge einer neuen und wissenschaftlich begründeten Cranoskopie (Schädellehre). Stuttgart.   |

|   |  |
|---|--|
| Carus CG  | (1843) Einige Worte über das Verhältnis der Kunst krank zu sein zur Kunst gesund zu sein. Leipzig.   |
| Carus CG  | (1846) Psyche. Zur Entwicklungsgeschichte der Seele. Pforzheim.  |
| Carus CG  | (1863) Die Lebenskunst nach den Inschriften des Tempels zu Delphi. Dresden.  |
| Carus FA  | (1990) Geschichte der Psychologie. Reprintausgabe. Eingel. von Rolf Jeschonnek. Berlin.  |
| Celsus AC   | De Medicina; Liber III. 18,3.<br><a href="http://penelope.uchicago.edu/Thayer/L/Roman/Texts/Celsus/3*.html">http://penelope.uchicago.edu/Thayer/L/Roman/Texts/Celsus/3*.html</a> (zuletzt aufgerufen am 12.12.2013)  |
| Chabbert P  | (1974) Pinel, Phillipe. In: Dictionary of scientific Biography, Vol. X. New York.  |
| Christmann R  | (2005) Zwischen Identitätsgewinn und Bewußtseinsverlust. Das philosophisch-literarische Werk der Karoline von Günderrode (1780-1806). Frankfurt/Main.  |
| Cicero MT   | (2001) Cato der Ältere. Über das Alter. Hrsg. und übersetzt von Max Faltner. Düsseldorf.   |
| Claudius M  | (1774) Asmus omnia sua secum portans oder Sämmtliche Werke des Wandsbecker Bothen. Dritter Theil. Wandsbeck.   |
| Conrad C  | (1994) Vom Greis zum Rentner. Der Strukturwandel des Alters in Deutschland zwischen 1830 und 1930. Göttingen.  |
| Conrad C; Kondratowitz HJ von (Hrsg.)   | (1985) Gerontologie und Sozialgeschichte. Wege zu einer historischen Betrachtung des Alters. Berlin.   |
| Conrad C; Kondratowitz HJ von (Hrsg.)   | (1993) Zur Kulturgeschichte des Alterns. Toward a Cultural History of Aging  |
| Coreth E; Ehlen P; Schmidt J  | (1989) Philosophie des 19. Jahrhunderts. (2. Aufl.) Stuttgart.   |
| Cullen WMD  | List of Dr. Cullens students at Edinburgh University in the Classes of Chemistry 1755-1765. Materia Medica 1761, and Clinical Medicine 1763. Edinburgh University Library. DA (class list) ACC.6473.   |
| Culotta CA  | (1975) German Biophysics, Objective Knowledge and Romanticism. In: Historical Studies in the Physical Sciences 4.  |
| Cummings JL   | (1987) Probable Alzheimer's Disease in an Artist. In: The Journal of the American Medical Association 258(19), S. 2731-2734.   |
| Cunningham A; Jardine N (Hrsg.)   | (1990) Romanticism and the sciences. Cambridge.  |
| D' Alessandro AJ  | (1984) The Romantics and their contribution to psychiatry. In: Psychiatric Quarterly 56.   |
| Dahm S  | (1981) Frühe Krankenbilddnisse: Alibert - Esquirol - Baumgärtner. Köln.  |
| Damerow HPA   | (1829) Die Elemente der nächsten Zukunft der Medicin, entwickelt aus der Vergangenheit und Gegenwart. Berlin.  |
| Delank HW; Gehlen W (Hrsg.)   | (2001) Neurologie. Stuttgart.  |
| Delkeskamp-Hayes C; Gardell Cutter MA (Hrsg.)   | (1993) Science, Technology, and the Art of Medicine. European-American Dialogues. Dordrecht.   |
| Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.) | (zuletzt aufgerufen am 11.12.2013) S3-Leitlinie "Demenzen" (Langversion 23.11.2009) <a href="http://www.dggpp.de/documents/s3-leitlinie-demenz-kf.pdf">http://www.dggpp.de/documents/s3-leitlinie-demenz-kf.pdf</a> .  |
| Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)                 | (zuletzt aufgerufen am 29.11.2013) ICD-10-GM Version 2014, Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) <a href="http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/block-f00-f09.htm">http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/block-f00-f09.htm</a> |
| Dieckmann B   | (1994) Der Erfahrungsbegriff in der Pädagogik. Weinheim.   |
| Diepgen P   | (1938) Medizin und Kultur. Gesammelte Aufsätze zu seinem 60. Geburtstag am 24. November 1938. Hrsg. von W. Artelt, E. Heischkel, J. Schuster. Stuttgart.   |
| Dietl J   | (1829) Einige Worte über die Zuverlässigkeit der Heilwissenschaft. Wien.   |

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| Dietl J                          | (1845) Praktische Wahrnehmungen nach den Ergebnissen im Wiedner-Bezirkskrankenhaus. Zeitschrift der KK. Gesellschaft der Aerzte zu Wien 1. Wien.  |
| Dilling H; Freiberger HJ (Hrsg.) | (2013) Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen. (6. Aufl.) Bern.  |
| Dömling J                        | (1802) Kritik der vorzüglichsten Vorstellungsarten über Organisation und Lebensprincip, ein Beytrag zur Berichtigung und festern Begründung der Erregungstheorie. Würzburg.   |
| Dömling J; Horsch PJ (Hrsg.)     | (1804) Archiv für die Theorie der Heilkunde. Nürnberg.  |
| Dörner K                         | (1969) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt/Main.   |
| Dörner K                         | (1999) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. (2. Aufl.) Frankfurt/Main.  |
| Drees A                          | (1988) Die Ärzte auf dem Weg zu Prestige und Wohlstand. Sozialgeschichte der württembergischen Ärzte im 19. Jahrhundert. Münster.   |
| Drescher S (Hrsg.)               | (1974) Wer war Kant? Drei zeitgenössische Biographien von Ludwig Ernst Borowski, Reinhold Bernhard Jachmann und E. A. Ch. Wasianski. Pfullingen.  |
| du Quesne T (Hrsg.)              | (1995) Hermes Aegyptiacus. Egyptological studies for B. H. Stricker on his 85th birthday. Oxford.   |
| Dülmen R van                     | (1997) Entdeckung des Ich. Die Geschichte der Individualisierung vom Mittelalter bis zur Gegenwart. Frankfurt/Main.   |
| Dürck-Kaulbach J                 | (1918) Erinnerungen an Wilhelm von Kaulbach und sein Haus. München.   |
| Durner M                         | (1991) Die Naturphilosophie im 18. Jahrhundert und der naturwissenschaftliche Unterricht in Tübingen. Zu den Quellen von Schellings Naturphilosophie. In: Archiv für Geschichte der Philosophie. Bd. 73. Berlin.          |
| Düsing K (Hrsg.)                 | (1988) Schellings und Hegels erste absolute Metaphysik (1801/1802). Zusammenfassende Vorlesungsnachschrift von I. P. V. Troxler. Köln.  |
| Eble B                           | (1840) Die Geschichte der praktischen Arzneykunde (Systeme, Epidemien, Heilmittel, Bäder) vom Jahre 1800-1825. Wien.  |
| Ehmer J                          | (1990) Sozialgeschichte des Alters. Frankfurt/Main.   |
| Eich W                           | (1986) Medizinische Semiotik (1750-1850). Ein Beitrag zur Geschichte des Zeichenbegriffs in der Medizin. (Freiburger Forschungen zur Medizingeschichte, NF Bd. 13) Freiburg.  |
| Eisler R                         | (1964) Kant-Lexikon. (ND) Hildesheim.   |
| Eitner LEA                       | (1971) Neoclassicism and Romanticism 1750-1850. Source Documents on Neoclassical and Romantic Art: An Anthology of Sources and Documents. New Jersey.   |
| Eitner LEA                       | (1983) Gericault. His Life and Work. London.  |
| Elias N                          | (2002) Die höfische Gesellschaft. Frankfurt/Main.   |
| Ellenberger HF                   | (1970) The Discovery Of the Unconscious: The History And Evolution Of Dynamic Psychiatry . New York.  |
| Engelbregt JHA                   | (1965) Het Utrechts Psalterium, Een eeuw wetenschappelijke bestudering (1860-1960) (The Utrecht Psalter, a Century of Critical Investigation 1860-1960). Utrecht.   |
| Engelhardt D von                 | (1975) Naturphilosophie im Urteil der Heidelberger Jahrbücher der Literatur, 1808-1828. Heidelberger Jahrbücher 19.   |
| Engelhardt D von                 | (1976) Hegel und die Chemie. Wiesbaden.   |
| Engelhardt D von                 | (1977) Novalis im medizinhistorischen Kontext. In: Uerlings H (Hrsg.) Novalis und die Wissenschaften. Tübingen.   |
| Engelhardt D von                 | (1978) Bibliographie der Sekundärliteratur zur romantischen Naturforschung und Medizin 1950-1975. In: Brinkmann R (Hrsg.) Romantik in Deutschland. Stuttgart.   |
| Engelhardt D von                 | (1979) Historisches Bewußtsein in der Naturwissenschaft von der Aufklärung bis zum Positivismus. Freiburg.  |
| Engelhardt D von                 | (1981) Prinzipien und Ziele der Naturphilosophie Schellings – Situation um 1800 und spätere Wirkungsgeschichte. In: Hasler L (Hrsg.) Schelling. Seine Bedeutung für eine Philosophie der Natur und Geschichte. Stuttgart. |



|   |  |
|---|--|
| Engelhardt D von                        | (1981) Spiritualisierung der Natur und Naturalisierung des Menschen. In: Rapp F (Hrsg.) Naturverständnis und Naturbeherrschung. München.   |
| Engelhardt D von                        | (1981) Zu einer Sozialgeschichte der romantischen Naturforschung. In: Sudhoffs Archiv 65. Stuttgart.   |
| Engelhardt D von                        | (1984) Der metaphysische Krankheitsbegriff des Deutschen Idealismus. Schellings und Hegels naturphilosophische Grundlegung. In: Seidler E (Hrsg.) Medizinische Anthropologie. Berlin.  |
| Engelhardt D von                        | (1984) Historisches Bewußtsein in der Medizin der Romantik. In: Seidler E; Schott H (Hrsg.) Bausteine zur Medizingeschichte. Heinrich Schipperges zum 65. Geburtstag (Sudhoffs Archiv: Beiheft 24). Stuttgart.   |
| Engelhardt D von                        | (1984) Schellings philosophische Grundlegung der Medizin. In: Sandkühler HJ (Hrsg.) Natur und geschichtlicher Prozeß. Studien zur Naturphilosophie Schellings. Frankfurt/Main.   |
| Engelhardt D von                        | (1985) Die organische Natur und die Lebenswissenschaften in Schellings Naturphilosophie. In: Heckmann R; Krings H; Meyer RW (Hrsg.) Natur und Subjektivität. Stuttgart-Bad Cannstatt.  |
| Engelhardt D von                        | (1991) Romantische Mediziner. In: ders.; Hartmann F (Hrsg.) Klassiker der Medizin. Bd. 2. München.   |
| Engelhardt D von                        | (1994) Wissenschaft und Philosophie der Natur um 1800. Prinzipien, Dimensionen, Perspektiven. In: Kanz KT (Hrsg.) Philosophie des Organischen in der Goethezeit. Studien zu Werk und Wirkung des Naturforschers Carl Friedrich Kielmeyer (1765-1844). Stuttgart.                   |
| Engelhardt D von                        | (1995) Altern zwischen Biologie und Kultur. Beobachtungen aus der Vergangenheit, Anregungen für die Zukunft. In: Schmidt R; Vögel W (Hrsg.) Behandlung und Rehabilitation der Pflege. Köln.  |
| Engelhardt D von                        | (2002) Altern und Alter in der Literatur und in den Künsten. In: Guerci A; Consigliere S (Hrsg.) La Vecchiaia nel tempo. Genova.   |
| Engelhardt D von;<br>Hartmann F (Hrsg.) | (2002) Klassiker der Medizin. 2 Bände. München.  |
| Engstrom EJ; Roelcke V<br>(Hrsg.)       | (2003) Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum. In: Medizinische Forschung Bd. 13. Basel.   |
| Erhard JB                               | (1792) Idea organi medici. (Med. Diss.) Altdorf.   |
| Erhard JB                               | (1799) Über die Möglichkeit der Heilkunst. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde Bd. 1. Frankfurt/Main.   |
| Erhard JB                               | (1799) Versuch eines Organons der Heilkunde. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde Bd. 2. Frankfurt/Main.   |
| Erhard JB                               | (1800) Theorie der Gesetze die sich auf das körperliche Wohlseyn der Bürger beziehen, und der Benutzung der Heilkunde zum Dienst der Gesetzgebung. Tübingen.   |
| Erhard JB                               | (1802) Über die Einrichtung und den Zweck der höheren Lehranstalten. Berlin.   |
| Erhard JB                               | (1802) Ueber Sinnlosigkeit und Raserei. In: Hufelands Journal der practischen Arzneykunde und Wundarzneykunst. Bd. 14/2. Berlin.   |
| Erhard JB                               | (1970) Über das Recht des Volkes zu einer Revolution und andere Schriften. Hrsg. und mit einem Nachwort von Hellmut G. Haasis. München.  |
| Ernst C                                 | (1972) Teufelsaustreibungen. Die Praxis der katholischen Kirche im 16. Und 17. Jahrhundert. Bern.  |
| Ernst K                                 | (1999) Patientengeschichte. Eine kulturhistorische Wende in der Medizinhistoriographie. In: Bröer R (Hrsg.) Eine Wissenschaft emanzipiert sich. Die Medizinhistoriographie von der Aufklärung bis zur Postmoderne. (Neue Medizin- und Wissenschaftsgeschichte Bd. 9) Paffenweiler. |
| Ersch JS                                | (1965) Literatur der Medizin. Seit der Mitte des 18. Jahrhunderts bis auf die neueste Zeit mit Registern. (2. ND der Ausg. Leipzig 1822) Hildesheim.   |
| Eschenmayer KA von                      | (1796) Principia quaedam disciplinae naturalis, imprimis chemiae ex metaphysica naturae substernanda. (Diss.) Tübingen.  |
| Eschenmayer KA von                      | (1797) Sätze aus der Natur-Metaphysik auf chemische und medicinische Gegenstände angewandt. Tübingen.  |

|  |   |
|--|---|
| Eschenmayer KA von                         | (1799) Deduktion des lebenden Organism. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde Bd. 2. Frankfurt/Main.   |
| Eschenmayer KA von                         | (1801) Spontaneität = Weltseele oder das höchste Princip der Naturphilosophie. In: Zeitschrift für speculative Physik Bd. 2/1.  |
| Eschenmayer KA von                         | (1803) Die Philosophie in ihrem Übergang zur Nichtphilosophie. Erlangen.  |
| Esquirol JED                               | (1827) Allgemeine und specielle Pathologie und Therapie der Seelenstörungen. Frei bearbeitet von K. C. Hille. Nebst einem Anhang kritischer und erläuternder Zusätze von J. C. A. Heinroth. Leipzig.  |
| Esquirol JED                               | (1838) Die Geisteskrankheiten in Beziehung zur Medizin und Staatsarzneikunde. Ins Deutsche übertragen von W. Bernhard. 2 Bde. Berlin.   |
| Esquirol JED                               | (1968) Von den Geisteskrankheiten. 1. Aufl. 1816. Hrsg. von E. H. Ackerknecht. Bern.  |
| Esquirol JED                               | (1982) Delle Passioni. Considerate come cause, sintomi e mezzi curativi dell'alienazione mentale. Venezia.  |
| Eulner HH                                  | (1959) Hallesche Straßennamen als Denkmäler hallescher Mediziner. VII Johann Christian Reil (1759-1813). In: Hallesches Monatsheft 6. Halle.  |
| Eulner HH; Scharf JH; Ponitz K; Pechocki W | (1960) Johann Christian Reil 1759-1813. Nova Acta Leopoldina 144 neue Folge Bd. 22. Leipzig.  |
| Eurskens IC                                | (1970) Klinik und Therapie der Nerven- und Gemütskrankheiten zur Zeit der deutschen Romantik im „Journal der praktischen Heilkunde und Wundarzneykunst“ (1795-1844) von Christoph W. Hufeland. (Med. Diss.) München.  |
| Eybisch H                                  | (1909) Anton Reiser. Untersuchung zur Lebensgeschichte von K. Ph. Moritz und zur Kritik seiner Autobiographie. Leipzig.   |
| Felber W                                   | (2009) Ging Carus „Psyche“ auf dem Weg zu Freuds Psychoanalyse verloren? Eine Spurensuche. In: Kuhlmann-Hodick P; Spitzer G; Maaz B (Hrsg.) Carl Gustav Carus – Natur und Idee: Katalog zur Ausstellung der Staatlichen Kunstsammlungen Dresden im Semperbau am Zwinger und im Residenzschloss (26. Juni bis 20. September 2009). Berlin. |
| Feuchtersleben E Frh. Von                  | (1839) Die Gewissheit und Würde der Heilkunst. Für das nicht ärztliche Publikum dargestellt. Wien.  |
| Feuerbach A von                            | (1813) Bayerisches Kriminalgesetzbuch.  |
| Fichte JG                                  | (1962 ff.) Gesamtausgabe der Bayerischen Akademie der Wissenschaften. Hrsg. von Reinhard Lauth und Hans Jacob. Stuttgart-Bad Cannstatt.   |
| Ficker WA                                  | (1806) Etwas über die Behandlung der am häufigsten vorkommenden asthenischen Fieber. In: Hufelands Journal 25. Berlin.  |
| Fischer C                                  | (1977) Zur Theorie des Arzneimittelversuchs am Menschen in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. (Med. Diss.) Mainz.  |
| Fischer-Elfert HW                          | (2002) Aus alt macht jung: Medizinisches und Mentalitätsgeschichtliches zum Alter im Pharaonischen Ägypten. In: Karenberg A; Leitz C (Hrsg.) Heilkunde und Hochkultur II. Münster.  |
| Flatten G                                  | (1990) Die Entwicklung eines ganzheitlichen Bildes des Menschen in der Heilkunde der Romantik und seine Bedeutung für die Gegenwart. Herzogenrath.  |
| Fleck L                                    | (2012) Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. (9. Aufl.) Berlin.   |
| Fleischer F                                | (1968) Der Niederschlag des Arzneimittelmisßbrauchs in der medizinischen Fachliteratur während der ersten Hälfte des neunzehnten Jahrhunderts. Med. (Med. Diss.) Mainz.   |
| Florey E                                   | (1993) Memoria. Geschichte der Konzepte über die Natur des Gedächtnisses. In: ders.; Breidbach O (Hrsg.) Das Gehirn – Organ der Seele? Zur Ideengeschichte der Neurobiologie. Berlin.   |
| Flourens JPM                               | (1843) Examen de Phrénologie. Paris.  |
| Flourens JPM                               | (1863) De la Phrénologie et des Etudes Vraies sur le Cerveau. Paris.  |
| Fooker I                                   | (1994) Frauen im Alter in Bildern der Kunst – Eine Spurensuche nach Erscheinungsformen weiblicher Kompetenz im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie 27.  |
| Forschner M                                | (1988) Willensfreiheit als philosophisches Problem. In: Fundamenta Psychiatrica 3.  |
| Förstl H (Hrsg.)                           | (2003) Antidementiva. München.  |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Foucault M                     | (1973) Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. München.   |
| Foucault M                     | (1996) Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. (12. Aufl.) Frankfurt/Main.   |
| Foucault M                     | (2003) Die Anormalen. Vorlesungen am College de France (1974-1975). Frankfurt/Main.  |
| Foucault M                     | (2008) Archäologie des Wissens. In: (ders.) Die Hauptwerke. Frankfurt/Main.  |
| Foucault M                     | (2008) Die Ordnung der Dinge. In: (ders.) Die Hauptwerke. Frankfurt/Main.  |
| Foucault M                     | (2008) Die Hauptwerke. Frankfurt/Main.   |
| Frank J                        | (1797) Erläuterungen der Brownischen Arzneilehre. Heilbronn.   |
| Frank JP                       | (1779-1817) System einer vollständigen medicinischen Polizey. (Band 1-4 Mannheim 1779-1788. Band 5 Stuttgart 1813. Band 6 Wien 1817).  |
| Freeman JT                     | (1950) François Ranchin, Contributor of an Early Chapter in Geriatrics. In: Journal of the History of Medicine and Allied Sciences 5.  |
| Freeman JT                     | (1979) Aging. Its history and literature. New York.  |
| Freeman JT                     | (1983) The history of geriatrics. In: Annals of Medical History 10.  |
| Friedländer LH                 | (1839) Vorlesungen über die Geschichte der Heilkunde. Leipzig.   |
| Friedreich JB                  | (1830) Versuch einer Literaturgeschichte der Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Würzburg.  |
| Fries JF                       | (1969) Sämtliche Schriften. Nach den Ausgaben letzter Hand zusammengestellt, eingeleitet und mit einem Fries-Lexikon versehen von Gert König und Lutz Geldsetzer. Aalen.   |
| Frölich L; Pieschl D; Maurer K | (1997) Die historische Entwicklung des Krankheitskonzeptes Demenz vom Alzheimer Typus. In: Nervenheilkunde 16, S. 19-24.   |
| Fuchs HJ                       | (1977) Entfremdung und Narzissmus. Semantische Untersuchungen zur Geschichte der "Selbstbezogenheit" als Vorgeschichte von französisch "amour propre". Stuttgart.  |
| Fuhrmans H (Hrsg.)             | (1962ff.) F. W. J. Schelling. Briefe und Dokumente. Bonn. Bd. 1 (1962): 1775-1809, Bd. 2: 1775-1803, Bd. 3: 1803-1809.   |
| Fülöp-Miller R                 | (1937) Kulturgeschichte der Heilkunde. München.  |
| Funke G                        | (1975) Kant für Mediziner? In: Philosophia naturalis 15.   |
| Gadamer HG                     | (1967) Apologie der Heilkunst. In: Kleine Schriften I. (2. Aufl.) Tübingen.  |
| Gadamer HG                     | (1990) Das Philosophische und die praktische Medizin. In: Zappe HA; Mattern H (Hrsg.) Das Philosophische und die praktische Medizin. Berlin.   |
| Galdston I                     | (1956) The romantic period in medicine. In: Bulletin of the New York Academy of Medicine 32.   |
| Galen C                        | (1823) Claudii Galeni Opera Omnia. Hrsg. von Karl Gottlieb Kühn. Leipzig   |
| Gall FJ                        | (1791) Philosophisch-Medicinische Untersuchungen über Natur und Kunst im kranken und gesunden Zustande des Menschen. Wien.   |
| Gall FJ                        | (1798) Des Herrn Dr. F. J. Gall Schreiben über seinen bereits geendigten Prodromus über die Verrichtungen des Gehirns der Menschen und der Thiere, an Herrn. Jos. Fr. von Retzer. In: Der Neue Teutsche Merkur 3. Weimar.  |
| Gall FJ                        | (1979) Franz Joseph Gall, 1758-1828, Naturforscher und Anthropologe: Ausgewählte Texte (Hubers Klassiker der Medizin und der Naturwissenschaften), eingeleitet, übersetzt und kommentiert von Erna Lesky. Bern.  |
| Gall FJ; Spurzheim JK          | (2001) Untersuchungen ueber die Anatomie der Nervensystems ueberhaupt, und des Gehirns insbesondere. Ein dem französischen Institut überreichtes Mémoire. Nebst dem Berichte der H.H. Commissaire des Institutes und den Bemerkungen der Verfasser über diesen Bericht (1809). Mit einer Einleitung herausgegeben von Sigrid Oehler-Klein. Hildesheim. |
| Garrison FH                    | (1931) The Romantic Episode in the History of German Medicine. In: Bulletin of the New York Academy of Medicine 7.   |
| Gaupp R                        | (1911) Das Pathologische in Kunst und Literatur. In: Deutsche Revue Bd. 2.   |
| Gedeon WM                      | (1991) Von der biologischen Medizin zur Ganzheitsmedizin. Eine Gesamtschau der Heilkunde. Heidelberg.  |

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Geier GF              | (1799) Analytik des Begriffes der Heilkunde. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 1. Frankfurt/Main.  |
| Gerabek WE            | (1995) Friedrich Wilhelm Joseph Schelling und die Medizin der Romantik. Studien zu Schellings Würzburger Periode. (Europäische Hochschulschriften. Reihe 7, Abt. B, 7). Frankfurt/Main.   |
| Gerken G              | (1977) Zur Entwicklung. Des klinischen Arzneimittelversuches am Menschen. (Med. Diss.) Mainz.   |
| Gilman S              | (1978) Zur Physiognomie der Geisteskranken in Geschichte und Praxis 1800-1900. In: Sudhoffs Archiv 62.  |
| Girtanner C           | (1790) Mémoires Sur l' Irritabilité considérée comme principe de vie dans la nature organisée. In : Journal de physique, de chimie, d'histoire naturelle et des arts Band 37.   |
| Girtanner C           | (1796) Über das Kantsche Prinzip für die Naturgeschichte. Ein Versuch, diese Wissenschaft philosophisch zu behandeln. Göttingen.  |
| Girtanner C           | (1797/98) Ausführliche Darstellungen des Brownischen Systems der praktischen Heilkunde nebst einer vollständigen Literatur und einer Kritik desselben. 2 Bde. Göttingen.  |
| Glandien OF           | (1981) Franz Xaver Messerschmidt. Ausdrucksstudien und Charakterköpfe. In: Kölner medizinhistorische Beiträge Bd. 20.   |
| Glaser H              | (1964) Gerhard Freiherr van Swieten. Rede über die Erhaltung der Gesundheit der Greise (Wien 1778). Leipzig.  |
| Gloy K                | (1976) Die Kantische Theorie der Naturwissenschaft. Eine Strukturanalyse ihrer Möglichkeit, ihres Umfangs und ihrer Grenzen. Berlin.  |
| Gnilka C              | (1971) Altersklage und Jenseitssehnsucht. In: Jahrbuch für Antike und Christentum 14.   |
| Göckenjan G           | (1993) Das hohe Alter in theologischen Texten. In: Conrad C; Kondratowitz HJ von (Hrsg.) Zur Kulturgeschichte des Alterns. Toward a Cultural History of Aging. Berlin.  |
| Göckenjan G           | (2000) Das Alter würdigen. Altersbilder und Bedeutungswandel des Alters. Frankfurt/Main.  |
| Göckenjan G; Taeger A | (1990) Matrone, Alte Jungfer, Tante. Das Bild der alten Frau in der bürgerlichen Welt des 19. Jahrhunderts. In: Archiv für Sozialgeschichte 30.   |
| Goethe JW von         | (1892) Briefe. In: Goethes Werke, Abt. IV, Bd. 11. Weimar.  |
| Goethe JW von         | (1892) Werke. Hrsg. im Auftrage der Großherzogin Sophie von Sachsen. Abt. I Bd. 12. Weimar.   |
| Goethe JW von         | (2011) Faust. Der Tragödie Zweiter Teil. Stuttgart.   |
| Görland I             | (1973) Die Entwicklung der Frühphilosophie Schellings in der Auseinandersetzung mit Fichte. Frankfurt/Main.   |
| Gosau HP              | (1962) Carl Christian Erhard Schmid (1761-1812) und sein Werk „Physiologie, philosophisch betrachtet“ (1798-1801). (Med. Diss.) Münster.  |
| Gosau HP              | (1964) Über den vergeblichen Versuch Carl Christian Eberhard Schmidts, die spekulative Naturphilosophie Fichtes und Schellings aus dem medizinischen Denken des ausgehenden 18. Jahrhunderts zu verdrängen. In: Hippokrates 35. |
| Gregory F             | (1983) Die Kritik von J. F. Fries an Schellings Naturphilosophie. In: Sudhoffs Archiv 67.   |
| Gregory F             | (1983) Regulative Therapeutics in the German Romantic Era: The Contribution of Jacob Friedrich Fries (1773-1843). In: Clio Medica 18.   |
| Gregory F             | (1989) Kant's Influence on Natural Science in the German Romantic Period. In: Visser RPW (Hrsg.) New Trends in the History of Science. Amsterdam.   |
| Gregory F             | (1989.) Kant, Schelling, and the Administration of Science in the Romantic Era. In: Osiris, 2 <sup>nd</sup> series, 5.  |
| Gregory F             | (1992) Hat Müller die Naturphilosophie wirklich aufgegeben? In: Hagner M; Wahrig-Schmidt B (Hrsg.) J. Müller und die Philosophie. Berlin.   |
| Gregory F             | (1992) Nature Lost? Natural Science and the German Theological Traditions of the Nineteenth Century. Cambridge.   |
| Griaule M             | (1980) Schwarze Genesis. Ein afrikanischer Schöpfungsbericht. Frankfurt/Main.   |
| Grimm J; Grimm W      | (1812/15) Vorrede zu den Kinder- und Hausmärchen. Berlin.   |

|   |  |
|---|--|
| Grimme EG                                   | (1984) Das Evangeliar Kaiser Ottos III im Domschatz zu Aachen. Freiburg.   |
| Grinker R; Lubkemann SC; Steiner CB (Hrsg.) | (2010) Perspectives on Africa: a reader in culture, history and representation. Singapore.   |
| Grmek MD                                    | (1958) On Ageing and Old Age. Basic Problems and Historic Aspects of Gerontology and Geriatrics. Den Haag.   |
| Grmek MD                                    | (1960) Morgagni und die Greisenkrankheiten. In: Sudhoffs Archiv 44.  |
| Grmek MD                                    | (1996) Die Geschichte des medizinischen Denkens. Antike und Mittelalter. München.  |
| Grosche S                                   | (2009) Lebenskunst, Krankheitskunst, Heilkunst. Novalis in der Medizin von Carl Gustav Carus. In: Kuhlmann-Hodick P; Spitzer G; Maaz B (Hrsg.) Carl Gustav Carus – Wahrnehmung und Konstruktion: Katalog zur Ausstellung der Staatlichen Kunstsammlungen Dresden im Semperbau am Zwinger und im Residenzschloss (26. Juni bis 20. September 2009). Berlin. |
| Gross F (Hrsg.)                             | (1993) Immanuel Kant. Sein Leben in Darstellungen von Zeitgenossen. Die Biographien von L. E. Borowski, R. B. Jachmann und E. A. Ch. Wasianski, mit einer neuen Einleitung von Rudolf Malter, Darmstadt.   |
| Gross R                                     | (1992) Geistige Grundlagen der Erkenntnisfindung in der Medizin. In: ders. (Hrsg.) Geistige Grundlagen der Medizin. Berlin.  |
| Gruman GJ                                   | (1966) A History of Ideas about the Prolongation of Life. The Evolution of the Prolongevity Hypothesis to 1800. Philadelphia.  |
| Gruner CG                                   | (1792) Bilanz über den Zustand der Medizin am Ende des achtzehnten Jahrhunderts. In: ders. (Hrsg.) Almanach für Ärzte und Nichtärzte auf das Jahr 1792. Jena.  |
| Gruner CG                                   | (1792) Systemsucht ist unser Verderben. In: ders. (Hrsg.) Almanach für Ärzte und Nichtärzte auf das Jahr 1792. Jena.   |
| Gschwind M                                  | (1974) Die Bedeutung des Unbewußten für die Zurechnungsfähigkeit. In: Eisen G (Hrsg.) Handwörterbuch der Rechtsmedizin. Band II: Der Täter, Persönlichkeit und Verhalten. Stuttgart.   |
| Günderode K von                             | (1991) Sämtliche Werke und ausgewählte Studien. Hrsg. von Walter Morgenthaler. Band II: Varianten. Basel.  |
| Günderode K von                             | Der Traurende und die Elfen. Entnommen aus: <a href="http://www.wortblume.de/dichterinnen/trauelfe.htm">www.wortblume.de/dichterinnen/trauelfe.htm</a>   |
| Gust J                                      | (2010) Phänomen Hinlauffendenz: Wenn alte Menschen weglaufen. Norderstedt.   |
| Gutton JP                                   | (1988) Naissance de vieillard. Essai sur l'histoire des rapports entre les vieillards et la société en France. Paris.  |
| Haas K                                      | (1956) Hahnemann der Chemiker und Apotheker. Eine historische Studie. Ulm.   |
| Haase H                                     | (1920) Philipp Franz von Walther und sein Verhältnis zur Schellingschen Philosophie. (Med. Diss.) München.   |
| Haasis HG                                   | (1970) Nachwort zum Neudruck von Erhard JB: Über das Recht des Volkes zu einer Revolution und andere Schriften. München.   |
| Habrich C                                   | (1991) Characteristic Features of Eighteenth-Century Therapeutics in Germany. In: Clio Medica 22.  |
| Haehl R                                     | (1922) Samuel Hahnemann. Sein Leben und Schaffen. 2 Bde. Leipzig.  |
| Haeser H                                    | (1853) Lehrbuch der Geschichte der Medizin. (2. Aufl.) Jena.   |
| Hagberg K                                   | (1946) Carl Linnaeus. Ein grosses Leben aus dem Barock. Hamburg.   |
| Hagner M                                    | (1977) Homo cerebialis. Der Wandel vom Seelenorgan zum Gehirn. Berlin.   |
| Hagner M                                    | (1994) Aufklärung über das Menschenhirn. Neue Wege der Neuroanatomie im späten 18. Jahrhundert. In: Schings HJ (Hrsg.) Der ganze Mensch. Anthropologie und Literatur im 18. Jahrhundert. DFG-Symposium 1992. Stuttgart.  |
| Hagner M; Wahrig-Schmidt B (Hrsg.)          | (1992) Johannes Müller und die Philosophie. Berlin.  |
| Hahn P                                      | (1990) Braucht die praktische Medizin wissenschaftstheoretische Grundlagen? In: Zappe HA; Mattern H (Hrsg.) Das Philosophische und die praktische Medizin. Berlin.   |
| Hahnemann CFS                               | (1851) Ein biographisches Denkmal. Aus den Papieren seiner Familie und den Briefen seiner Freunde. Von einem seiner Freunde und Verehrer. Leipzig.   |

|   |   |
|---|---|
| Hahnemann S                               | (1805) Heilkunde der Erfahrung. Berlin.   |
| Hahnemann S                               | (1833) Organon der Heilkunst. Dresden.  |
| Hammerstein N                             | (1985) Universitäten und gelehrte Institutionen von der Aufklärung zum Neuhumanismus und Idealismus. In: Mann G; Dumont F (Hrsg.) Samuel Thomas Soemmering und die Gelehrten der Goethezeit. (Soemmering-Forschungen I) Stuttgart.                |
| Hampel H; Padberg F; Möller HJ            | (2003) Alzheimer-Demenz. Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien. Stuttgart.  |
| Harles DJCF                               | (1797) Beyträge zur Kritik des gegenwärtigen Zustandes der Arzneywissenschaft besonders in Hinsicht auf ihre Theorie. Altenburg.  |
| Hartenkeil DJJ; Mezler DFX (Hrsg.)        | (1804) Medicinisch-chirurgische Zeitung. Band 4. Salzburg.  |
| Hartje W; Poeck K                         | (2006) Klinische Neuropsychologie. Stuttgart.   |
| Hartmann F                                | (1975) In der Heilkunde wirksame Begriffe von Wissenschaft und die Frage nach einem möglichen Wissenschaftsbegriff der Medizin. In: Der Wissenschaftsbegriff der Natur- und Geisteswissenschaften. (Studia Leibnitiana, Sonderheft 5). Wiesbaden. |
| Hartmann F                                | (1977) Wandlungen im Stellenwert von Diagnose und Prognose im ärztlichen Denken. In: Metamed 1.   |
| Hartmann F                                | (1979) Begründung des Themas durch den örtlichen Tagungsleiter. In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 2.   |
| Hartmann F                                | (1989) Medizin - eine Wissenschaft aus eigenem Recht? In: Rössler D; Waller HD (Hrsg.) Medizin zwischen Geisteswissenschaft und Naturwissenschaft. Tübingen.  |
| Hartmann K                                | (1989) Der wissenschaftliche Status der Medizin in philosophischer Sicht. In: Rössler D; Waller HD (Hrsg.) Medizin zwischen Geisteswissenschaft und Naturwissenschaft. Tübingen.  |
| Hartmann PC                               | (1805) Von dem Einflusse der Philosophie in die Theorie der Heilkunde. Eine Kritik des gegenwärtigen Zeitgeistes in der Heilkunde. In: Medicinisch-chirurgische Zeitung 2. Innsbruck.   |
| Hartmann PC                               | (1813) Beyträge zur Theorie der Heilkunde. In: Medicinische Jahrbücher des kk. österreichischen Staates 1. Wien.  |
| Hartmann PC                               | (1802) Analyse der neuen Heilkunde. Bd. 1. Wien.  |
| Hartwagner S                              | (1964) Die Hemma-Reliefs im Dom zu Gurk. In: Materia Medica Nordmark, 3. Sonderheft. Hamburg.   |
| Hasler L (Hrsg.)                          | (1981) Schelling: seine Bedeutung für eine Philosophie der Natur und der Geschichte. Stuttgart-Bad Cannstatt.   |
| Haverkamp A; Lachmann R; Herzog R (Hrsg.) | (1993) Memoria. Vergessen und Erinnern. München   |
| Haynes JD                                 | Internetseite von Prof. Dr. John-Dylan Haynes:<br><a href="https://sites.google.com/site/hayneslab/contact">https://sites.google.com/site/hayneslab/contact</a>   |
| Hecker AF                                 | (1806) Kurzer Abriß der Pathologie und Semiotik. Berlin.  |
| Hecker AF                                 | (1807) Kurzer Abriß der Therapie. Berlin.   |
| Hecker AF                                 | (1813) Die Heilkunst auf ihrem Wege zur Gewißheit, oder die Theorien, Systeme und Heilmethoden der Aerzte seit Hippokrates bis auf unsere Zeit. (4. Aufl.) Wien.  |
| Hegel GWF                                 | (1979) Werke. Phänomenologie des Geistes. Band 3. Frankfurt/Main.   |
| Heidegger M                               | (1995) Schellings Abhandlung über das Wesen der menschlichen Freiheit (1809). Tübingen.   |
| Heine H                                   | (1976) Sämtliche Schriften in zwölf Bänden. Hrsg. von Klaus Briegleb. Bd. 2: 1822-1831. München.  |
| Heinroth JCA                              | (1818) Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens vom rationalen Standpunkt aus entworfen. Erster oder theoretischer Theil. Leipzig.   |
| Heinroth JCA                              | (1825) System der psychisch-gerichtlichen Medicin: oder theoretisch-practische Anweisung zur wissenschaftlichen Erkenntniß und gutachtlichen Darstellung der krankhaften persönlichen Zustände, welche vor Gericht in Betracht kommen. Leipzig.   |
| Heinroth JCA                              | (1827) Die Psychologie als Selbsterkenntnißlehre. Leipzig.  |
| Heinroth JCA                              | (1818) Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens und ihrer Behandlung. Zweiter oder practischer Theil. Leipzig.   |

|                  |  |
|------------------|--|
| Heintel H        | (1986) Leben und Werk von Joseph Gall. Eine Chronik. Würzburg.   |
| Heischkel E      | (1933) Die deutsche Medizingeschichtsschreibung in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. In: Klinische Wochenschrift 12.   |
| Heischkel E      | (1958) Pharmakologie in der Goethezeit. In: Sudhoffs Archiv 42.  |
| Held J (Hrsg.)   | (1983) Kultur zwischen Bürgertum und Volk. Berlin.   |
| Henke ACH        | (1806) Beiträge zur theoretischen und praktischen Heilkunde. Nürnberg.   |
| Henkelmann T     | (1981) Zur Geschichte des pathophysiologischen Denkens. John Brown (1735-1788) und sein System der Medizin. Berlin.  |
| Hensel H         | (1977) Zur Problematik des Wissenschaftsbegriffs in der Medizin. In: Kuratorium der Hufelandgesellschaft für Gesamtmedizin. (Hrsg.) Biologische Medizin. Grundlagen ihrer Wirksamkeit. Heidelberg.   |
| Hess V           | (1992) Von der semiotischen zur diagnostischen Medizin. Die Entstehung der klinischen Methode zwischen 1750 und 1850. (Med. Diss.) Berlin.   |
| Heun M           | (1931) Die medizinische Zeitschriftenliteratur der Romantik. Versuch einer Bibliographie. (Med. Diss.) Leipzig.  |
| Heuser-Keßler ML | (1986) Die Produktivität der Natur. Schellings Naturphilosophie und das neue Paradigma der Selbstorganisation in den Naturwissenschaften. Berlin.  |
| Heusinger CF     | (1839) Grundriss der Encyclopädie und Methodologie der Natur- und Heilkunde nebst einer Übersicht der Geschichte der Medizin. Eisenach.  |
| Heusser P        | (1984) Der Schweizer Arzt und Philosoph Ignaz Paul Vital Troxler (1780-1866). Seine Philosophie, Anthropologie und Medizintheorie. Basel.  |
| Hinske N         | (1783) Was ist Aufklärung? In: Berlinische Monatsschrift Bd. 2.  |
| Hirschel B       | (1846) Geschichte des Brownschen Systems und der Erregungstheorie. Dresden.  |
| Hirschel B       | (1862) Compendium der Geschichte der Medicin von den Urzeiten bis zur Gegenwart, mit besonderer Berücksichtigung der Neuzeit und der Wiener Schule. (2. Aufl.) Wien.   |
| Hirschfeld E     | (1930) Romantische Medizin. Zu einer künftigen Geschichte der naturphilosophischen Ära. In: Kyklos 3.  |
| Hjelt OEA        | (1882) Carl von Linné als Arzt und seine Bedeutung für die Medizinische Wissenschaft. Ein Beitrag zur Geschichte der Medizin. Leipzig.   |
| Hoffbauer JC     | (1796) Naturlehre der Seele in Briefen. Halle.   |
| Hoffbauer JC     | (1802) Untersuchungen über die Krankheiten der Seele und die verwandten Zustände. Bd. 1. Halle.  |
| Hoffbauer JC     | (1803) Untersuchungen über die Krankheiten der Seele und die verwandten Zustände. Bd. 2. Halle.  |
| Hoffbauer JC     | (1808) Die Psychologie in ihren Hauptanwendungen auf die Rechtspflege nach allgemeinen Gesichtspunkten der Gesetzgebung oder die sogenannte gerichtliche Arzneiwissenschaft nach ihrem psychologischen Theile. Halle.  |
| Hoffmann ETA     | (2010) Der Sandmann. Das öde Haus. Nachtstücke. Hamburger Leseheft Nr. 174. Hamburg.   |
| Hoffmann MC      | (1974) Die Psychotherapie schizophrener Erkrankter. Behandlungsmethoden und psychodynamische Interpretation seit Beginn des 19. Jahrhunderts. (Med. Diss.) Heidelberg.   |
| Hohnbaum C       | (1819) Einige Worte über das Verhältnis von Leib und Seele, in Bezug auf des Hrn. Prof. Nasse's Abhandlung: über die Abhängigkeit oder Unabhängigkeit des Irreseyns u.s.w. im dritten Heft des ersten Jahrgangs dieser Zeitschrift. In: Zeitschrift für psychische Aerzte 3. |
| Hölderlin F      | (2008) Hyperion oder der Eremit in Griechenland. München.  |
| Holthausen G     | (1982) Bildung medizinischer Theorie im Hufeland-Journal. (Med. Diss.) Heidelberg.   |
| Hommel KF        | (1769/1779) Rhapsodia quaestionum in foro quotidie obvenientium neque tamen legibus decisarum. Bayreuth.   |
| Hommel KF        | (1772) Über Belohnung und Strafe nach Türkischen Gesetzen. Lübeck.   |
| Horn ALE         | (1797) De Mutatione Atque Transitu Catarrhi In Phthisin Pulmonalem Eiusque Prohibitione. (Diss.) Göttingen.  |
| Horn ALE         | (1800) Beiträge zur medizinischen Klinik gesammelt auf meinen Reisen durch Deutschland, die Schweiz und Frankreich. Braunschweig.  |

|             |  |
|-------------|--|
| Horn ALE    | (1803) Handbuch der praktischen Arzneimittellehre für Ärzte und Wundärzte. Berlin.   |
| Horn ALE    | (1807) Über den Werth der medizinischen Erfahrung und über die Mittel, sie zu erlangen. Berlin.  |
| Horn ALE    | (1807/1808) Anfangsgründe der medizinischen Klinik. (2 Bde.) Erfurt.   |
| Horn ALE    | (1816) Gutachten über den Gemüthszustand einer des Blödsinns beschuldigten alten Frau. In: ders. (Hrsg.) Archiv für medizinische Erfahrung, Bd. 30. Berlin.  |
| Horn ALE    | (1818) Öffentliche Rechenschaft über meine zwölfjährige Dienstführung als zweiter Arzt des Königl. Charité-Krankenhauses zu Berlin nebst Erfahrungen über Krankenhäuser und Irrenanstalten. Berlin.  |
| Howell TH   | (1987) Aretaeus and the aged sick. In: Age and Aging 16.   |
| Howell TH   | (1987) King Solomon's portrait of old age by John Smith. In: Age and Aging 16.   |
| Huch RO     | (1902) Ausbreitung und Verfall der Romantik. Leipzig.  |
| Huch RO     | (1912) Die Romantik. Bd. 2: Ausbreitung und Verfall der Romantik. (3. Aufl.) Leipzig.  |
| Huch RO     | (1920) Die Romantik. Bd. 1: Blütezeit der Romantik. Bd. 2. Ausbreitung und Verfall der Romantik. (6. bis 8. Aufl.) Leipzig.  |
| Huerkamp C  | (1985) Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens. Göttingen (Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 68).  |
| Huerkamp C  | (1989) Ärzte und Patienten. Zum strukturellen Wandel der Arzt-Patient-Beziehung vom ausgehenden 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert. In: Labisch A; Spree R (Hrsg.) Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhundert. Bonn. |
| Hufeland CW | (1795) Ein Wort über den Angriff der racionellen Medicin im Neuen Teutschen Merkur, August 1795. In: Neuer Teutscher Merkur 2.   |
| Hufeland CW | (1795) Einleitende Worte zur ersten Ausgabe des Journals. Hufelands Journal 1,1.   |
| Hufeland CW | (1796) Makrobiotik. Berlin.  |
| Hufeland CW | (1797) Bemerkungen über die Brownsche Praxis. In: Hufelands Journal 4.   |
| Hufeland CW | (1797) Kritik am Brownismus.   |
| Hufeland CW | (1797) Nachrichten von der Medicinisch-chirurgischen Krankenanstalt zu Jena, nebst einer Vergleichung der konischen Hospitalanstalten überhaupt. In: Hufelands Journal 3, 3.   |
| Hufeland CW | (1798) Erklärung. In: Medizinisch-chirurgische Zeitung. Heft 2.  |
| Hufeland CW | (1798) Kurze Nachrichten und medizinische Neuigkeiten. In: Hufelands Journal 5,2.  |
| Hufeland CW | (1798) Urtheil der Philosophie über das Brownsche System. In: Hufelands Journal 6,4.   |
| Hufeland CW | (1799) Bemerkungen über die Brownsche Praxis. Tübingen.  |
| Hufeland CW | (1799) Erklärung an das Publicum über sein System der practischen Heilkunde und einige von ihm herauszugebende Schriften. In: Hufelands Journal 7,3..  |
| Hufeland CW | (1799) Nachricht über die Fortsetzung und Vervollkommnung des Journals der practischen Heilkunde. In: Hufelands Journal 7,4.   |
| Hufeland CW | (1801) Anhang des Herausgebers (zu Windischmann). In: Hufelands Journal 13,1.  |
| Hufeland CW | (1802) Zweck und Einrichtung des medicinischen Cursus zu Berlin und Nachricht von den im Jahr 1802 daselbst öffentlich geprüften jungen Aerzten und Wundärzten. In: Hufelands Journal 14,4.  |
| Hufeland CW | (1804) An das Publicum vom Herausgeber. In: Hufelands Journal der practischen Heilkunde 19,1.  |
| Hufeland CW | (1805) Ueber Aertze und Routiniers. In: Hufelands Journal 21,1.  |
| Hufeland CW | (1811) Nachschrift des Herausgebers (zu Röschlaub). In: Hufelands Journal 33,1.  |
| Hufeland CW | (1811) Rechenschaft an das Publikum über mein Verhältnis zum Brownianismus. In: Hufelands Journal 33,2.  |



|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Hufeland CW                   | (1818) System der practischen Heilkunde. Ein Handbuch für academische Vorlesungen und für den practischen Gebrauch. (2 Bde.) (2. Aufl.) Jena.   |
| Hufeland CW                   | (1822) Ein Blick auf die Lage der Heilkunst beim Antritt des Jahres 1822. In: Hufelands Journal 54,1.   |
| Hufeland CW                   | (1834) Neue Auswahl kleiner medizinischer Schriften. Berlin.  |
| Hufeland CW                   | (1836) Enchiridion medicum oder Anleitung zur medizinischen Praxis. Vermächtnis einer fünfzigjährigen Erfahrung. Berlin.  |
| Hufeland CW                   | (1836) Selbstbiographie. Berlin.  |
| Hufeland CW                   | (1975 ) Die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern - Makrobiotik. (1977) Bearb. und hrsg. von Karl Eduard Roths Schuh. Stuttgart.   |
| Hunnius FWC                   | (1800) Ueber die Wirkung des Opiums und dessen Verbindung mit andern Arzneimitteln. Hufelands Journal 9,4.  |
| Ideler CW                     | (1835) Grundriß der Seelenheilkunde. Berlin.  |
| Ideler CW                     | (1857) Lehrbuch der gerichtlichen Psychologie. Berlin.  |
| Isensee E                     | (1840-1845) Geschichte der Medizin, Chirurgie, Geburtshilfe, Staatsarzneikunde, Pharmacie und anderer Naturwissenschaften und ihrer Literatur. Buch 1-6. Berlin.  |
| Isler H                       | (1965) Thomas Willis. Ein Wegbereiter der modernen Medizin, 1621-1675. Stuttgart.   |
| Jachmann RB                   | (1804) Immanuel Kant geschildert in Briefen an einen Freund. Königsberg.  |
| Jacyna LS                     | (1990) Romantic thought and the origins of cell theory. In: Cunningham A; Jardine N (Hrsg.) Romanticism and the Sciences. Cambridge.  |
| Jaeschke W; Holzhey H (Hrsg.) | (1990) Früher Idealismus und Frühromantik. Hamburg.   |
| Jährig K                      | (1987) Der Einfluß der Naturphilosophie Schellings auf die Medizin. In: Bethke A (Hrsg.) Naturphilosophie und Wissenschaftsentwicklung im 19. und 20. Jahrhundert. Ausgewählte Beiträge. (Greifswalder philosophische Hefte 5) Greifswald.  |
| Janssen RM; Jacobus J         | (1996) Getting old in Ancient Egypt. London.  |
| Jantz V                       | (1974) Pharmacologia Browniana. Die pharmakotherapeutische Praxis des Brownianismus, aufgezeigt an den Modellen von A. F. Marcus in Bamberg und J. Frank in Wien. (Diss.) Marburg.  |
| Jarcke CE                     | (1827-1830) Handbuch des gemeinen Deutschen Strafrechts, mit Rücksicht auf die Bestimmungen der Preußischen, Oesterreichischen, Bayerischen und Französischen Gesetzgebung. (3 Bde.) Berlin.  |
| Jaspers K                     | (1955) Schelling. München.  |
| Jens T                        | (2010) Demenz. Abschied von meinem Vater. München.  |
| Joerdens PG                   | (1803) Einige, gegen das Heilverfahren mancher neuern Aerzte sprechende Belege. In: Hufelands Journal 17,2.   |
| John M                        | (2005) Hoffbauer: „Gerichtliche Arzneywissenschaft nach ihrem psychologischen Theile“. In: Regenspurger K; van Zantwijk T (Hrsg.) Wissenschaftliche Anthropologie um 1800? Stuttgart.   |
| Johnson P; Thane P (Hrsg.)    | (1998) Old age from antiquity to post-modernity. London.  |
| Jonas H                       | (1987) Ärztliche Kunst und menschliche Verantwortung. In: ders. (Hrsg.) Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung. (2. Aufl.) Frankfurt/Main.   |
| Jones R                       | (1782) An inquiry into the state of medicine on the principles of inductive philosophy. Edinburgh.  |
| Junghann JG                   | (1825) Das Greisenalter. Halberstadt.   |
| Jütte R                       | (1991) Ärzte, Heiler und Patienten. Medizinischer Alltag in der frühen Neuzeit. München.  |
| Kaiser W                      | (1987) Theorie und Praxis in der Boerhaave-Ära und in nachboerhaavianischen Ausbildungssystemen an deutschen Hochschulen des 18. Jahrhunderts. In: Beukers H; Moll J (Hrsg.) Clinical Teaching, Past and Present (Clio Medica 21).  |
| Kaiser W                      | (1989) Johann Christian Reil (1759-1813) als Medizinalorganisator und klinischer Lehrer. In: Kaiser W; Völker A (Hrsg.) Johann Christian Reil und seine Zeit (1759-1813). Halles Symposium 1988. Beiträge zur Universitätsgeschichte. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. |

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Kaiser W; Mocek R            | (1994) Johann Christian Reil. Biographien Hervorragender Naturwissenschaftler, Techniker und Mediziner Bd. 41. Leipzig.  |
| Kaiser W; Völker A (Hrsg.)   | (1989) Johann Christian Reil und seine Zeit (1759-1813). Halles Symposium 1988. Beiträge zur Universitätsgeschichte. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.   |
| Kant I                       | (1784) Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung? In: Berlinische Monatsschrift. Dezember-Heft.   |
| Kant I                       | (1787) Kritik der reinen Vernunft. (2. Aufl.) Riga.  |
| Kant I                       | (1798) Der Streit der Facultäten. In: Immanuel Kants Werke in acht Büchern. Ausgewählt und mit Einleitung versehen von Dr. Hugo Renner. Berlin.  |
| Kant I                       | (1922) Kants gesammelte Schriften. Akademieausgabe. Berlin.  |
| Kant I                       | (1968) Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. In: Kants Werke: Akademie Textausgabe Bd. VII. Berlin.   |
| Kant I                       | (1968) Werke in zehn Bänden. Hrsg. von Wilhelm Weischedel. Darmstadt.  |
| Kant I                       | (2000) Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. Hrsg. von Reinhard Brandt. Hamburg.  |
| Kanz KT (Hrsg.)              | (1994) Philosophie des Organischen in der Goethezeit. Studien zu Werk und Wirkung des Naturforschers Carl Friedrich Kielmeyer (1765-1844). Stuttgart.  |
| Karenberg A; Förstl H        | (2003) Geschichte der Demenz und der Antidementiva. In: Förstl H (Hrsg.) Antidementiva. München.   |
| Karenberg A; Förstl H        | (zuletzt aufgerufen am 03.01.2014) Geschichte der Demenz und ihrer Behandlung. URL: <a href="http://www2.psykl.med.tum.de/geschichte_history/karenberg_demenzen.html">http://www2.psykl.med.tum.de/geschichte_history/karenberg_demenzen.html</a>        |
| Karenberg A; Leitz C (Hrsg.) | (2002) Heilkunde und Hochkultur II. 'Magie und Medizin' und 'Der alte Mensch' in den antiken Zivilisationen des Mittelmeerraumes. Münster.   |
| Kast B; Albrecht H           | (2005) Volkskrankheiten: Sepsis und Aids. In: Die Zeit 21.12.2005. Nr. 52.   |
| Kaulbach W von               | (1836) Das Narrenhaus von Wilhelm von Kaulbach, gestochen von H. März, erläutert von Guido Görres nebst Ideen über Kunst und Wahnsinn. Regensburg.   |
| Keel O                       | (1985) The politics of health and the institutionalization of clinical practise in Europe in the second half of the eighteenth century medical world. In: Bynum WF; Porter R (Hrsg.) William Hunter and the eighteenth-century medical world. Cambridge. |
| Keil G                       | (1983) Altern und Alter in der Antike. In: Acta Gerontologica 13.  |
| Kershner S                   | (1991) Karl Philipp Moritz und die „Erfahrungsseelenkunde“. Literatur und Psychologie im 18. Jahrhundert. Herne.   |
| Kessler AE                   | (1806) Prüfung einiger Grundsätze der Erregungstheorie. In: Hufelands Journal 24,1.  |
| Kessler AE                   | (1806) Ueber die innere Form der Medicin. Jena.  |
| Kieser DG                    | (1817) System der Medicin, zum Gebrauche bei akademischen Vorlesungen und für praktische Ärzte. Halle.   |
| Kilian KJ                    | (1802) Entwurf eines Systems der Gesammten Medicin. Zum Behuf seiner Vorlesungen und zum Gebrauch für praktizierende Aerzte. 2 Bde. Jena.  |
| Kilian KJ                    | (1803) Differenz der ächten und unächten Erregungstheorie in steter Beziehung auf die Schule der Neubrownianer. Jena.  |
| Kilian KJ                    | (1804) Über die innere Organisation der Heilkunst. Bamberg.  |
| Kirkeben G                   | (2001) Descartes embodied psychology: Descartes or Damasio error? In: Journal of the History of Neurosciences 10.  |
| Kirschbaum E (Hrsg.)         | (1968) Lexikon der christlichen Ikonographie.  |
| Kisker KP                    | (1957) Kants psychiatrische Systematik. Psychiatria et Neurologia. Internationale Monatszeitschrift für Psychiatrie und Neurologie. Bd. 133.   |
| Kitwood T                    | (2006) Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. (4. Aufl.) Bern.  |
| Kleinert GO                  | (1863) Geschichte der Homöopathie. Leipzig.  |
| Kliemt H                     | (1986) Grundzüge der Wissenschaftstheorie. Eine Einführung für Mediziner und Pharmazeuten. Stuttgart.  |
| Kluxen W                     | (1988) Ärztliches Ethos und Schwangerschaftsabbruch. In: Voss H von; Voss R von; Hoffacker P (Hrsg.) Chancen für das ungeborene Leben. Köln.   |

|  |   |
|--|---|
| Knell H  | (1990) Mythos und Polis. Bildprogramme griechischer Bauskulptur. Darmstadt.   |
| Knigge A von   | (1977) Über den Umgang mit Menschen. Frankfurt/Main.  |
| Koch R   | (1917) Die ärztliche Diagnose. Beitrag zur Kenntnis des ärztlichen Denkens. (2. Aufl.) Wiesbaden.   |
| Köhler E   | (1977) Arme Irre. Die liberale Fürsorgepolitik des Bürgertums. Berlin.  |
| Kohnen N   | (1985) Der Begründer der Homöopathie. Samuel Hahnemann – eine Persönlichkeit zwischen Aufklärung und Romantik. In: Schriftenreihe der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung. Bd. 3. Düsseldorf.  |
| Köllner J  | (1797) Prüfung der neuesten Bemühungen und Untersuchungen in der Bestimmung der organischen Kräfte, nach den Grundsätzen der kritischen Philosophie. In: Archiv für Physiologie 2.  |
| Köllner J  | (1799) Ist die Heilkunde, als Wissenschaft betrachtet, möglich, und wie ist sie es? In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde Bd. 1. Frankfurt/Main.   |
| Köllner J  | (1799) Ueber das Vorurtheil, daß jeder Arzt sein eigenes System haben müsse. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde Bd. 3. Frankfurt/Main.  |
| Kondratas RA   | (1977) Joseph Frank (1771-1842) and the Development of Clinical Medicine: A Study of the Transformation of Medical Thought and Practice at the End of the 18th and the Beginning of the 19th Centuries. (Ph.D. Diss.) Harvard University.   |
| Kondratas RA   | (1988) The Brunonian Influence on the Medical Thought and the Practice of Joseph Frank. In: Bynum WF; Porter R (Hrsg.) Brunonianism in Britain and Europe. Medical History, Supplement 8.   |
| Kondratowitz HJ von  | (1989) Die Medikalisierung des höheren Lebensalters. Kontinuität und Wandlungen vom ausgehenden 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert. In: Labisch A; Spee R (Hrsg.) Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts. Bonn.                                |
| Königliche Akademie der Wissenschaften/<br>Historische Kommission<br>(Hrsg.) | (1881) Allgemeine deutsche Biographie. Bd. 13: Holstein-Jesup. Leipzig.   |
| Königliche Akademie der Wissenschaften/Historische<br>Kommission (Hrsg.)     | (1881) Allgemeine deutsche Biographie. Bd. 13: Holstein-Jesup. Leipzig.   |
| Könneker B   | (1966) Wesen und Wandlung der Narrenidee im Zeitalter des Humanismus. Wiesbaden.  |
| Konrad H (Hrsg.)   | (1982) Der alte Mensch in der Geschichte. Wien.   |
| Kopytoff I   | (2010) Ancestors as Elders in Africa. In: Grinker R; Lubkemann SC; Steiner CB (Hrsg.) Perspectives on Africa: a reader in culture, history and representation. Singapore.   |
| Koschorke A  | Poiesis des Leibes. Johann Christian Reils romantische Medizin. In: Goethezeitportal URL:<br><a href="http://www.goethezeitportal.de/fileadmin/PDF/db/wiss/reil/koschorke.pdf">http://www.goethezeitportal.de/fileadmin/PDF/db/wiss/reil/koschorke.pdf</a><br>(letzter Besuch 31.07.2012) |
| Krabbe B   | (1984) Die „Jahrbücher der Medicin als Wissenschaft“ (1805-1808). Untersuchungen zu einer medizinisch-philosophischen Zeitschrift der Romantik mit unveröffentlichten Briefen aus dem Schelling-Nachlaß. (Med. Diss.) Münster.  |
| Kraepelin E  | (1909) Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. (8. Aufl.) Leipzig.   |
| Kraepelin E  | (1917) Hundert Jahre Psychiatrie. Ein Beitrag zur Geschichte menschlicher Gesittung. Berlin.  |
| Kromm JE   | (1984) Studies in the Iconography of Madness, 1600-1900. Ann Arbor.   |
| Kropf R; Rauter H  | (1982) Erklärungsansätze zum Einfluß der Ernährung auf die Gesundheit und Lebenserwartung der Menschen im 19. Jahrhundert. In: Konrad H (Hrsg.) Der alte Mensch in der Geschichte. Wien.  |
| Kuckertz N   | (1985) Philipp Franz von Walther 1782-1849. Naturphilosophischer Mediziner, Augenarzt und Chirurg. (Med. Diss.) Bonn.   |

|   |   |
|---|---|
| Kuhlmann-Hodick P;<br>Spitzer G; Maaz B (Hrsg.) | (2009) Carl Gustav Carus - Natur und Idee: Katalog zur Ausstellung der Staatlichen Kunstsammlungen Dresden im Semperbau am Zwinger und im Residenzschloss (26. Juni bis 20. September 2009). Berlin.                |
| Kuhlmann-Hodick P;<br>Spitzer G; Maaz B (Hrsg.) | (2009) Carl Gustav Carus - Wahrnehmung und Konstruktion: Katalog zur Ausstellung der Staatlichen Kunstsammlungen Dresden im Semperbau, am Zwinger und im Residenzschloss (26. Juni bis 20. September 2009). Berlin. |
| Kühn M  | (2007) Kant. München.   |
| Kunzle D  | (1966) Plagiarism-by-Memory of the Rake's Progress and the Genesis of Hogarth's second Picture Story. In: Journal of the Warburg and Courtauld Institutes<br><br>Vol. 29.   |
| Küppers BO                                      | (1992) Natur als Organismus: Schellings frühe Naturphilosophie und ihre Bedeutung für die moderne Biologie. Frankfurt/Main.   |
| Labisch A                                       | Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin der Neuzeit. Frankfurt/Main 1992.   |
| Lammel HU                                       | (1990) Nosologische und therapeutische Konzeptionen in der romantischen Medizin. Husum.   |
| Lammel HU                                       | (1990) Zur Auffassung der Seuchen in der romantischen Medizin. In: NTM Schriftenreihe Geschichte der Naturwissenschaften, Technik, Medizin 27.  |
| Lammel HU                                       | (1991) Zur Funktion nosologischer Konzepte bei der Herausbildung pathologischen Denkens in der naturphilosophisch orientierten Medizin um 1800. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 85.                       |
| Lammel HU                                       | (1989) Krankheit, Gesundheit. Das Elend der romantischen Medizin. In: Medizinhistorisches Journal 24.   |
| Längle R  | (1982) Die Stellung des psychisch Kranken in der Psychiatrie im Zeitalter der Romantik. (Med. Diss.) Heidelberg.  |
| Larink W  | (2011) Bilder vom Gehirn. Bildwissenschaftliche Zugänge zum Gehirn als Seelenorgan. Berlin, S. 332.   |
| Larink W  | (2011) Bilder vom Gehirn. Bildwissenschaftliche Zugänge zum Gehirn als Seelenorgan. Berlin.   |
| Lauer HE; Widmer M                              | (1980) Ignaz Paul Vitalis Troxler. Oberwil b. Zug.  |
| Lavater JC                                      | (1773) Unveränderte Fragmente aus dem Tagebuch eines Beobachters seiner Selbst oder des Tagebuchs Zweyter Theil. Leipzig.   |
| Lavater JC                                      | (1775) Physiognomische Fragmente, 1 Versuch. Leipzig.   |
| Lavater JC                                      | (1776) Physiognomische Fragmente zur Beförderung der Menschenkenntnis und Menschenliebe. Leipzig.   |
| Le Goff J; Truong N                             | (2007) Die Geschichte des Körpers im Mittelalter. Stuttgart.  |
| Leibbrand W                                     | (1956) Die spekulative Medizin der Romantik. Hamburg.   |
| Leibbrand W                                     | (1956) Romantische Medizin. (2. Aufl.) Hamburg.   |
| Leibbrand W; Wettley A                          | (2005) Der Wahnsinn. Geschichte der abendländischen Psychopathologie. Freiburg.   |
| Lenarz T  | (1986) Heilkunde im 19. Jahrhundert zwischen medizinischer Wissenschaft und ärztlicher Kunst. (Med. Diss.) Heidelberg.  |
| Lenoir T  | (1946) Materialism in French and German Physiology of the early nineteenth century. In: Bulletin of the History of Medicine 20.   |
| Lenoir T  | (1980) Kant, Blumenbach, and Vital Materialism in German Biology. In: Isis 71.  |
| Lenoir T  | (1981) The Göttingen School and the development of Transcendental Naturphilosophie in the Romantic Era. In: Coleman W; Limoges C (Hrsg.) Studies in History of Biology 5. Baltimore.                                |
| Lenoir T  | (1982) The Strategy of Life: Teleology and Mechanics in Nineteenth Century German Biology. Dordrecht.   |
| Lenoir T  | (1985) Kant, von Baer und das kausal-historische Denken in der Biologie. In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 8.  |
| Lenz M  | (1910) Geschichte der königlichen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin. 4 Bde. Halle.   |
| Lesky E   | (1954) Cabanis und die Gewißheit der Heilkunde. In: Gesnerus 11.  |

|  |   |
|--|---|
| Lesky E  | (1960) Von den Ursprüngen des therapeutischen Nihilismus. In: Sudhoffs Archiv 44.   |
| Lesky E  | (1967) Gall and Herder. In: Clio medica 2.  |
| Lesky E  | (1968) Medizin im Zeitalter der Aufklärung. In: Lessing und die Zeit der Aufklärung - Vorträge, gehalten auf der Tagung der Joachim Jungius-Gesellschaft der Wissenschaften Hamburg am 10. und 11. Oktober 1967. Göttingen.                       |
| Lessing MB                                     | (1838) Handbuch der Geschichte der Medizin. Berlin.   |
| Létang J                                       | (1906) Gall et son oeuvre. Paris.   |
| Leupoldt JM                                    | (1825) Allgemeine Geschichte der Heilkunde. Eine Grundlage zu Vorlesungen und zum Selbstunterricht. Erlangen.   |
| Leupoldt JM                                    | (1838) Vorrede und Ueberblick über die Geschichte der Medicin zur Beförderung des Verständnisses ihrer Reformation im 16ten und ihrer Aufgabe im 19ten Jahrhunderte zu H. A. Preu „Das System der Medizin des Theophrastus Paracelsus“. Berlin.   |
| Leupoldt JM                                    | (1851) Lehrbuch der Theorie der Medicin oder der allgemeinen Biologie, Anthropologie, Hygieine, Pathologie und Therapie. Erlangen.  |
| Lichtenberg GCW                                | (1840) Hogarths Zeichnungen nach den Originalen gestochen. Mit der vollständigen Erklärung derselben von G. C. Lichtenberg. Hrsg. mit Ergänzungen und Fortsetzung derselben, nebst einer Biographie Hogarths von Dr. Franz Kottenkamp. Stuttgart. |
| Liebs D  | (1987) Römisches Recht. (3. Aufl.) Göttingen.   |
| Liebsch W                                      | (1805) Babel in der neuern Heilkunde. Göttingen.  |
| Lips I von                                     | (2009): Der Hallische Magnet. Johann Christian Reil. Reils Kuren und Rhapsodien, Grimms Briefe und Märchen, Hoffmanns Erzählungen. Halle.   |
| Locke J  | (2006) Versuch über den menschlichen Verstand. Bd. 1: Buch I und II. Hamburg.   |
| Lohff B  | (1990) Die Suche nach der Wissenschaftlichkeit der Physiologie in der Zeit der Romantik. Ein Beitrag zur Erkenntnisphilosophie der Medizin. Stuttgart.  |
| Loos JJ  | (1799) Über Philosophie in Bezug auf Medizin. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 3. Frankfurt/Main.   |
| Loos JJ  | (1802) Entwurf einer medizinischen Pharmakologie nach den Prinzipien der Erregungstheorie. Erlangen.  |
| Lorenz M                                       | (1999) Kriminelle Körper – Gestörte Gemüter. Die Normierung des Individuums in Gerichtsmedizin und Psychiatrie der Aufklärung. Hamburg.   |
| Lovejoy AO                                     | (1948) On the discrimination of romanticism. In: (ders.) Essays on the history of ideas. Baltimore.   |
| Löw R  | (1980) Philosophie des Lebendigen. Frankfurt/Main.  |
| Löwy I   | (1990) The Polish School of Philosophy of Medicine. From Tytus Chalubinski (1820-1889) to Ludwik Fleck (1896-1961). Dordrecht.  |
| Lubkoll C                                      | (2001) „Mon esprit s'exile“. Erinnern und Vergessen in melancholischen Gedichten der Romantik. In: Oesterle G (Hrsg.) Erinnern und Vergessen in der europäischen Romantik. Würzburg.  |
| Luhmann N                                      | (1980) Gesellschaftsstruktur und Semantik. Studien zur Wissenssoziologie Bd. 1. Frankfurt/Main.   |
| Lüth PEH                                       | (1965) Geschichte der Geriatrie. Dreitausend Jahre Physiologie, Pathologie und Therapie des alten Menschen. Stuttgart.  |
| Maciejewski B; Sowinski C; Besselmann K et al. | (2001) Qualitätshandbuch Leben mit Demenz. Zugänge finden und erhalten in der Förderung, Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen. KDA 2001. Köln.   |
| Maier J  | (1965) Die Wertung des Alters in der jüdischen Überlieferung der Spätantike und des frühen Mittelalters. In: Saeculum 30.   |
| Mann G   | (1981) Franz Joseph Gall (1758-1828) und Samuel Thomas Soemmerring: Kranioskopie und Gehirnforschung in der Goethezeit. In: Mann G; Dumont F (Hrsg) Samuel Thomas Soemmerring und die Gelehrten der Goethezeit. Stuttgart.                        |
| Mann G   | (1987) Organ der Seele – Seelenorgane: Kranioskopie, Gehirnanatomie und die Geisteskrankheiten in der Goethezeit. In: Mann, G.; Dumont, F. (Hrsg) Gehirn – Nerven – Seele. Anatomie und Physiologie im Umfelde S. Th. Soemmerings. Stuttgart.     |

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Mann G                    | (1990) Franz Joseph Galls Natur- und Geisteslehre des Menschen und der Völkerschaften (Lehre von den Nationalschädeln). In: Mann G; Dumont F (Hrsg) Die Natur des Menschen. Probleme der Physischen Anthropologie und Rassenkunde (1750-1850). Stuttgart. |
| Mann G; Dumont F (Hrsg.)  | (1985) Samuel Thomas Soemmerring und die Gelehrten der Goethezeit. Stuttgart.   |
| Mann T                    | (2002) Joseph und seine Brüder. Die Geschichten Jaakobs. Frankfurt/Main.  |
| Marc CCH                  | (1843) Die Geisteskrankheiten in Beziehung zur Rechtspflege. Deutsch bearbeitet und mit Anmerkungen begleitet von Prof. Karl Wilhelm Ideler. Erster Band. Berlin.   |
| Marcus AF (Hrsg.)         | (1797) Pruefung des Brownischen Systems der Heilkunde durch Erfahrung am Krankenbette. 1. Teil. Weimar.   |
| Markowitsch HJ; Welzer H. | (2006) Das autobiographische Gedächtnis: Hirnorganische Grundlagen und biosoziale Entwicklung. (2. Aufl.) Stuttgart.  |
| Marks R                   | (1984) Differenz der Konzeption einer dynamischen Naturphilosophie bei Schelling und Eschenmayer. (Phil. Diss.) München.  |
| Marneros A                | (2009) Die Psychiatrie hat 200. Geburtstag. Ein Grund zum Feiern? In: Nervenarzt 80, S. 598-604.  |
| Marneros A; Pillmann F    | (2005) Das Wort Psychiatrie... wurde in Halle geboren. Von den Anfängen der deutschen Psychiatrie. Stuttgart.   |
| Marquard O                | (1987) Transzendentaler Idealismus - Romantische Naturphilosophie - Psychoanalyse.  |
| Martin JRC (Hrsg.)        | (1987) Iuni Iuvenalis: Saturae. Amsterdam.  |
| Mathy JA                  | (1797) Ehrenrettung einer unschuldig vor der Welt Verleumdeten. Danzig.   |
| Matthäi CC                | (1797) Einige Ideen über Arzneimittel und ihre Klassifikation. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 4.  |
| Matthäi CC                | (1800) Wann darf und soll der Arzt am Krankenbette die Bestimmungsgründe seines Handelns nach dem System wählen? Nebst einigen Beobachtungen über das Opium. In: Hufelands Journal 11,2.  |
| Matthäi CC                | (1802) Über Andreas Röschlaub's Werth als Schriftsteller, Arzt und Mensch; nebst eine die Erregungstheorie betreffende Untersuchung. Frankfurt/Main.  |
| Maurer K; Maurer U        | (1999) Alzheimer. Das Leben eines Arztes und die Karriere einer Krankheit. (2. Aufl.) München.  |
| Mayer P                   | (1993) Christoph Wilhelm Hufeland und der Brownianismus. (Med. Diss.) Mainz.  |
| McLaughlin P              | (1985) Soemmerring und Kant. Über das Organ der Seele und den Streit der Fakultäten. In: Mann G; Dumont F (Hrsg.) Samuel Thomas Soemmerring und die Gelehrten der Goethezeit. Stuttgart.  |
| Meister GJF; Meister CFG  | (1785) Rechtliche Erkenntniße und Gutachten in peinlichen Fällen. Göttingen.  |
| Menche N (Hrsg.)          | (2003) Biologie, Anatomie, Physiologie. (5.Aufl.) München.  |
| Mende E                   | (1978) Die Entwicklungsgeschichte der Faktoren Irritabilität und Sensibilität in deren Einfluß auf Schellings „Prinzip“ als Ursache des Lebens. In: Philosophia naturalis 17.   |
| Metzger JD                | (1804) Skizze einer medizinischen Enkyklopädie für den Anfang des 19. Jahrhunderts. Königsberg.   |
| Metzger JD                | (1814) Kurzgefaßtes System der gerichtlichen Arzneywissenschaft. Königsberg.  |
| Meyer IF                  | (1804) Über das Verhältnis der Philosophie zur Erfahrung überhaupt und der Medicin insbesondere. In: Hufelands Journal 17,4.  |
| Meyer IF                  | (1807) Versuch einer systematischen Enzyklopädie der gesammten Medizin. Berlin.   |
| Milch W                   | (1930) Zum Problem der Krankheit in der Dichtung der deutschen Romantik. In: Sudhoffs Archiv 23.  |
| Möbius PJ                 | (1905) Franz Joseph Gall. Leipzig.  |
| Model A                   | (1987) Metaphysik und reflektierende Urteilskraft bei Kant. Frankfurt/Main.   |
| Model A                   | (1990) Kant und die Medizin der Aufklärung. In: Sudhoffs Archiv 74.   |
| Morgenstern JK            | (1789/90) Lesebuch für angehende weibliche Dienstboten. Unterweisung für das weibliche Geschlecht aus den unteren Ständen, Teil 2. Halle.   |

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Moritz KP                    | (1986) Die Schriften in Dreissig Bänden. Hrsg. von Petra und Uwe Nettelbeck. Nördlingen.   |
| Moritz KP                    | (2006) Anton Reiser. Ein psychologischer Roman. (Neuauf.) Düsseldorf.  |
| Mossmann G                   | (1788) Observations on the Brunonian practice of physic. Bradford.   |
| Müller C                     | (1998) Wer hat die Geisteskranken von den Ketten befreit? Skizzen zur Psychiatriegeschichte. Bonn.   |
| Müller IW                    | (1991) Iatromechanische Therapie und ärztliche Praxis im Vergleich zur galenistischen Medizin. Stuttgart.  |
| Müller IW                    | (1993) Humoralmedizin. Physiologische, pathologische und therapeutische Grundlagen der galenistischen Heilkunst. Heidelberg.   |
| Müller KD                    | (1992) F. J. Schelver, 1778-1832. Romantischer Naturphilosoph, Botaniker und Magnetiseur im Zeitalter Goethes. (Heidelberger Schriften zur Pharmazie- und Naturwissenschaftsgeschichte) Stuttgart.       |
| Müller L                     | (1935) Johann Christian Reil und die Romantik. (Diss.) Würzburg.   |
| Münch A                      | (1989) Erkenntnis- und wissenschaftstheoretische Probleme in P. J. G. Cabanis' Schrift: Du Degré de Certitude de la Médecine. (Diss.) Freiburg.  |
| Mutschler HD                 | (1990) Spekulative und empirische Physik. Aktualität und Grenzen der Naturphilosophie Schellings. Stuttgart.   |
| Nasse F                      | (1818) Über das Verhältnis von Leib und Seele. In: Zeitschrift für psychische Aerzte 3. Leipzig.   |
| Nasse F                      | (1818) Ueber die Benennung und die vorläufige Eintheilung des psychischen Krankseyns. In: Zeitschrift für psychische Aerzte 1. Leipzig.  |
| Nasse F                      | (1818) Von den psychischen Beziehungen des Herzens. In: Zeitschrift für psychische Aerzte 1. Leipzig.  |
| Nasse F                      | (1818) Vorbericht. In: ders. (Hrsg.) Zeitschrift für psychische Aerzte. Leipzig.   |
| Nasse F (Hrsg.)              | (1818-1822) Zeitschrift für psychische Aerzte: mit besonderer Berücksichtigung des Magnetismus. Leipzig.   |
| Naunyn B                     | (1900) Die Entwicklung der inneren Medizin mit Hygiene und Bakteriologie im 19. Jahrhundert. Centennialvortrag in der allgemeinen Sitzung der 72. Naturforscherversammlung in Aachen am 17.9.1900. Jena. |
| Neubauer J                   | (1967) Dr. John Brown (1735-88) and early German Romanticism. In: Journal of the History of Ideas 28.  |
| Neubauer J                   | (1969) Novalis und die Ursprünge der romantischen Bewegung in der Medizin. In: Sudhoffs Archiv 53.   |
| Neuburger M                  | (1913) Johann Christian Reil. Stuttgart.   |
| Neuburger M                  | (1917) Briefe Galls an Andreas und Nannette Streicher. In: Archiv für Geschichte der Medizin 10.   |
| Neuburger M; Pagel J (Hrsg.) | (1903/05) Handbuch der Geschichte der Medizin. (Bd. 2 und 3) Jena.   |
| Neumann J                    | (1988) Hauptströmungen medizinischer Wissenschaftstheorie in Deutschland nach 1945. In: Sudhoffs Archiv 72.  |
| Neumann J                    | (1991) Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836). In: Engelhard D von; Hartmann, F (Hrsg.) Klassiker der Medizin. (Bd. 1) München.  |
| Nichols J                    | (1783) Beiträge zu Wilhelm Hogarths Lebensbeschreibung Nebst einem nach der Zeitfolge geordneten und mit Erklärungen begleiteten Verzeichnisse seines Kupferstichewerks. Leipzig.                        |
| Nietzsche FAL                | (1789) Über Vorzüge, Beschwerden und Trost im Alter. Leipzig.  |
| Novalis                      | (1968) Schriften. Die Werke Friedrich von Hardenbergs. Hrsg. von Paul Kluckhohn, Richard Samuel. Bd. III. Darmstadt.   |
| Novalis                      | (1977) Schriften. Hrsg. von Paul Kluckholm, Richard Samuel. Bd. 2. Darmstadt.  |
| Novalis                      | (1977) Schriften. Hrsg. von Paul Kluckholm, Richard Samuel. Bd. 3. Darmstadt.  |
| Novalis                      | (1978) Vermischte Bemerkungen. In: (ders.) Werke, Tagebücher und Briefe Friedrich von Hardenbergs. Hrsg. von Hans Joachim Mähl, Richard Samuel. München.   |

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Novalis                     | (1986) Schriften. Die Werke Friedrich von Hardenbergs. Hrsg. von Paul Kluckholm, Richard Samuel. Zweite nach den Handschriften ergänzte, erweiterte und verbesserte Auflage in vier Bänden und einem Begleitband. Bd. 3. Das philosophische Werk II. Stuttgart.  |
| Novalis                     | (2002) Das philosophische Werk. Bd. 2. Hrsg. von Hans-Joachim Mähl, Richard Samuel und Gerhard Schulz. München.  |
| Novalis                     | (2009) Heinrich von Ofterdingen. (4. Aufl.) München.   |
| Nowitzki HP                 | (2005) Hufeland: Makrobiotik als Sozialanthropologie. In: Regenspurger K, Zantwijk T van (Hrsg.) Wissenschaftliche Anthropologie um 1800? Wiesbaden.   |
| Nünlist R                   | (2006) Tithonos. In: In: Cancik H; Schneider H; Landfester M (Hrsg.) Der neue Pauly - Enzyklopädie der Antike. Brill Online, 2015. Reference. 26 January 2015 <a href="http://referenceworks.brillonline.com/entries/der-neue-pauly/der-neue-pauly-enzyklopa-die-der-antike-COM_001">http://referenceworks.brillonline.com/entries/der-neue-pauly/der-neue-pauly-enzyklopa-die-der-antike-COM_001</a> . First appeared online: 2006. |
| Oberreich CF                | (1805) Rezension von: C. J. Kilians Erster Entwurf eines Systems der gesammten Medizin. In: Kritisches Journal der Arzneykunst zum Behuf der Erregungstheorie 1.   |
| Oeser E                     | (2002) Geschichte der Hirnforschung. Darmstadt.  |
| Oesterle G (Hrsg.)          | (2001) Erinnern und Vergessen in der europäischen Romantik. Würzburg.  |
| Oldenburg D                 | (1979) Romantische Naturphilosophie und Arzneimittellehre 1800-1840. Braunschweig.   |
| Osterhausen JK              | (1799) Ueber das praktische Gefühl. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 1.  |
| Paetzold H                  | (1983) Ästhetik des deutschen Idealismus. Wiesbaden.   |
| Pagel J                     | (1898) Einführung in die Geschichte der Medicin. Berlin.   |
| Pagel W                     | (1931) Virchow und die Grundlagen der Medizin des XIX. Jahrhunderts. In: Jenaer medizinhistorische Beiträge, Heft 14.  |
| Pagel W                     | (1945) The Speculative Basis of Modern Pathology. Jahn, Virchow and the Philosophy of Pathology. In: Bulletin of the History of Medicine 18.   |
| Paul H; Schlich T (Hrsg.)   | (1998) Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven. Frankfurt/Main.  |
| Pauleikhoff B               | (1983) Das Menschenbild im Wandel der Zeit. Ideengeschichte der Psychiatrie und der Klinischen Psychologie. Bd. 1: Von Sokrates bis Kant. Bd. 2: Die Zeit bis Kraepelin und Freud. Stuttgart.  |
| Pelling M; Smith RM (Hrsg.) | (1991) Life, death and the elderly. Historical perspectives. London.   |
| Petersen H                  | (1978) Arzneimitteltheorie und Arzneimittelpraxis im frühen 19. Jahrhundert. (Nat. Diss.) Marburg.   |
| Petersen J                  | (1877) Hauptmomente in der geschichtlichen Entwicklung der medicinischen Therapie. Kopenhagen.   |
| Petersen P                  | (1989) Der Therapeut als Künstler. Ein integrales Konzept von Psychotherapie und Kunsttherapie. Paderborn.   |
| Pfaff CH                    | (1796) John Brown's System der Heilkunde. Kopenhagen.  |
| Pfeufer C                   | (1825) Geschichte des allgemeinen Krankenhauses zu Bamberg von seiner Entstehung bis zur gegenwärtigen Zeit. Bamberg.  |
| Pigeaud J                   | (1989) La maladie de l'âme. Les belle lettres. Paris.  |
| Pisanski GC                 | (1770) Die Vorzüge des Alters in obrigkeitlichen Ämtern. Königsberg.   |
| Platner E                   | (1784) Philosophische Aphorismen nebst einigen Anleitungen zur philosophischen Geschichte. Teil I. Leipzig.  |
| Platner JZ                  | (1787) Programma quo ostenditur, medicos de insanis et furiosis audiendos esse. In: Schlegel JCT: Collectio opusculorum ad medicinam forensem spectantium. Lipsiae.  |
| Platon                      | (1994) Tiamios. In: Sämtliche Werke Band 4, Reinbek bei Hamburg.   |
| Plitt GL                    | Aus Schellings Leben. In Briefen. Erster Band 1775-1803. Leipzig 1869.   |
| Pockels CF                  | (1801) Charaktergemälde des Alters. Hannover.  |
| Poley S                     | (1981) Unter der Maske des Narren. Stuttgart.  |
| Post SG                     | (2000) The Moral Challenge of Alzheimer Disease: Ethical Issues from Diagnosis to Dying. Baltimore.  |



|   |  |
|---|--|
| Preu HA                                   | (1838) Das System der Medicin des Theophrastus Paracelsus. Mit einem Vorwort und einem Überblick über die Geschichte der Medicin von J. M. Leupoldt. Berlin.   |
| Preuß E                                   | (1929) Der zwanzigjährige Hahnemann. Ein neuer Beitrag zur Hahnemann-Forschung. Nach einem bisher unbekanntem Jugendwerke. Leipzig.  |
| Probst C                                  | (1973) Der Weg des ärztlichen Erkennens am Krankenbett. Herman Boerhaave und die ältere Wiener medizinische Schule. In: Sudhoffs Archiv, Beiheft 15. Wiesbaden. (Eine Zusammenfassung des Autors mit gleichem Titel in: Fortschritte der Medizin. 1972.) |
| Pufendorf S                               | (1660) Elementorum iurisprudentiae universalis libri duo.  |
| Putscher M                                | (1972) Geschichte der medizinischen Abbildungen von 1600 bis zur Gegenwart. München.   |
| Pyl JT (Hrsg.)                            | (1783-1793) Aufsätze und Beobachtungen aus der gerichtlichen Arzneywissenschaft. Acht Sammlungen. Berlin.  |
| Quecke K                                  | (1959) „...unserm alter eine gütige milde ruhe sezen...“ Gerontologie und Geriatrie im Schrifttum des Paracelsus. In: Medizinischer Monatsspiegel 9.   |
| Querl FMA                                 | (1844) Johann Christian August Heinroth. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.   |
| Quitmann EA                               | (1837) Von den medizinischen Systemen und ihrer geschichtlichen Entwicklung. München.  |
| Quitmann EA                               | (1843) Die Geschichte der Medizin in ihrem gegenwärtigen Zustande, historisch-kritisch dargestellt. Zweite Abtheilung: Objektiver Theil der Geschichte der Medizin. Karlsruhe.   |
| Rager G                                   | (1991) Medizin als praktische Wissenschaft. Zur Grundlegung des ärztlichen Handelns. In: Arzt und Christ 37.   |
| Rasch W                                   | (1986) Forensische Psychiatrie. Stuttgart.   |
| Rath G                                    | (1960) Alexander von Humboldt and Brunonianism. In: Journal of the History of Medicine 15.   |
| Rath G                                    | (1962) Brownianismus in Amerika. In: Gesnerus 19.  |
| Rechenberg L von;<br>Koelbing HM          | (1985) Hufelands Opiumtherapie im zeitgenössischen Vergleich. In: Gesnerus 42.   |
| Rechlin T                                 | (1998) Ursachen und Wirkung der zeitgenössischen Antipsychiatrie. In: Baer R (Hrsg.) Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart.  |
| Rees JT                                   | (1805) Remarks on the medical theories of Brown, Cullen, Darwin, and Rush. Philadelphia.   |
| Regenspurger K, Zantwijk<br>T van (Hrsg.) | (2005) Wissenschaftliche Anthropologie um 1800? Wiesbaden.   |
| Reil JC                                   | (1795) Von der Lebenskraft. In: Archiv für die Physiologie. Ersten Bandes, erstes Heft. Halle.   |
| Reil JC                                   | (1797) Rezension: (Hufeland, C. W.) Ideen über Pathogenie. In: Archiv für die Physiologie 2. Halle.  |
| Reil JC                                   | (1797) Ueber die nächste Ursache der Krankheiten. In: Archiv für die Physiologie 2. Halle.   |
| Reil JC                                   | (1799) Beitrag zu den Prinzipien für jede künftige Pharmakologie. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 3.  |
| Reil JC                                   | (1799) Ein Beitrag zur medicinischen Zeichenlehre. In: Archiv für die Physiologie 3. Halle.  |
| Reil JC                                   | (1799) Ueber die Erkenntnis und Cur der Fieber. 1. Bd.: Allgemeine Fieberlehre. Halle.   |
| Reil JC                                   | (1799) Veränderte Mischung und Form der thierischen Materie als Krankheit oder nächste Ursache der Krankheitsfälle betrachtet. Archiv für die Physiologie 3. Halle.  |
| Reil JC                                   | (1802) Über die Erkenntniß und Cur der Fieber. 4. Band. Besondere Fieberlehre. Fieberhafte Nervenkrankheiten. Halle.   |
| Reil JC                                   | (1804) Pepinieren zum Unterrichtsärztlichen Routiniers, als Bedürfnisse des Staats nach seiner Lage wie sie ist. Halle.  |
| Reil JC                                   | (1807) Entwurf zur Organisation einer wissenschaftlich-medizinischen Schule. In: Lenz M (Hrsg.): Geschichte der königlichen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin in 4 Bänden. (Bd. 4) Halle.   |

|                    |   |
|--------------------|---|
| Reil JC            | (1808) Ueber den Begriff der Medicin und ihre Verzweigungen, besonders in Beziehung auf die Berichtigung der Topik der Psychiaterie. In: Beyträge zur Beförderung der Kurmethode auf psychischem Wege 1.  |
| Reil JC            | (1816) Entwurf einer allgemeinen Pathologie. 3 Bde. Halle.  |
| Reil JC            | (1816) Entwurf einer allgemeinen Therapie. Halle.   |
| Reil JC            | (1818) Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrüttungen. Halle.   |
| Reil JC            | (1910) Von der Lebenskraft. Hrsg. von Karl Sudhoff. Leipzig.  |
| Reil JC            | (1795) Ueber die Lebenskraft. In: Archiv für die Physiologie 1. Halle.  |
| Reinhard W         | (2004) Lebensformen Europas. Eine historische Kulturanthropologie. München.   |
| Reisberg B (Hrsg.) | (1983) Alzheimer's Disease. New York  |
| Reulecke J         | (1985) Die Entdeckung des Alters als eines sozialen Problems in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. In: Conrad C; Kondratowitz HJ von (Hrsg.) Gerontologie und Sozialgeschichte. Wege zu einer historischen Betrachtung des Alters. Berlin. |
| Reusch CF          | (1848) Kant und seine Tischgenossen. Aus dem Nachlasse des jüngsten derselben. Königsberg.  |
| Richter G          | (2005) Oikonomia. Der Gebrauch des Wortes Oikonomia im Neuen Testament, bei den Kirchenvätern und in der theologischen Literatur des 20. Jahrhunderts. Berlin.  |
| Riemer E           | (1976) E. T. A. Hoffmann und seine Illustratoren. Hildesheim.   |
| Riese W            | (1962) The impact of Romanticism on the experimental method. In: Studies in Romanticism 2.  |
| Riha O             | (2005) Johann Christian August Heinroth (1773 -1843). Der erste Lehrstuhlinhaber für psychische Heilkunde. In: Steinberg H (Hrsg.) Leipziger Psychiatriegeschichtliche Vorlesungen. Leipzig.  |
| Ringseis JN von    | (1830) Über die wissenschaftliche Seite der ärztlichen Kunst. Eine Rede am 26. Juni 1830. München.  |
| Risse GB           | (1969) Historicism in medical History. Heinrich Damerows „Philosophical“ Historiography in Romantic Germany. In: Bulletin of the History of Medicine 43.  |
| Risse GB           | (1970) The Brownian System of Medicine: Its Theoretical and Practical Implications. In: Clio Medica 5.  |
| Risse GB           | (1971) The history of John Brown's medical system in Germany during the years 1790-1806. (Ph. D. Diss.) Chicago.  |
| Risse GB           | (1971) The quest of certainty in medicine: John Brown's system of medicine in France. In: Bulletin of the History of Medicine 45.   |
| Risse GB           | (1972) Kant, Schelling, and the Early Search for a Philosophical „Science“ of Medicine in Germany. In: Journal of the History of Medicine and Allied Sciences 27.   |
| Risse GB           | (1976) „Philosophical“ Medicine in Nineteenth Century Germany: An Episode in the Relation between Philosophy and Medicine. In: Journal of Medicine and Philosophy 1.  |
| Risse GB           | (1976) Schelling, „Naturphilosophie“, and John Brown's System of Medicine. In: Bulletin of the History of Medicine 50.  |
| Risse GB           | (1988) Brunonian Therapeutics: New Wine in Old Bottles? In: Bynum WF; Porter R (Hrsg.) Brunonianism in Britain and Europe. (=Medical History. Supplement 8) London.   |
| Risse GB           | (1991) John Brown (1735-1788). In: Engelhardt D von; Hartmann F (Hrsg.) Klassiker der Medizin. Bd. 2. München.  |
| Ritter H           | (1986) Samuel Hahnemann. Begründer der Homöopathie. Sein Leben und Werk in neuer Sicht. Heidelberg.   |
| Roelke V           | (1998) Medikale Kultur: Möglichkeit und Grenzen der Anwendung eines kulturwissenschaftlichen Konzepts in der Medizingeschichte. In: Paul H; Schlich T (Hrsg.) Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven. Frankfurt/Main.              |
| Rohatzsch RH       | (1839) Compendiöse Geschichte der Medizin. Von den ältesten Zeiten bis zum zweiten Viertheil des neunzehnten Jahrhunderts: für praktische Ärzte, Richtärzte und Studierende. Pforzheim.   |

|                |  |
|----------------|--|
| Rohs P         | (1991) Johann Gottlieb Fichte. München.  |
| Roosij HJM van | (1928) Het gesticht "Reinier van Arkel" te 's-Hertogenbosch, het oudste krankzinnigengesticht in Nederland. Hertogenbosch.   |
| Röschlaub A    | (1795) De febri fragmentum. (Diss.) Bamberg.   |
| Röschlaub A    | (1798) Von dem Einflusse der Brown'schen Theorie in die practische Heilkunde. Würzburg.  |
| Röschlaub A    | (1798-1800) Untersuchungen über Pathogenie oder Einleitung in die medizinische Theorie. (3 Bde.) Frankfurt/Main.   |
| Röschlaub A    | (1799) Beleuchtung der Einwürfe gegen die Erregungstheorie. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 1.  |
| Röschlaub A    | (1799) Bemerkungen über den Zweck, Inhalt und Plan dieses Magazines. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 1.   |
| Röschlaub A    | (1799) Einige Bemerkungen über die Definition und Eintheilung der Medizin als Zusatz zu dem vorigen Aufsatz (Geier 1799). In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 1.  |
| Röschlaub A    | (1799) Zusatz zu der voranstehenden Abhandlung (Osterhausen 1799). In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 1.   |
| Röschlaub A    | (1800) Einige Erläuterungen über die jenaische allgemeine Literaturzeitung in Betreff der Brownschen Erregungstheorie. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 4.   |
| Röschlaub A    | (1800) Kurze Bemerkungen über einzelne Stellen in Rezensionen. (Zweiter Teil unterzeichnet mit „W“). In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 4.   |
| Röschlaub A    | (1801) Bemerkungen über die Fernere Fortsetzung, den Inhalt und die Tendenz dieses Magazines. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 6.  |
| Röschlaub A    | (1801) Beweis, daß die Heilanzeigen (indicatio) zunächst aus der Prognose, und nicht durch die Diagnose begründet werde. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 6.   |
| Röschlaub A    | (1801) Einige Notizen. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 5.   |
| Röschlaub A    | (1801) Einiges über die Geschichte der Medizin. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 5.  |
| Röschlaub A    | (1801) Einiges über Theorie, und ihren Werth für den Arzt, nebst Würdigung eines Aufsatzes von Dr. C. C. Matthäi, Physikus in Hameln im Hufelandschen Journale B. 11. St. 2. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 5. |
| Röschlaub A    | (1801) Über die Heilkräfte der Natur oder die Entwicklung der Prinzipien der Therapie. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 5.   |
| Röschlaub A    | (1802) Beiträge zur medizinischen Prognostik. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 7.  |
| Röschlaub A    | (1802) Über den Unterschied zwischen klinischer Medizin und medizinischer Klinik. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 6.  |
| Röschlaub A    | (1802) Über die Grenzlinie zwischen spezieller Therapie (eigentlich Jaterie) und medizinischer Klinik. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 7.   |
| Röschlaub A    | (1802) Über Medizin, ihr Verhältnis zur Chirurgie nebst Materialien zu einem Entwurfe der Polizei der Medizin. Frankfurt/Main.   |
| Röschlaub A    | (1803) Einige allgemeine Lehrsätze für die Gesundheitspflege. In: Hygiea. Zeitschrift für öffentliche und private Gesundheitspflege 1.   |
| Röschlaub A    | (1803) Einiges über den Werth der neuesten Schriften der Hrn. Dr's Kilian. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 8.   |

|             |   |
|-------------|---|
| Röschlaub A | (1803) Kritische Blicke auf meine früheren Arbeiten über und in Physiologie und Medizin mit steter Rücksicht auf Herrn Drs C. J. Kilian's Urtheile über eben diese Arbeiten in desselben Schrift: Differenz der ächten und unächten Erregungstheorie. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 8. |
| Röschlaub A | (1803) Über die bisherige Eintheilung der Anzeige (indicatio). In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 7.  |
| Röschlaub A | (1804) Erster Entwurf eines Lehrbuches der allgemeinen Jaterie und ihrer Propädeutik. Als Handschrift zu seinen Vorlesungen. Frankfurt/Main.  |
| Röschlaub A | (1804) Über Jatrotechnik, Jatrotechniker, und über den Zweck und Inhalt dieser Zeitschrift. In: Zeitschrift für Jatrotechnik. Bd.1. Landshut.   |
| Röschlaub A | (1804) Zeitschrift für Jatrotechnik. Bd. 1. St. 1/2, Landshut.  |
| Röschlaub A | (1805) Einige Blicke auf das bisherige und gegenwärtige Loos der Erregungstheorie. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 8.  |
| Röschlaub A | (1805) Über den Begriff positiver und negativer Reize. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 8.  |
| Röschlaub A | (1805) Untersuchungen über die eigentliche Aufgabe der Hygiene. In: Hygiea. Zeitschrift für öffentliche und private Gesundheitspflege.  |
| Röschlaub A | (1806) Einige Worte über Versuchemachen in der Medizin. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 9.   |
| Röschlaub A | (1806) Über das Betragen des Arztes gegen Kranke in Hinsicht der Aussprechung der Prognose. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 9.   |
| Röschlaub A | (1806) Über Reformationen in der Medizin. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 9.   |
| Röschlaub A | (1806) Ueber die Aufgabe der Medizin. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 9.   |
| Röschlaub A | (1806) Ueber die psychische Behandlung kranker Menschen. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 9.  |
| Röschlaub A | (1807) Bemerkungen über verschiedene Punkte, welche in zweien Rezensionen meiner Arbeiten in der Salzburger medizinisch-chirurgischen Zeitung 1807. Nr. 96 u. 97 enthalten sind. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 10.   |
| Röschlaub A | (1807) John Brown's Leben beschrieben von dessen Sohne Dr. William Cullen Brown. Frankfurt/Main.  |
| Röschlaub A | (1807) Lehrbuch der besonderen Nosologie, Jatreusiologie und Jaterie. Frankfurt/Main.   |
| Röschlaub A | (1807) Über die Entstehung und Heilung von Geisteskrankheiten. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 10.   |
| Röschlaub A | (1809) Einiges über das vom Arzte zu führende Studium der Alten und über den Eklektizismus. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 10.  |
| Röschlaub A | (1809) Miscellen. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 10.  |
| Röschlaub A | (1811) An Herrn Dr. C. W. Hufeland. In: Hufelands Journal 33.1.   |
| Röschlaub A | (1816) Neues Magazin für die clinische Medizin. Nürnberg.   |
| Röschlaub A | (2006) Lehrbuch der Nosologie. Bamberg/Würzburg 1801. (Neuaufkl.) Saarbrücken.  |
| Rosen G     | (1951) Romantic Medicine: A Problem in Historical Periodization. Bulletin of the History of Medicine 25.  |
| Rosenmayr L | (1978) Die menschlichen Lebensalter in Deutungsversuchen der europäischen Kulturgeschichte. In: ders. (Hrsg.) Die menschlichen Lebensalter. Kontinuität und Krisen. München.  |

|   |   |
|---|---|
| Rosenmayr L   | (1985) Lebensordnung und Kultur. Ein Versuch vergleichender Soziobiologie und Soziologie. In: Conrad C; Kondratowitz HJ von (Hrsg.) Gerontologie und Sozialgeschichte. Wege zu einer historischen Betrachtung des Alters. Berlin.   |
| Rössler D; Waller HD (Hrsg.)                                | (1989) Medizin zwischen Geisteswissenschaft und Naturwissenschaft. Tübingen.  |
| Rothkopf A  | (1980) Das Narrenhaus von W. Kaulbach und die Deutung des Bildes durch J. A. Schilling 1863. In: Confina Psychiatrica 23.   |
| Rothschuh KE  | (1965) Prinzipien der Medizin. Ein Wegweiser durch die Medizin. München.  |
| Rothschuh KE  | (1968) Physiologie. Der Wandel ihrer Konzepte, Probleme und Methoden vom 16.-19. Jahrhundert. Freiburg.   |
| Rothschuh KE  | (1972) Der Krankheitsbegriff (Was ist Krankheit?) In: Hippokrates 43.   |
| Rothschuh KE  | (1977) Rezension (Wieland, W.) „Diagnose - Überlegungen zur Medizintheorie“ (1975). In: Metamed 1.  |
| Rothschuh KE  | (1977) Zur Terminologie in der Medizingeschichtsschreibung, insbesondere bei den Jatrologien. In: Sudhoffs Archiv 61.   |
| Rothschuh KE  | (1978) Jatrologie. Zum Stand der klinisch-theoretischen Grundlagendiskussion. Eine Übersicht. In: Hippokrates 49.   |
| Rothschuh KE  | (1978) Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart. Stuttgart.  |
| Rothschuh KE  | (1978) Naturphilosophische Konzepte der Medizin aus der Zeit der deutschen Romantik. In: Brinkmann R (Hrsg.) Romantik in Deutschland. Stuttgart.  |
| Rothschuh KE  | (1981) Deutsche Medizin im Zeitalter der Romantik. Vielfalt statt Einheit. In: Hasler L (Hrsg.) Schelling. Seine Bedeutung für eine Philosophie der Natur und der Geschichte. Referate und Kolloquien der Internationalen Schelling-Tagung Zürich 1979. Stuttgart-Bad Cannstatt.  |
| Rotterdam E von   | (2006) Das Lob der Torheit. Übersetzt von Anton J. Gail. Stuttgart.   |
| Rudnitzki G   | (1968) Johann Benjamin Erhard und seine Theorie der Medizin. Darstellung des medizintheoretischen Konzepts eines Arztes und Philosophen der Aufklärung. (Med. Diss.) Heidelberg.  |
| Ruf W   | (1805) Propädeutik der Heilkunde und Heilkunst. Frankfurt/Main.   |
| Ruff PW   | (1974) Über das Verhältnis der romantischen zu naturwissenschaftlichen Medizin des 19. Jahrhunderts. In: Wissenschaftliche Zeitschrift der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg 23.   |
| Sackett DL; Rosenberg WM; Gray JA; Haynes RB; Richardson WS | (1997) Was ist Evidenz-basierte Medizin und was nicht? Münchener Medizinische Wochenschrift 139 (44), S. 644-645.   |
| Sadegh-Zadeh K  | (1983) Medizin als Ethik und konstruktive Utopie. Teil 1: Von Medizin, Ethik & Philosophie. Tecklenburg.  |
| Sadegh-Zadeh K  | (1980) Wissenschaftstheoretische Probleme der Medizin. In: Speck J (Hrsg.) Handbuch wissenschaftstheoretischer Begriffe. Bd. 2. Göttingen.  |
| Sadler J  | (1978) Ideologies of 'Art' and 'Science' in Medicine: The Transition from Medical Care to the Application of Technique in the British Medical Profession. In: Krohn W; Layton ET; Weingart P (Hrsg.) The Dynamics of Science and Technology. Social Values, Technical Norms and Scientific Criteria in the Development of Knowledge. Dordrecht. |
| Saenger W   | (1957) Die bäuerliche Kulturlandschaft der Hohenloher Ebene und ihre Entwicklung seit dem 16. Jahrhundert. Remagen.   |
| Safranski R   | (2007) Romantik. Eine deutsche Affäre. München.   |
| Sass EK   | (1938) Auguste Böhmer - Monumentets Historie. In: Meddelelser fra Thorvaldsens Museum. Kopenhagen.  |
| Sauerbruch F  | (1926) Heilkunst und Naturwissenschaft. (Vortrag gehalten auf der 89. Naturforscherversammlung) In: Die Naturwissenschaften I 14.   |
| Saunders JB   | (1967) Medicine at the Paris Hospital 1794-1847. In: California Medicine 107 (3).   |
| Sauter D; Abderhalden C; Needham I; Wolff S (Hrsg.)         | (2006) Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern.  |
| Schadelwaldt W  | (1933) Lebenszeit und Greisenalter im frühen Griechentum. In: Die Antike 9.   |
| Schäfer D   | (1995) Texte vom Tod. Zur Darstellung und Sinnggebung im Spätmittelalter. Göppingen.  |

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Schäfer D                       | (1997) Signa mortis. Antike Vorgaben und spätmittelalterliche Ausprägungen. In: Würzburger medizinische Mitteilungen 16.   |
| Schäfer D                       | (2000) "Hebraeorum Hippocrates rei medicae peritissimus fuit." Über die Rezeption der salomonischen Metaphern zum Greisenalter (Eccl. 12, 1-6) in der frühneuzeitlichen Medizin. In: Medizinhistorisches Journal 35.   |
| Schäfer D                       | (2001) Ein Haus der Vergeßlichkeit. Medizinische Konzepte zur altersbedingten Gedächtnisschwäche in der frühen Neuzeit. In: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde 6.  |
| Schäfer D                       | (2001) Gerokomien – eine vergessene Fachliteratur der Frühen Neuzeit. In: Würzburger medizinische Mitteilungen 21.   |
| Schäfer D                       | (2002) "Daß das Alter an und vor sich selbst eine Kranckheit seye": Zur Rezeption antiker Konzepte eines pathologischen Greisenalters in der medizinischen Literatur der frühen Neuzeit. In: Karenberg A; Leitz C (Hrsg.) Heilkunde und Hochkultur II. Münster.                  |
| Schäfer D                       | (2002) "That senescence itself is an illness ..." 18th Century Concepts of Age and Ageing in Perspective". In: Medical History 46.   |
| Schäfer D                       | (2002) Gulliver meets Descartes. Early Modern Concepts of Age-related Memory Loss. In: Journal of the History of The Neurosciences 12.   |
| Schäfer D                       | (2003) Die alternde Frau in der frühneuzeitlichen Medizin – eine "vergessene" Gruppe alter Menschen. In: Sudhoffs Archiv 87.   |
| Schäfer D                       | (2004) Alter und Krankheit in der frühen Neuzeit. Der ärztliche Blick auf die letzte Lebensphase. Frankfurt/Main.  |
| Schäfer F; Schnelle T           | (2011) Ludwik Flecks Begründung der soziologischen Betrachtungsweise in der Wissenschaftstheorie. Einleitung in: Fleck L (2011) Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. (9. Aufl.) Frankfurt/Main. |
| Schaffroth JAG                  | (1926) Einige Betrachtungen über den Nachteil voreiliger Anwendungen der neuesten Naturphilosophie auf die Medicin. Freiburg.  |
| Schanze H                       | (1966) Romantik und Aufklärung. Untersuchungen zu Friedrich Schlegel und Novalis. In: Erlanger Beiträge zur Sprach- und Kunstwissenschaft, Bd. 27. Nürnberg.   |
| Schelling FWJ                   | (1805) Jahrbücher der Medicin als Wissenschaft. Bd. 1. Tübingen.   |
| Schelling FWJ                   | (1805) Vorläufige Bezeichnung des Standpunktes der Medizin nach Grundsätzen der Naturphilosophie. In: (ders.) Jahrbücher der Medicin als Wissenschaft. Bd. 1. Tübingen.  |
| Schelling FWJ                   | (1856-1861) Sämtliche Werke. Hrsg. von Karl Friedrich August Schelling. 14 Bde. Stuttgart/Augsburg.  |
| Schelling FWJ                   | (1907) Ideen zu einer Philosophie der Natur als Einleitung in das Studium der Naturwissenschaften. In: Werke, Band 1. Leipzig.   |
| Schelling FWJ                   | (1907) Stuttgarter Privatvorlesungen. In: Werke Bd. IV. Leipzig.   |
| Schelling FWJ                   | (1927) Vorläufige Bezeichnung des Standpunktes der Medizin nach Grundsätzen der Naturphilosophie (1805). In: Werke, Bd. 4.   |
| Schelling FWJ                   | (1962) Briefe und Dokumente. Band I: 1775-1809. Hrsg. von Hans Fuhrmans. Bonn.   |
| Schelling FWJ                   | (1975) Schriften von 1794-1798. Darmstadt.   |
| Schings HJ (Hrsg.)              | (1994) Der ganze Mensch. Anthropologie und Literatur im 18. Jahrhundert. DFG-Symposium 1992. Stuttgart.  |
| Schipperges H                   | (1967) Ein Arzt im Streit der Fakultäten. Zu Leben und Werk von Johann Benjamin Erhard. In: Schuhmacher J (Hrsg.) Melemata. Festschrift für Werner Leibbrand zum 70. Geburtstag. Mannheim.   |
| Schlegel AW; Schlegel F (Hrsg.) | (1973) Athenäum. Eine Zeitschrift. 2. Band. (Nachdruck) Darmstadt.   |
| Schleiermacher FDE              | (1799) Rezension von Kants "Anthropologie in pragmatischer Hinsicht" (1798). In: Athenaeum 2.  |
| Schleiermacher FDE              | (1999) Kritische Gesamtausgabe: Fünfte Abteilung (Briefwechsel und Biographische Dokumente). Band 5: Briefwechsel 1801-1802 (Briefe 1005-1244). Hrsg. von Andreas Arndt und Wolfgang Virmond. Berlin.  |
| Schlesinger Jr. A               | (1980) Intellectual history: a time for despair. In: The Journal of American History 66/4.   |
| Schmid CCE                      | (1798) Wörterbuch zum leichtern Gebrauch der Kantischen Schriften. 4. verm. Ausgabe. Jena (reprographischer Nachdruck Darmstadt).  |

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Schmid CCE                | (1798-1801) Physiologie, philosophisch bearbeitet. 3 Bde. Jena.  |
| Schmid CCE                | (1799) Auszug eines Briefes des Herrn Professor C. C. E. Schmid zu Jena an den Prof. Reil. In: Archiv für die Physiologie 3.   |
| Schmid CCE                | (1799) Erklärungen an den Doktor und Professor Röschlaub in Bamberg über das gegenseitige Verhältnis zwischen ihm und mir. Medizinisch chirurgische Zeitung 3, Nr. 65.   |
| Schmidt FJM; Murken AH    | (1991) Die Darstellung des Geisteskranken in der bildenden Kunst. Ausgewählte Beispiele aus der europäischen Kunst mit besonderer Berücksichtigung der Niederlande. Herzogenrath.  |
| Schmidt JA                | (1812) Prolegomena zu der allgemeinen Therapie und Materia medica. Wien.   |
| Schmidt P                 | (1966) Gesundheit und Krankheit in romantischer Medizin und Erzählkunst. In: Jahrbuch des Freien Deutschen Hochstifts.   |
| Schmiedebach HP           | (1992) „Ist nicht wirklich diese ganze zersetzende Naturwissenschaft ein Irrweg?“ Virchow und die Zellulärpathologie. Medizinhistorisches Journal 27.  |
| Schmied-Kowarzik W        | (1989) Friedrich Wilhelm Joseph Schelling (1775-1854). In: Böhme G (Hrsg.) Klassiker der Naturphilosophie. München.  |
| Schneeberger G            | (1954) Friedrich Wilhelm Joseph von Schelling. Eine Bibliographie. Bern.   |
| Schneider H               | (1954) Ernst Horn. Leben und Werk. (1774 -1848) Ein ärztlicher Direktor der Berliner Charité an der Wende zur naturwissenschaftlichen Medizin. (Diss.) Berlin.   |
| Schneider K               | (1953) Die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit. (2. Aufl.) Stuttgart.   |
| Schneiders W              | (1980) Praktische Logik. Zur Vernunftlehre der Aufklärung im Hinblick auf Reimarus. In: Walter W; Borinsk L (Hrsg.) Logik im Zeitalter der Aufklärung. Studien zur 'Vernunftlehre' von Hermann Samuel Reimarus. Göttingen.   |
| Schober K                 | (1950) Die Vorstellungen der Ärzte der Romantik von der Wirkung der Heilmittel. (Med. Diss.) Mainz.  |
| Scholz A                  | (2009) Der Heilplan soll ein Kunstwerk sein. Das Konzept der Krankheit bei Carl Gustav Carus. In: Kuhlmann-Hodick P; Spitzer G; Maaz B (Hrsg.) Carl Gustav Carus - Wahrnehmung und Konstruktion: Katalog zur Ausstellung der Staatlichen Kunstsammlungen Dresden im Semperbau am Zwinger und im Residenzschloss (26. Juni bis 20. September 2009). Berlin. |
| Schöne C                  | (1806) Versuch eines systematischen Entwurfs der gesammten Medicin. 1. Theil. Generelle Therapie. Berlin.  |
| Schönfeld N               | (1988) Beiträge zum ideengeschichtlichen Hintergrund der „Makrobiotik“ von Christoph Wilhelm Hufeland. (Med. Diss.) Berlin.  |
| Schönlein JL              | (1926) Ansprache gehalten am 4. November 1819 bei der Übernahme der medizinischen Klinik in Würzburg. In: Ebstein E (Hrsg.) Deutsche Ärztereden aus dem 19. Jahrhundert. Berlin.   |
| Schott H                  | (1987) Natura sanat - die Heilkraft der Natur im Spiegel der Geschichte. Universitas 5.  |
| Schott H (Hrsg.)          | (1996) Meilensteine der Medizin. Dortmund.   |
| Schott H; Tölle R (Hrsg.) | (2006) Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren - Irrwege - Behandlungsformen. München.  |
| Schulze C                 | (2002) Zum abrupten Schluss der De Medicina Libri Octo des Aulus Cornelius Celsus. In: Rheinisches Museum für Philologie, Neue Folge, Bd. 145, H 2. Bad Orb.   |
| Schwanitz HJ              | (1979) Die Theorie der praktischen Medizin zu Beginn des 19. Jahrhunderts. Eine historische und wissenschaftstheoretische Untersuchung anhand des "Journal für practische Heilkunde und Wundarzneykunst" von Ch. W. Hufeland. Köln.  |
| Schwanitz HJ              | (1983) Homöopathie und Brownianismus 1795-1844. Stuttgart.   |
| Schweickhard CL           | (1798) Auch Etwas über das Sçavoir faire in der medizinischen Praxis. In: Hufelands Journal 6,4.   |
| Seemen H von              | (1926) Zur Kenntnis der Medizinhistorie in der deutschen Romantik. (Beiträge zur Geschichte der Medizin, Heft 3) Zürich.   |
| Seidler E                 | (1963) Entwicklung naturwissenschaftlichen Denkens in der Medizin zur Zeit der Heidelberger Romantik. Sudhoffs Archiv 47.  |

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Seidler E                          | (1984) Christoph Wilhelm Hufelands „Ideen über Pathogenie und Einfluß der Lebenskraft auf die Entstehung und Form der Krankheiten“ (1795).<br><br>In: Schipperges H (Hrsg.) Pathogenese. Grundzüge und Perspektiven einer Theoretischen Pathologie. Berlin. |
| Selle CG                           | (1788) Medicina clinica oder Handbuch der medizinischen Praxis. (4. Aufl.) Berlin.  |
| Sennewald L                        | (1929) Carl Christian Erhard Schmid und sein Verhältnis zu Fichte. (Phil. Diss.) Leipzig.   |
| Shaffer ES                         | (1990) Romantic philosophy and the organization of the disciplines: the founding of the Humboldt University of Berlin. In: Cunningham A; Jardine N (Hrsg.) Romanticism and the Sciences. Cambridge.   |
| Sieder R                           | (1987) Sozialgeschichte der Familie. Frankfurt/Main.  |
| Simon R                            | (2001) Konstruierte und destruierte Medien des Erinnerns in Achim von Arnims Romanfragment ‚Die Kronenwächter‘. In: Oesterle G (Hrsg.) Erinnern und Vergessen in der Europäischen Romantik. Würzburg.   |
| Soden JF von                       | (1792) Geist der Deutschen Kriminalgesetze. (4 Bde.) Frankfurt/Main.  |
| Soden W von                        | (2006) Der Alte Orient: Eine Einführung. Darmstadt.   |
| Soemmerring ST von                 | (1796) Über das Organ der Seele. Königsberg.  |
| Sohni H                            | (1973) Die Medizin der Frühromantik. Novalis Bedeutung für den Versuch einer Umwertung der „Romantischen Medizin“. Freiburg.  |
| Sokoll T                           | Armut im Alter im Spiegel englischer Armenbriefe des ausgehenden 18. und 19. Jahrhunderts. In: Conrad C; Kondratowitz HJ von (Hrsg.) Zur Kulturgeschichte des Alterns. Toward a Cultural History of Aging. Berlin 1993.                                     |
| Sontag S                           | Krankheit als Metapher. Aids und seine Metaphern. (2. Aufl.) Frankfurt/Main.  |
| Spaemann R; Löw R                  | (1981) Die Frage Wozu? Geschichte und Wiederentdeckung des teleologischen Denkens. München.   |
| Spieß E                            | (1981) Ignaz Paul Vital Troxler. München.   |
| Spitzer M; Bertram W (Hrsg.)       | (2007) Braintertainment. Expedition in die Welt von Geist und Gehirn. Stuttgart.  |
| Sprandel R                         | (1981) Altersschicksal und Altersmoral. Die Geschichte der Einstellungen zum Altern nach der Pariser Bibelexegese des 12.-16. Jahrhunderts. Stuttgart.  |
| Sprandel R                         | (1983) Alter und Todesfurcht nach der spätmittelalterlichen Bibelexegese. In: Braet H; Verbeke W (Hrsg.) Death in the Middle Ages. Leuven.  |
| Sprandel R                         | (1984) Modelle des Alterns in der europäischen Tradition: In: Süßmuth H (Hrsg.) Historische Anthropologie. Der Mensch in der Geschichte. Göttingen.   |
| Sprengel K                         | (1801) Kritische Übersicht des Zustandes der Arzneykunde in den letzten Jahrzehenden. Halle.  |
| Sprenger J; Institoris H           | (1974) Malleus Maleficarum. Der Hexenhammer. Nachdruck der Ausgabe 1585. Darmstadt.   |
| Sproedt K                          | (1970) Analyse von Zimmermanns Werk „Von der Erfahrung in der Arzneykunst“. (Med. Diss.) Münster.   |
| Stadler U                          | (2001) Über den Umgang mit Erinnerung. Gedächtnis-Konzepte in deutschsprachigen Texten um 1800. In: Oesterle G (Hrsg.) Erinnern und Vergessen in der Europäischen Romantik. Würzburg.   |
| Stahl GE                           | (1802) Theorie der Heilkunde. Dargestellt von Dr. Wend. Ruff, mit einer Vorrede von Kurt Sprengel. Halle.   |
| Stearns PN (Hrsg.)                 | (1982) Old age in preindustrial society. London.  |
| Stefan H; Almer F; Eberl J et. al. | (2009) POP - PraxisOrientierte Pflegediagnostik - Pflegediagnosen - Ziele - Maßnahmen. Wien.  |
| Steffens H                         | (1806) Grundzüge einer philosophischen Naturwissenschaft. Berlin.   |
| Steffens H                         | (1815) Johann Christian Reil. Eine Denkschrift. Halle.  |
| Steffens H                         | (1938) Was ich erlebte. (Nachdruck, hrsg. v. Willi Koch) Leipzig.   |
| Steinberg H                        | (2004) Die Errichtung des ersten psychiatrischen Lehrstuhls: Johann Christian August Heinroth in Leipzig. In: Der Nervenarzt 75.  |



|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| Steinberg H                      | (2005) Johann Christian Heinroth (1773-1873) – der erste Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und sein Krankheitskonzept. In: Angermann MC; Steinberg H (Hrsg.) 200 Jahre Psychiatrie an der Universität Leipzig. Personen und Konzepte. Heidelberg.   |
| Steinberg H (Hrsg.)              | (2005) Leipziger Psychiatriegeschichtliche Vorlesungen. Leipzig.   |
| Steinbrucker C                   | (1915) Lavaters Physiognomische Fragmente im Verhältnis zur bildenden Kunst. Berlin.   |
| Steiner R; Wegman I              | (1925) Grundlegendes für eine Erweiterung der Heilkunst nach geisteswissenschaftlichen Erkenntnissen. 1. Teil. Dornach.  |
| Stedel J                         | (1942) Der Marasmus senilis und die Geschichte der Alterskrankheiten. In: Medizinische Welt 16.  |
| Stedel J                         | (1942) Zur Geschichte der Lehre von den Greisenkrankheiten. In: Sudhoffs Archiv 35.  |
| Stedel J                         | (1956) Gerokomie. In: Deutsches medizinisches Journal 7.   |
| Stoll J                          | (1802) Versuch einer medicinischen Beobachtungskunst. Zürich.  |
| Strambio G                       | (1795) Riflessioni sul libro intitolati: Joannis Brunonis Elementa Medicinae. Milano.  |
| Strauss E; Sherman EMS; Spreen O | (1998) A compendium of Neuropsychological Tests. Administration, Norms and Commentary. New York  |
| Streck M                         | (2005) Das schönste Gut. Der menschliche Wille bei Nemesius von Emesa und Gregor von Nyssa. Göttingen.   |
| Streng F                         | (1995) Psychowissenschaftler und Strafruristen. Verständigungsebenen und Kompetenzkonflikte bei der Schuldfähigkeitsentscheidung. In: Neue Zeitschrift für Strafrecht 15.  |
| Struve G von                     | (1843) Die Geschichte der Phrenologie. Heidelberg.   |
| Sudhoff K                        | (1910) Einleitung zu: Johann Christian Reil (1795) Von der Lebenskraft. In: ders. (Hrsg.) Klassiker der Medizin, Bd. 2. Leipzig.   |
| Sudhoff K                        | (1922) Kurzes Handbuch der Geschichte der Medizin. Berlin.   |
| Sulimma K                        | (2003) In Würde verrückt werden. Konzepte des Umgangs mit dementiell erkrankten älteren Menschen. Die Methode der Validation. <a href="http://www.sulimma.de/validation/Validation_Sulimma_Doppelseitig.pdf">http://www.sulimma.de/validation/Validation_Sulimma_Doppelseitig.pdf</a> . (Dipl.) Frankfurt/Main. (zuletzt aufgerufen 27.12.2013). |
| Swift J                          | (2004) Gullivers Reisen. Frankfurt/Main.   |
| Temkin O                         | (1929) Studien zum „Sinn“-Begriff in der Medizin. In: Kyklos 2.  |
| Temkin O                         | (1950) German Concepts of Ontogeny and History Around 1800. In: Bulletin of the History of Medicine 24.  |
| Temkin O                         | (1966) Wunderlich, Schelling and the History of Medicine. In: Gesnerus 23.   |
| Temkin O                         | (1977) The Double Face of Janus and Other Essays in the History of Medicine. Baltimore/London.   |
| Thane P                          | (1993) Old Age in English History. In: Conrad C; Kondratowitz HJ von (Hrsg.) Zur Kulturgeschichte des Alterns. Toward a Cultural History of Aging. Berlin.   |
| Thane P                          | (2005) Das Alter. Eine Kulturgeschichte. Darmstadt.  |
| Thiele U                         | (2009) Der Schreiber und die Bibliothek im alten Mesopotamien. Norderstedt.  |
| Thomasma DC; Pellegrino ED       | Philosophy of medicine as the source for medical ethics. In: Metamedicine 2. 1981.   |
| Toellner R                       | (1979) Fragen an das Selbstverständnis des Arztes heute. In: Der niedergelassene Arzt 1.   |
| Toellner R                       | (1979) Johann Georg Zimmermann (1728-1795). Der Arzt als Genie oder über die Gewißheit der Vorhersagen über die Heilkunst. In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 2.   |
| Toellner R                       | (1980) Art. Medizin, III. Frühe Neuzeit. In: Ritter J; Gründer K (Hrsg.) Historisches Wörterbuch der Philosophie. Bd. 5. Darmstadt.  |
| Toellner R                       | (1981) Randbedingungen zu Schellings Konzeption der Medizin als Wissenschaft. In: Hasler L (Hrsg.) Schelling. Seine Bedeutung für eine Philosophie der Natur und der Geschichte. Referate und Kolloquien der Internationalen Schelling-Tagung Zürich 1979. Stuttgart-Bad Cannstatt.  |

|                        |  |
|------------------------|--|
| Toellner R             | (1982) <i>Medicina Theoretica - Medicina Practica. Das Problem des Verhältnisses von Theorie und Praxis in der Medizin des 17. und 18. Jahrhunderts.</i> In: <i>Studia Leibnitiana Supplementa</i> 22. Wiesbaden.  |
| Toellner R             | (1988) „Die wissenschaftliche Ausbildung des Arztes ist eine Culturfrage...“. Über das Verhältnis von Wissenschaftsanspruch, Bildungsprogramm und Praxis der Medizin. In: <i>Berichte zur Wissenschaftsgeschichte</i> 11.  |
| Toellner R             | (1988) Wissen und Gewissen. Über das Verhältnis von medizinischer Wissenschaft und ärztlicher Kunst. In: Bochnik HJ; Gärner-Huth C; Richtberg W (Hrsg.) <i>Der einzelne Fall und die Regel. Medizin als Heilkunde und Heilkunst.</i> Köln.   |
| Toellner R             | (1991) Die Verantwortung medizinischen Erkennens - die Verantwortung medizinischen Handelns. In: Müller HP (Hrsg.) <i>Wissen als Verantwortung: ethische Konsequenzen des Erkennens.</i> Stuttgart.  |
| Torack RM              | (1983) <i>The Early History of Senile Dementia.</i> In: Reisberg B (Hrsg.) <i>Alzheimer's Disease.</i> New York.   |
| Tossanus D; Heidfeld J | (1600) <i>Ein christlicher und sehr tröstlicher Bericht Vom hohen Alter des Menschen.</i> Herborn.   |
| Toulmin S              | (1976) <i>On the Nature of Physician's Understanding.</i> In: <i>The Journal of Medicine and Philosophy</i> 1.   |
| Tröhler U              | (1993) Die therapeutische „Erfahrung“ - Geschichte ihrer Bewertung zwischen subjektiv sicherem Wissen und objektiv wahrscheinlichen Kenntnissen. In: Köbberling J (Hrsg.) <i>Die Wissenschaft in der Medizin. Selbstverständnis und Stellenwert in der Gesellschaft.</i> (2. Aufl.) Stuttgart. |
| Troxler IPV            | (1803) <i>Ideen zur Grundlage der Nosologie und Therapie.</i> Jena.  |
| Troxler IPV            | (1804) <i>Versuche in der organischen Physik.</i> Jena.  |
| Troxler IPV            | (1805) <i>Grundriß einer Theorie der Medicin.</i> Wien.  |
| Troxler IPV            | (1988) Schellings und Hegels erste absolute Metaphysik. Zusammenfassende Vorlesungsnachschriften. Hrsg. von Klaus Düsing. Köln.  |
| Tschirner T            | (1989) John Browns „System der Heilkunde“ in Naturphilosophie und naturphilosophischen Arzneimittellehren des frühen 19. Jahrhunderts. (Diss. rer. nat.) Marburg.  |
| Tsouyopoulos N         | (1976) Reformen am Bamberger Krankenhaus – Theorie und Praxis der Medizin um 1800. In: <i>Historia Hospitalium.</i>  |
| Tsouyopoulos N         | (1978) Der Streit zwischen Friedrich Wilhelm Joseph Schelling und Andreas Röschlaub über die Grundlagen der Medizin. In: <i>Medizinhistorisches Journal</i> 13.  |
| Tsouyopoulos N         | (1978) Die neue Auffassung der klinischen Medizin als Wissenschaft unter dem Einfluß der Philosophie des frühen 19. Jahrhunderts. In: <i>Berichte zur Wissenschaftsgeschichte</i> 1.   |
| Tsouyopoulos N         | (1981) Schellings Konzeption der Medizin als Wissenschaft und die „Wissenschaftlichkeit“ der modernen Medizin. In: Hasler L (Hrsg.) <i>Schelling. Seine Bedeutung für eine Philosophie der Natur und der Geschichte.</i> Stuttgart-Bad Cannstatt.  |
| Tsouyopoulos N         | (1982) Andreas Röschlaub und die Romantische Medizin. Die philosophischen Grundlagen der modernen Medizin. Stuttgart.  |
| Tsouyopoulos N         | (1984) German Philosophy and the Rise of Modern Clinical Medicine. In: <i>Theoretical Medicine and Bioethics</i> 5.  |
| Tsouyopoulos N         | (1985) Schellings Krankheitsbegriff und die Begriffsbildung der Modernen Medizin. In: Heckmann R; Krings H; Meyer RW (Hrsg.) <i>Natur und Subjektivität. Zur Auseinandersetzung mit der Naturphilosophie des jungen Schelling.</i> Stuttgart-Bad Cannstatt.                                    |
| Tsouyopoulos N         | (1988) The Influence of John Brown's Ideas in Germany. In: Bynum WF; Porter R (Hrsg.) <i>Brunonianism in Britain and Europe. Medical History. Supplement</i> 8. London.  |
| Tsouyopoulos N         | (1989) Die Erregungstheorie in Frankreich (Brownianismus auf den Kopf gestellt). In: <i>History and Philosophy of the Life Sciences</i> 11.  |
| Tsouyopoulos N         | (1990) Doctors contra clysters and feudalism: the consequences of a Romantic revolution. In: Cunningham A; Jardine N (Hrsg.) <i>Romanticism and the Sciences.</i> Cambridge.   |
| Tsouyopoulos N         | (1993) Asklepios und die Philosophen. Paradigmawechsel in der Medizin im 19. Jahrhundert. Manuskript.  |

|  |  |
|--|--|
| Turner SR                                      | (1980) The Bildungsbürgertum and the Learned Professions in Prussia, 1770-1830: The Origins of a Class. In: Histoire Sociale - Social History 13.  |
| Uerlings H (Hrsg.)                             | (1977) Novalis und die Wissenschaften. Tübingen.   |
| Uexküll T von; Wesiack W                       | (1988) Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. München.  |
| Universitätsklinikum Carl Gustav Carus (Hrsg.) | (o.N./o.D.) Die Reserven des Gehirns wecken. <a href="http://www.uniklinikum-dresden.de/thema-des-monats-archiv/copy6_of_thema-des-monats">http://www.uniklinikum-dresden.de/thema-des-monats-archiv/copy6_of_thema-des-monats</a> (zuletzt aufgerufen 27.12.2013) |
| Universitätsklinikum Freiburg (Hrsg.)          | Demenz-Leitlinie ( <a href="http://www.demenz-leitlinie.de/aerzte/Diagnostik/ICD10/DSMIV.pdf">http://www.demenz-leitlinie.de/aerzte/Diagnostik/ICD10/DSMIV.pdf</a> - zuletzt aufgerufen am 11.12.2013)   |
| Vaihinger H                                    | (1880) Briefe aus dem Kantkreise. In: Altpreußische Monatsschrift 17.  |
| Varady H                                       | (1987) Die Pharmakotherapie Samuel Hahnemanns in der Frühzeit der Homöopathie. Edition und Kommentar des Krankenjournals Nr. 5 (1803-1806) (Med. Diss.) München.   |
| Varnhagen von Ense KA                          | (1837) Denkwürdigkeiten und vermischte Schriften. Mannheim.  |
| Varnhagen von Ense KA (Hrsg.)                  | (1830) Denkwürdigkeiten des Philosophen und Arztes Johann Benjamin Erhard. Stuttgart.  |
| Venzlaff U                                     | (1975) Aktuelle Probleme der forensischen Psychiatrie. In: Kisker KP; Lauter H; Meyer JE; Müller C; Strömgen E (Hrsg.) Psychiatrie der Gegenwart, Band III. (2. Aufl.) Berlin.   |
| Veyne P  | (2009) Foucault. Der Philosoph als Samurai. Stuttgart.   |
| Virchow R                                      | (1865) Gedächtnisrede auf Johann Lucas Schönlein gehalten am 23. Januar 1865, dem ersten Jahrestage seines Todes. Berlin.  |
| Vogel SG                                       | (1795) Einige allgemeine Bemerkungen über das Sçavoir faire in der medicinischen Praxis. In: Hufelands Journal 1,3.  |
| Vogel SG                                       | (1796) Kranken-Examen. Oder: allgemeine philosophisch medicinische Untersuchungen zur Erforschung der Krankheiten des menschliche Körpers. Stendal.  |
| Vogel SG                                       | (1799) Noch einige Bemerkungen über das Sçavoir faire in der medicinischen Praxis. In: Hufelands Journal 8,3.  |
| Völkel E                                       | (1979) Die spekulative Musiktherapie zur Zeit der Romantik: ihre Tradition und ihr Fortwirken. (Med. Diss.) Düsseldorf.  |
| Vollhard F                                     | (2001) Eigennutz – Selbstliebe - Individuelles Glück. In: Dülmen R van (Hrsg.) Entdeckung des Ich. Die Geschichte er Individualisierung vom Mittelalter bis zur Gegenwart. Köln.   |
| Waldvogel M                                    | (2007) Wilhelm Kaulbachs Narrenhaus (um 1830). Zum Bild des Wahnsinns in der Biedermeierzeit. (Magisterarbeit = LMU-Publikationen / Geschichts- und Kunstwissenschaften Nr. 18). München.  |
| Wallesch CW; Förstl H (Hrsg.)                  | (2005) Demenzen. Stuttgart,  |
| Walther PF von                                 | (1805) Historische Umrissse von Frankreichs naturwissenschaftlicher Cultur in näherer Beziehung auf Medicin und Chirurgie. In: Jahrbücher der Medicin als Wissenschaft 1, Heft 1. Tübingen.  |
| Walther PF von                                 | (1806) Darstellung des Bichat'schen Systems als erste Fortsetzung der historischen Umrissse von Frankreichs naturwissenschaftlicher Kultur. In: Schelling FWJ (Hrsg.) Jahrbücher der Medicin als Wissenschaft 2, Heft 1. Tübingen.                                 |
| Walther PF von                                 | (1807) Physiologie des Menschen mit durchgängiger Rücksicht auf die comparative Physiologie der Thiere. Bd. 1. Landshut.   |
| Walther PF von                                 | (1808) Von der Heilkraft der Natur. In: Jahrbücher der Medicin als Wissenschaft 3. Heft 2. Tübingen.   |
| Walther PF von                                 | (1812) Über die Heilkraft der Arzneien. Ephemeriden der Heilkunde. Hrsg. von Adalbert Friedrich Marcus. Bamberg.   |
| Warner JH                                      | (1991) Science, Healing, and the Physician's Identity: A Problem of Professional Character in Nineteenth-Century America. In: Clio Medica 22.  |
| Wasianski EAC                                  | (1941) Immanuel Kant in seinen letzten Lebensjahren. Hrsg. von Fritz Gutsche. Königsberg.  |
| Weiher E von                                   | (2002) Das Alter in Mesopotamien. In: Karenberg A; Leitz C (Hrsg.) Heilkunde und Hochkultur II. Münster.   |

|                    |  |
|--------------------|--|
| Weikard MA         | (1796) Medizinisch-praktisches Handbuch auf Brownsche Grundsätze und Erfahrungen gegründet. Heilbronn.   |
| Weikard MA         | (1797) Entwurf einer einfachern Arzeneykunst oder Erläuterung und Bestätigung der Brownischen Arzeneylehre. (2. verb. und verm. Aufl.) Frankfurt/Main.   |
| Weikard MA         | (1799) Der philosophische Arzt. Frankfurt/Main.  |
| Weikard MA (Hrsg.) | (1796) Magazin der verbesserten theoretischen und praktischen Arzeneikunst. Für Freunde und Feinde der neuen Lehre. Bd. 1. Heilbronn.  |
| Welti M            | (1987) Das Altern im Mittelalter und in der Frühen Neuzeit. In: Schweizerische Zeitschrift für Geschichte 37.  |
| Wenzel GI          | (1816) Die Kunst gesund, jugendlich, stark und schön in allen Lebensaltern zu bleiben. (3. Aufl.) Wien.  |
| Werner A           | (1909) Schellings Verhältnis zur Medizin und Biologie. (Med. Diss.) Paderborn.   |
| Wessels J          | (1988) Strafrecht. Allgemeiner Teil. (18. Aufl.) Heidelberg.   |
| Westmeyer H        | (1977) Verhaltenstherapie: Anwendung von Verhaltenstheorien oder kontrollierte Praxis? Möglichkeiten und Probleme einer theoretischen Fundierung der Verhaltenstherapie. In: Metamed 1.                        |
| Wetz FJ            | (2004) Hans Blumenberg. Hamburg.   |
| Wichmann JE        | Ideen zur Diagnostik. Beobachtenden Aerzten mitgeteilt. 1.-2. Bd. (1. Aufl.) Hannover 1794-97 (2. Aufl.) 1800-1801.  |
| Wieland CM         | (1795) Zusatz des Herausgebers (Zu Hufelands „Ein Wort über der Angriff der rationellen Medicin im N.T. Merkur August 1795“). In: Neuer Teutscher Merkur 10.   |
| Wieland CM         | (1796) Zusatz des Herausgebers (zu Anonymus: „An Hrn. Rath D. Hufeland in Jena, über dessen Wort im N.T. Merkur 1795, 10. St. S. 168“). In: Neuer Teutscher Merkur 1.  |
| Wieland W          | (1967) Die Anfänge der Philosophie Schellings und die Frage nach der Natur. In: Natur und Geschichte. Karl Löwith zum 70. Geburtstag. Stuttgart.   |
| Wieland W          | (1974) Praxis und Urteilskraft. In: Zeitschrift für philosophische Forschung 28.   |
| Wieland W          | (1975) Diagnose. Überlegungen zur Medizintheorie. Berlin.  |
| Wieland W          | (1979) Aristoteles und die Seeschlacht. Zur Struktur prognostischer Aussagen. In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 2.  |
| Wieland W          | (1983) Verbindlichkeit als wissenschaftstheoretisches Problem? In: Deutsch E; Bethge H; Kleinsorge H; Scheler F (Hrsg.) Verbindlichkeit der medizinisch-diagnostischen und therapeutischen Aussage. Stuttgart. |
| Wieland W          | (1985) Grundlagen der Krankheitsbetrachtung. In: Gross R (Hrsg.) Geistige Grundlagen der Medizin. Berlin.  |
| Wieland W          | (1986) Strukturwandel der Medizin und ärztliche Ethik. Philosophische Überlegungen zu Grundfragen einer praktischen Wissenschaft. Heidelberg.  |
| Wieland W          | (1989) Aporien der praktischen Vernunft. Frankfurt/Main.   |
| Wieland W          | (1992) Der therapeutische Nihilismus und die moderne Medizin. In: Ethik und Sozialwissenschaften 3. Heft 3.  |
| Wieland W          | (1993) The Concept of the Art of Medicine. In: Delkeskamp-Hayes C; Gardel Cutter MA (Hrsg.) Science, Technology, and the Art of Medicine. Dordrecht.   |
| Wiesemann C        | (1991) Josef Dietsch und der therapeutische Nihilismus. Zum historischen und politischen Hintergrund einer medizinischen These. Frankfurt/Main.  |
| Wiesing U          | (1987) Umweltschutz und Medizinalreform in Deutschland am Anfang des 19. Jahrhunderts. Eine Fallstudie anhand der Zeitschrift „Hygiea“ 1803-1805. Köln.  |
| Wiesing U          | (1989) Der Tod der Auguste Böhmer. Chronik eines medizinischen Skandals, seine Hintergründe und seine historische Bedeutung. In: History of Philosophy and Life Sciences 11.                                   |
| Wiesing U          | (1989) Die Bamberger Glashüttengeschichte. Ein Beispiel für Medizin und Umweltschutz im frühen 19. Jahrhundert. In: Sudhoffs Archiv 73.  |
| Wiesing U          | (1990) Der Dichter, die Posse und die Erregbarkeit. August v. Kotzebue und der Brownianismus. In: Medizinhistorisches Journal 25.  |

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| Wiesing U                   | (1995) Kunst oder Wissenschaft. Konzeption der Medizin in der deutschen Romantik. Stuttgart-Bad Cannstatt.  |
| Williams LP                 | (1973) Kant, Naturphilosophie and Scientific Method. In: Giere RN; Westfall RS (Hrsg.) Foundations of Scientific Method: The Nineteenth Century. Bloomington-London.  |
| Willis T                    | (1664) Cerebri anatome: cui accessit nervorum descriptio et usus. London.   |
| Wilmans CA                  | (1799) Über medicinische Kunst und ihre Methodologie. In: Archiv für Physiologie 3.   |
| Wilmans CA                  | (1800) Grundsatz der Beurtheilung des Brown'schen Systems. In: Archiv für Physiologie 4.  |
| Wilmans CA                  | (1802) Ueber die Normalgesetze und ihren Nutzen in der Arzneykunde. In: Archiv für Physiologie 5.   |
| Wilson TG                   | (1940) Swift's deafness: and his last illness. In: Annals of Medical History 2.   |
| Wilson TG                   | (1958) The mental and physical health of Dean Swift. In: Medical History 2.   |
| Windischmann CJ             | (1801) Über die gegenwärtige Lage der Heilkunde und den Weg zu ihrer festen Begründung. Zur Beherzigung für Aerzte; nebst Bemerkungen von C. W. Hufeland. In: Hufelands Journal, Bd. 13.  |
| Wingertzahn C               | (2006) Anton Reisers Welt. Eine Jugend in Niedersachsen 1756-1776. Ausstellungskatalog zum 250. Geburtstag von Karl Philipp Moritz. Hannover.   |
| Winkler W                   | (2006) Karl Philipp Moritz. Reinbek bei Hamburg.  |
| Winter H                    | (2002) Naturwissenschaft und Ästhetik: Untersuchungen zum Frühwerk Heinrich Manns. Würzburg.  |
| Witte E                     | (1953) Johann Christian Reil (Zu seinem 140. Todestage). In: Medizinische Monatsschrift 7.  |
| Wittern R                   | (2002) Samuel Hahnemann (1755-1843). In: Engelhardt D von; Hartmann F (Hrsg.) Klassiker der Medizin , Bd. 2. München.   |
| Wittern R (Hrsg.)           | (1984) Frühzeit der Homöopathie. Ausgewählte Aufsätze aus dem Archiv für die homöopathische Heilkunst aus den Jahren 1822-1838. Stuttgart.  |
| Wöhrle G                    | (1990) Studien zur Theorie der antiken Gesundheitslehre. Stuttgart.   |
| Wunderlich CA               | (1859) Geschichte der Medizin. Stuttgart.   |
| Wunderlich G                | (1981) Krankheits-und Therapiekonzepte am Anfang der deutschen Psychiatrie (Haindorf, Heinroth, Ideler). (Diss.) Berlin.  |
| Wuttke W                    | (1972) Materialien zu Leben und Werk Adolph Karl August von Eschenmayers. In: Sudhoffs Archiv 56.   |
| Young RM                    | (1970) Mind, Brain and Adaption in the Nineteenth Century: Cerebral Localization and its Biological Context from Gall to Ferrier. Oxford.   |
| Zacchia P                   | (1701) Quaestiones medico-legales. Hrsg. von Johann Daniel Horst. Lyon.   |
| Zanders JT                  | (1805) Rhapsodien physiologischen Inhaltes. In: Röschlaubs Magazin zur Vervollkommnung der theoretischen und praktischen Heilkunde 8.   |
| Zappe HA; Mattern H (Hrsg.) | (1990) Das Philosophische und die praktische Medizin. Berlin.   |
| Zeitler R                   | (1990) Das unbekannte Jahrhundert. In: ders. (Hrsg.) Die Kunst des 19. Jahrhunderts. Propyläen Kunstgeschichte 11. Frankfurt/Main.  |
| Zeitler R (Hrsg.)           | (1990) Die Kunst des 19. Jahrhunderts. Propyläen Kunstgeschichte 11. Frankfurt/Main   |
| Ziegler U; Doblhammer G     | (2009) Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland. Eine Studie auf der Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherung von 2002, <a href="http://www.rostockerzentrum.de/publikationen/rz_diskussionpapier_24.pdf">http://www.rostockerzentrum.de/publikationen/rz_diskussionpapier_24.pdf</a> (zuletzt aufgerufen 20.12.2013) |
| Zimmermann FJ               | (1807) Philosophisch-medicinisches Wörterbuch: zur Erleichterung des höheren medicinischen Studiums. Wien.  |
| Zimmermann JG               | (1763) Von der Erfahrung in der Arzneykunst. Zürich.  |



- 
- Abb. 1: **Nestor mit seinen Söhnen bei der Ehrung des Poseidon am Strand von Pylos.**  
Attisch-rotfiguriger Kelchkrater des Meleager-Malers; um 400–380 v. Chr.  
(Museo Arqueológico Nacional, Madrid) S. 53  
Bild entnommen aus:  
[http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Sacrifice\\_Nestor\\_Pylos\\_Meleager\\_Painter  
MAN.jpg](http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Sacrifice_Nestor_Pylos_Meleager_Painter_MAN.jpg)
- 
- Abb. 2: **John Brown.**  
Bild entnommen aus:  
[http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/0/0d/John\\_Brown\\_%28physician%  
29.jpg](http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/0/0d/John_Brown_%28physician%29.jpg) S. 85
- 
- Abb. 3: **Scala der Erregung.**  
Entnommen aus:  
Brown J (1796) Lehrbegriff der Brownischen Arzneilehre, von Brown selbst ohne  
seinen Namen herausgegeben. Wien, S. 165. S. 90
- 
- Abb. 4: **Immanuel Kant.**  
Bild entnommen aus:  
<http://cdn8.openculture.com/wp-content/uploads/2013/10/immanuel-kant.jpg> S. 92
- 
- Abb. 5: **Friedrich Wilhelm Joseph Schelling.**  
Bild entnommen aus:  
[http://images.zeno.org/Philosophie/I/big/sche\\_000.jpg](http://images.zeno.org/Philosophie/I/big/sche_000.jpg) S. 100
- 
- Abb. 6: **Christoph Wilhelm Hufeland.**  
Bild entnommen aus:  
[http://www.zeno.org/Naturwissenschaften/I/hufe\\_000](http://www.zeno.org/Naturwissenschaften/I/hufe_000) S. 109
- 
- Abb. 7: **Johann Christian Reil.**  
Bild entnommen:  
[http://www.magazin.uni-halle.de/wp-content/uploads/2013/07/Johann-Christian-  
Reil\\_UniArchiv-Halle\\_Rep-40-1\\_Nr.-R2\\_Bild-1.jpg](http://www.magazin.uni-halle.de/wp-content/uploads/2013/07/Johann-Christian-Reil_UniArchiv-Halle_Rep-40-1_Nr.-R2_Bild-1.jpg) S. 115
- 
- Abb. 8: **Johann Christian August Heinroth.**  
Bild entnommen aus:  
[http://psychiatrie.uniklinikum-leipzig.de/psychiatrie.site.posttext.pat\\_unsere-  
klinik\\_a\\_id.250.html](http://psychiatrie.uniklinikum-leipzig.de/psychiatrie.site.posttext.pat_unsere-klinik_a_id.250.html) S. 142
- 
- Abb. 9: **Carl Wilhelm Ideler.**  
Bild entnommen aus:  
[http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Carl\\_Wilhelm\\_Ideler.png](http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Carl_Wilhelm_Ideler.png) S. 151
-

# Abbildungen

---

Abb 10: **Andreas Röschlaub.**  
Lithographie eines unbekanntes Künstlers zwischen 1800-1830  
Bild entnommen aus:  
[http://wiki.verkata.com/de/wiki/Datei:Andreas\\_R%C3%B6schlaub\\_01.jpg](http://wiki.verkata.com/de/wiki/Datei:Andreas_R%C3%B6schlaub_01.jpg) S. 161

---

Abb. 11: **Röschlaubs Aufteilung der Medizin.**  
Entnommen aus:  
Wiesing U (1995) Kunst oder Wissenschaft. Konzeption der Medizin in der deutschen Romantik. Stuttgart-Bad Cannstatt, S. 165. S. 163

---

Abb. 12: **Samuel Hahnemann.**  
Daguerreotypie von Samuel Hahnemann, aufgenommen am 30. September 1841 in Paris. S. 179  
Bild entnommen aus:  
<http://www.homeoint.org/photo/hahnema1.htm>

---

Abb. 13: **Ernst Horn.**  
Anton Ludwig Ernst Horn (1774-1848) S. 189  
Bild entnommen aus:  
<http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Anton-Ludwig-Ernst-Horn.jpg>

---

Abb. 14: **Friedrich Nasse.**  
(1778-1851) S. 199  
Bild entnommen aus:  
<http://www.uni-saarland.de/fak4/fr41/Engel/Projekt/images/Nasse%20F.jpg>

---

Abb. 15: **Namen der „Phrenologischen Organe“**  
Bild entnommen aus:  
Combe G (1833) System der Phrenologie. S. 218

---

Abb 16: **Carl Gustav Carus.**  
Bild entnommen aus:  
[http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Carl\\_Gustav\\_Carus\\_Portrait.JPG](http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Carl_Gustav_Carus_Portrait.JPG) S. 221

---

Abb. 17: **Tabelle mit Schädelmaßen.**  
Entnommen aus:  
Kuhlmann-Hodick P; Spitzer G; Maaz B (Hrsg.) (2009) Carl Gustav Carus - Wahrnehmung und Konstruktion: Katalog zur Ausstellung der Staatlichen Kunstsammlungen Dresden im Semperbau, am Zwinger und im Residenzschloss (26. Juni bis 20. September 2009). Berlin, S. 271. S. 222

---

Abb. 18: **Darstellung von Schillers Schädel nach dem Gipsabdruck (Bd. I, Tafel I)**  
Entnommen aus:  
Ebd., S. 271. S. 223

---



|          |   |        |
|----------|---|--------|
|          | <b>Konturdarstellungen von einem Kopf und drei Schädeln (Bd. I, Tafel IX)</b>   |        |
|          | Entnommen aus:  |        |
| Abb. 19: | Kuhlmann-Hodick P; Spitzer G; Maaz B (Hrsg.) (2009) Carl Gustav Carus - Wahrnehmung und Konstruktion: Katalog zur Ausstellung der Staatlichen Kunstsammlungen Dresden im Semperbau, am Zwinger und im Residenzschloss (26. Juni bis 20. September 2009). Berlin, S. 271.  | S. 223 |
|          | <b>Schematische Darstellung verschiedener Entwicklungsstufen des Gehirns.</b>   |        |
|          | (Fig. I-VII), Schema der Gliederung des ganzen Kopfskelettes (Fig. VIII), Längendurchschnitt des menschlichen Gehirns (Fig. IX), Tasterzirkel (Fig. X) und Messpunkte am Schädel (Fig. XI-XII).   |        |
| Abb. 20: | Entnommen aus:<br>Ebd., Abb. 269.   | S. 225 |
|          | <b>Karl Philipp Moritz.</b>   |        |
| Abb. 21: | Bild entnommen aus:<br><a href="http://www.kunstmuseum.de/person-0-0/karl_philipp_moritz-109/">http://www.kunstmuseum.de/person-0-0/karl_philipp_moritz-109/</a>  | S. 238 |
|          | <b>Die Heilung des Besessenen vor der Stadt Gerasa.</b>   |        |
| Abb. 22: | Bild entnommen aus:<br>Grimme EG (1984) Das Evangelium Kaiser Ottos III im Domschatz zu Aachen. Freiburg, S. 45.  | S. 281 |
|          | <b>Tafel 4 der sechs Reliefs über die Lebensgeschichte der heiligen Hemma im Dom von Gurk mit lateinischer Bildunterschrift</b>   |        |
| Abb. 23: | Bild entnommen aus: Schäfer, Joachim: [Die Reliefs mit der Lebensgeschichte der Hemma von Gurk], aus dem Ökumenischen Heiligenlexikon, 2014<br><a href="http://www.heiligenlexikon.de/Literatur/Hemma_von_Gurk-Reliefs.html">http://www.heiligenlexikon.de/Literatur/Hemma_von_Gurk-Reliefs.html</a> Hier:%20http://www.heiligenlexikon.de/Fotos/Hemma_von_Gurk_Relief4.jpg | S. 282 |
|          | <b>Caius Gabriel Cibbers Skulpturen aus dem Tor von Bedlam.</b>   |        |
|          | „Melancholy Madness“ (links) und „Raving Madness“ (rechts).<br>Museum des Bethlem Royal Hospital.   |        |
| Abb. 24: | Bild entnommen aus:<br><a href="http://thoughtsintheorchard.wordpress.com/2013/08/13/some-concluding-thoughts-and-looking-forward/">http://thoughtsintheorchard.wordpress.com/2013/08/13/some-concluding-thoughts-and-looking-forward/</a>  | S. 282 |
|          | <b>„Raving Madness“ (Caius Gabriel Cibber).</b>   |        |
| Abb. 25: | Foto: © Schirn Kunsthalle Frankfurt, 2013 Foto: Norbert Miguletz<br><a href="http://www.schirn.de/Newsroom_Gericault.html#">http://www.schirn.de/Newsroom_Gericault.html#</a>   | S. 283 |
|          | <b>Teil von Titelblatt aus Sebastian Brants "Der Narrenspiegel, das grosse Narrenschiff".</b>   |        |
| Abb. 26: | Bild entnommen aus:<br><a href="http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Narrenschiff_%281549%29.jpg">http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Narrenschiff_%281549%29.jpg</a>  | S. 283 |
|          | <b>Illustration aus Brants „Narrenschiff“ für das Kapitel „Vom Aufschubsuchen“</b>  |        |
| Abb. 27: | Bild entnommen aus:<br>Brant S (1494) Das Narrenschiff, Nürnberg<br><a href="http://digi.ub.uni-heidelberg.de/diglit/ib01081100">http://digi.ub.uni-heidelberg.de/diglit/ib01081100</a>   | S. 284 |

## Abbildungen

- 
- Illustration aus Brants „Narrenschiff“ für das Kapitel „Ein Gesellschiff“**  
Bild entnommen aus:  
Abb. 28: 1494: Daß Narrenschiff ad Narragoniam S. 284  
Oder: Europäische Welt- und Gottessicht des ausgehenden Mittelalters in  
katholisch-moralisierenden Mahn-Versen eines angepassten - Narren:  
Sebastian Brant (1457-1521)
- 
- Barocker Giebelstein in der Psychiatrischen Anstalt Reinier van Arckel in Hertogenbosch**  
Bild entnommen aus: S. 284  
<http://www.canonsociaalwerk.eu/nl/details.php?cps=3>
- 
- William Hogarth: A Rake's Progress. Blatt 8: Rakewell in Bedlam, 1735.**  
Bild entnommen aus: S. 285  
Abb. 30: [http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/4/4b/The\\_Rake%27s\\_Progress\\_8.jpg](http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/4/4b/The_Rake%27s_Progress_8.jpg)
- 
- Raffael: Der Tod des Ananias (1515)**  
Bild entnommen aus: S. 285  
Abb. 31: [http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Raffaello\\_Sanzio\\_-\\_Death\\_of\\_Ananias\\_-\\_WGA18890.jpg](http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Raffaello_Sanzio_-_Death_of_Ananias_-_WGA18890.jpg)
- 
- Johann Caspar Lavater - Fünftes Fragment: „Etwas über das Alter“.**  
Bild entnommen aus: S. 286  
Abb. 32: Lavater JC (1778) Physiognomische Fragmente, zur Beförderung der  
Menschenkenntnisze und Menschenliebe. Vierter Versuch. Leipzig, S. 363.
- 
- „Abschied des Calas von seiner Familie“ (Daniel Chodowiecki).**  
1767, Berlin, Stiftung Preuß. Kulturbesitz, Gemäldegalerie. S. 286  
Abb. 33: Bild entnommen aus:  
<http://theladyship.blogspot.de/2011/12/daniel-chodowiecki-horbeitrag.html>
- 
- Daniel Chodowiecki: „Sechs Frauenköpfe“ - Illustration für Lavater mit der Überschrift „Schwache und thörichte Menschen“.**  
Bild entnommen aus: S. 287  
Abb. 34: [http://www.schirn-magazin.de/Binaries/Binary11909/Geri\\_276\\_Lavater\\_Sechs\\_Frauenkoepfe.jpg](http://www.schirn-magazin.de/Binaries/Binary11909/Geri_276_Lavater_Sechs_Frauenkoepfe.jpg)
- 
- Ambroise Tardieu: Abbildungen aus Jean-Étienne Dominique Esquirol „Von den Geisteskrankheiten“**  
Bilder entnommen aus: S. 287-290  
Abb. 35: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/btv1b2100024h>
- 
- Wilhelm Kaulbach: Narrenhaus.**  
(um 1830-1831) Kupferstichkabinett, Berlin S. 290  
Abb. 36: Bild entnommen aus:  
<http://www.goethezeitportal.de/wissen/illustrationen/friedrich-schiller/kaulbach-zwoelf-bilder-zu-schillers-dramen.html>
-

Abb. 37: **Baumgärtners Kranken-Physiognomik „Allgemeine Verwirrtheit“  
(Tafel 74)** S. 291  
Baumgärtner KH (1838) Kranken-Physiognomik. Stuttgart.

---

Abb. 38: **Baumgärtners Kranken-Physiognomik „Allgemeine Verwirrtheit“  
(Tafel 75)** S. 291  
Baumgärtner KH (1838) Kranken-Physiognomik. Stuttgart.

---

Abb. 39: **Baumgärtners Kranken-Physiognomik „Allgemeine Verwirrtheit“  
(Tafel 79)** S. 291  
Baumgärtner KH (1838) Kranken-Physiognomik. Stuttgart.

---