

Funktionen von Vielfältigkeit und Einheitlichkeit

Vieldeutigkeit und Eindeutigkeit in psychiatrischen Lehren

Von Carlos Watzka

First, by exemplary pointing at needs of communication and therapeutic and humanitarian advances in modern medicine – as a pragmatic anthropology – a principal association of unambiguity of definition and attempts at classifications with disciplining and repression is taken into question, the treatment of “Progressive Paralyzation” is presented as an example. Then it is suggested that also the fall of psychiatry as an institution into inhumanity before and during National-Socialism was not so much driven by scientific developments as such than by much more basic sociocultural orientations. Polemic and non-polemic terms in medicine are differentiated. Finally, one of the most important textbooks in late 19th century German psychiatry, that of Krafft-Ebing, is examined regarding the functions of the terms “Degeneration” and “Entartung” in it.

Die Medizin und ihre Fachsprache, und innerhalb derselben nicht zuletzt die Psychiatrie, sind schon lange bevorzugtes Objekt sowohl populärer als auch literarischer Kritik, seit den 1960er Jahren zunehmend auch der sozial- und kulturwissenschaftlichen. Exkludierende und stigmatisierende Funktionen der medizinischen Terminologie und der an sie geknüpften sozialen Praxis wurden eingehend analysiert und diskutiert. Vertreter der „reinen“ Etikettierungstheorie gingen dabei soweit, die kulturelle bzw. sprachliche Konstruktion aller psychischen Krankheiten in dem Sinne zu behaupten, dass sowohl Entstehen als auch Verschwinden der entsprechenden Phänomene ausschließlich durch soziale Kommunikationsprozesse hervorgerufen würden.¹ Hinsichtlich ihrer therapeutischen Verwertbarkeit stieß diese „Schule“ bald an ihre Grenzen. Vertreter „reiner“ somatizistischer Ansätze in der Medizin wiederum zeigten verständlicherweise stets wenig Interesse an kulturellen und kommunikativen Aspekten.²

Seit einigen Jahrzehnten jedoch etabliert sich innerhalb der Medizin, und besonders stark im

psychiatrischen Bereich, basierend auf pluridimensionalen anthropologischen Konzepten, zunehmend ein breiter Konsens, der einer Kombination von somatisch, psychologisch und sozial aufgefassten Interventionen in der Mehrzahl der Krankheitsfälle die größten therapeutischen Chancen beimisst. Hierbei wird von einem „biopsychosozialen Modell“ der Medizin gesprochen.³

Multifaktorielle und multidimensionale Kausalitäten und Korrelationen – also Pluralitäten – treten somit auch in der Psychiatrie in der „Postmoderne“ an die Stelle früherer Deutungsmuster, in welchen sich ein Streben nach „Eindeutigkeiten“ in stärkerem Maße niedergeschlagen hatte. Dennoch zeigt sich auch für den Bereich der Fachmedizin, wie problematisch und spezifizierungsbedürftig eine Zuordnung von „Vieldeutigkeit“ bzw. „Eindeutigkeit“ zu bestimmten historischen Perioden ist, wobei dies gleichermaßen für „Vormoderne“ und „Moderne“ wie für „Postmoderne“ gilt. Für die Moderne lassen sich zahlreiche terminologische Differenzierungsprozesse ausmachen und seit Foucault haben viele Sozial- und Kulturwissenschaftler das mit der Aufklärung einsetzende und in der Moderne noch gesteigerte wissenschaftliche Bemühen um detailliertere wie stringendere Klassifizierungen vornehmlich als ein wesentliches Element von sozialen Unterwerfungs- und Disziplinierungsprozessen begriffen.⁴ Tatsächlich fand im Verlauf des 18. und 19. Jahrhunderts eine enorme Vermehrung und Spezifizierung des psychiatrischen Vokabulars statt. Besonders seit den 1860er und 70er Jahren, als die Psychiatrie als eigenständige Disziplin an den medizinischen Fakultäten etabliert wurde, nahm die „Deutungsmacht“ der Psychiatrie im deutschsprachigen Raum zu, verloren sich alte Polyvalenzen in den Normierungs- und Klassifizierungsbemühungen der ersten psychiatrischen Fachkongresse.⁵

Die „Eindeutigkeiten“ nahmen also in gewisser Hinsicht zu. Aber was bedeutete dies tatsäch-

lich für die Behandlung von zu „Patienten“ gewordenen psychisch Leidenden?

Elaboriertere Begriffssysteme können, abgesehen von anderen kommunikationstechnischen Vorteilen, auch der individuelleren Behandlung der jeweils Betroffenen dienlich sein: Ein mehrgliedriges Schema etwa bietet die Möglichkeit der Kombination mehrerer, jeweils für sich genommen „Teil-Eindeutigkeiten“ zuweisender Bezeichnungen und somit vielfach einen deutlich größeren Raum für Differenzierungen und „Pluralitäten“ bei handlungsrelevanten Zuschreibungen als ein schlichterer, unstrukturierter, dabei aber vergleichsweise „offen“ und „polyvalent“ erscheinender „Begriffspool“. Wenn etwa das Schema zur Klassifizierung psychiatrischer Krankheitsformen mit nur sechs Kategorien, wie es in den 1870er und 1880er Jahren in der Landesirrenanstalt Feldhof bei Graz angewandt wurde, zu einer (österreichweit einheitlichen) stärker strukturierteren Einteilung mit 19 Kategorien ab 1894 weiterentwickelt wurde, so wird man aus dieser Zunahme von „Eindeutigkeit“ noch nicht einfach auf eine Zunahme von Repression schließen dürfen, ja vielleicht im Gegenteil zunehmendes Bemühen um therapeutisch sowie pflegerisch sinnvolle Differenzierungen konstatieren müssen. Die in dieser Zeitspanne entstandene neue Krankheitskategorie der „progressiven Paralyse der Irren“ etwa mag prima vista als besonders stigmatisierend und sozial deprivierend aufgefasst werden, wird sie doch im *Lehrbuch der speziellen Psychiatrie* des Wiener Psychiatrieprofessors Alexander Pilcz so beschrieben:

Die progressive Paralyse ist gekennzeichnet durch einen fortschreitenden Verfall in der geistigen und psychischen Sphäre, der zu völliger Vernichtung jeglichen psychischen Lebens und unter eigenartig charakteristischen somatischen Erscheinungen innerhalb einiger Jahre zum Exitus führt.“⁶

Man kann tatsächlich davon ausgehen, dass die von jener Diagnose Betroffenen als „Todgeweihte“ aufgrund psychologischer Mechanismen tendenziell noch weniger Aufmerksamkeit, Betreuung und materiellen Aufwand seitens des Personals zugeteilt erhielten als ihre Mitinsassen mit anderen Diagnosen, ein grauvoller Umstand. Nichtsdestoweniger war die Zielrichtung dieser wie anderer Veränderungen in der psychiatrischen Systematik ein Fortschreiten zu geeigneteren Formen der Erfor-

schung und Behandlung der Erkrankungen, und gerade mit der Konstitution der Krankheitseinheit „progressive Paralyse“ trat ein therapeutisch ungemein wertvoller Erkenntnisgewinn in der Folge auch ein:⁷ Als eine große Teilmenge der Insassen psychiatrischer Anstalten als „eindeutig“ durch syphilitische Infektion zerebral erkrankte Gesamtheit von an einem bestimmbar und „einheitlichen“ Krankheitsbild leidenden Personen erkannt wurde, als also spezifische Ätiologie und Symptomatik herausgearbeitet waren, konnte erst die Suche nach spezifischen Therapien beginnen. Der an den Universitäten Graz und Wien tätige österreichische Psychiater Julius Wagner von Jauregg fand bekanntlich die Möglichkeit der Fieberbehandlung syphilitischer Paralyse und konnte mit dieser beachtliche, ab 1917 mit der spezifischeren Malaria-therapie durchschlagende Behandlungserfolge erzielen. Seine Methode wurde in den folgenden Jahren rasch Standard in ganz Europa, und bewahrte so zwischen 10 und 20 Prozent aller damaligen Insassen psychiatrischer Krankenanstalten, insgesamt hunderttausende Menschen, vor dem nahezu sicheren und äußerst qualvollen Tod. Wagner-Jauregg erhielt hierfür 1927 einen Medizinnobelpreis, seine Behandlungsmethode wurde erst in den 1940er Jahren durch die auf neueren Erkenntnissen fußende und wirksamere sowie ungefährlichere Penicillinbehandlung ersetzt.

Die Entwicklung der „modernen“ psychiatrischen Terminologie ist, wie an diesem Beispiel deutlich wird, daher *auch* unter ihrem therapeutisch-humanitären Aspekt zu betrachten; die gesteigerte Fähigkeit zur Differenzialdiagnose gilt ja durchaus zurecht als einer der wesentlichen praktischen Fortschritte der westlich-modernen Medizin im Vergleich zu verschiedenen „traditionellen“ Paradigmen.

Dass der Glaube an die wissenschaftliche, sprachliche bzw. materielle Fassbarkeit der Welt freilich auch übertrieben werden kann, wird gerade in der Medizin als einer pragmatischen Anthropologie deutlich – in der Psychiatrie kann etwa die Phrenologie als Beispiel gelten –, ebenso wie psychopathologisches Vokabular immer wieder für außermedizinische Zwecke herangezogen wurde.

Gerade die gesellschaftlich relevantesten Exklusions-, ja Eliminationsbewegungen gegenüber psychisch anormalen Personen bezogen ihre Legitimation und ihr hierbei handlungs-

leitendes Vokabular freilich nicht so sehr aus dem im Speziellen oft „eindeutigen“, aber insgesamt zu subtilen und komplexen Differenzierungen neigenden psychiatrischen Fachdiskurs in seiner Gesamtheit, sondern aus der selektiven und verzerrenden Übernahme von einzelnen, meist den spekulativsten und fachintern umstrittensten Begrifflichkeiten von vorzugsweise binärer Struktur:

An dieser Stelle sei auf die Psychiatrie im Nationalsozialismus – als eines der krassesten Phänomene von Menschenverachtung in der Medizin – verwiesen: Hier fand eine Beteiligung, ja sogar die Anregung zu Verbrechen, von der Zwangssterilisation bis zum Massenmord, durch zahlreiche psychiatrisch Tätige selbst statt. Daraus lässt sich aber noch nicht ableiten, dass die wissenschaftlich-systematische Erfassung des „Irrsinns“ per se die entscheidende Grundlage oder gar Ursache der Krankenmorde und -verstümmelungen gewesen sei, wie es in „wissenschaftskritischen“ Äußerungen teils nahegelegt wird: Bei der Vorbereitung der so genannten „Euthanasie“ erging 1939 folgende Anweisung zur Vorselektion von Insassen psychiatrischer Anstalten:

Zu melden sind sämtliche Patienten, die 1. an nachstehenden Krankheiten leiden und in den Anstaltsbetrieben nicht oder nur mit mechanischen Arbeiten (Zupfen u. ä.) zu beschäftigen sind [...] 2. sich seit mindestens fünf Jahren dauernd in Anstalten befinden oder 3. als kriminelle Geisteskranke verwahrt sind; oder 4. [...] nicht deutschen oder artverwandten Blutes sind.⁸

Und für die mit der eigentlichen Selektion der zu Tötenden beauftragten NS-Ärzte, die bloß anhand schriftlichen Meldebögen urteilten, war erst recht das „entscheidende Aussonderungskriterium [...] die Frage, ob der Patient zu produktiver Arbeit fähig ist oder nicht“.⁹

Wenn man nun auch Teile der medizinischen und psychiatrischen Profession, insbesondere Entartungstheoretiker und Rassenhygieniker, für die folgenden Entwicklungen mitverantwortlich machen kann, so zeigen die angegebenen Textstellen dennoch, dass der „Wissenschaft“ hier, wenn überhaupt, *legitimatisierende* Funktion zukam, die primären handlungsleitenden Motive jedoch aus viel basaleren Ebenen von Sozialstruktur, Weltansicht und Werthaltungen abzuleiten sind. „Lebensunwertes Leben“ kann nicht und konnte nie als wertfreier, „wissenschaftlicher“ Begriff gelten, und

„Arbeitsfähigkeit“ als Selektionskriterium zwischen Leben und Tod entspringt wohl u. a. brutalem, „rationalen“ Kalkül, kann aber schwerlich als *Folge* psychiatrischer Theoriebildung bzw. ihres Elaborationsgrades aufgefasst werden. Annehmen lässt sich freilich eine *korrelative* Beziehung. Fetischisierung von „Arbeit“ und „Leistung“, von Konflikt und „Recht des Stärkeren“ (u. a. im sogenannten „Sozialdarwinismus“), abstrakt-rationale Perspektive auf Gesellschaft wie Individuum, welche zugleich auch – virtuell – völlig zur Disposition (der jeweiligen „Entscheidungsträger“) gesetzt werden, Verwissenschaftlichung der menschlichen Erfahrung insgesamt, Technisierung und Ökonomisierung der Lebenswelten sind ja allesamt Prozesse, die innerhalb *desselben sozialen Gefüges* – der sich „modernisierenden“ westlich-europäischen Gesellschaften – auftraten.¹⁰

Der Einfluss wissenschaftlicher Theoriebildung als autonomer Faktor auf gesellschaftliche Prozesse sollte daher niedriger angesetzt werden, als dies gegenwärtig teils der Fall ist. Nun ist auf die psychiatrische Nosologie im Speziellen zurückzukommen: Eine Beurteilung ihres Einflusses auf evaluative Einstellungen gegenüber psychisch Kranken muss besonders vorsichtig und differenziert erfolgen: Für nahezu jede Bezeichnung für psychisches Kranksein lässt sich auch eine stigmatisierend-abwertende Verwendungsfunktion aufweisen, die zu irreführenden Schlüssen Anlass geben könnte.¹¹ Tatsächlich gibt es nämlich gravierende Unterschiede: Begriffe wie „Epilepsie“, aber auch „Verrücktheit“ oder „Schwachsinn“ spielten etwa in der eugenischen Diskussion eine Rolle und wurden auch von der nationalsozialistischen „Psychiatriepolitik“ verwendet; jedoch erschöpft sich ihr Bedeutungsgehalt nicht in negativen Wertsetzungen, vielmehr verbinden sich mit ihnen – wenigstens innerhalb der Medizin – relativ klar umrissene Vorstellungen von psychopathologischen Zustandsbildern; diese Begriffe haben mehr oder weniger „eindeutige“ referentielle Funktionen, denen sie ihr Bestehen im psychiatrischen Expertendiskurs auch verdanken, appellative Funktionen erscheinen demgegenüber sekundär, weniger bedeutsam und nachträglich im Sprachgebrauch hinzugetreten.¹² Anders verhält es sich freilich mit Begriffen wie „Degeneration“ oder „Minderwertigkeit“. Hierbei handelt es sich tatsächlich um *polemische* Be-

zeichnungen: Ein vehementer – und eindeutiger – appellativer Gehalt steht hier eindeutig im Vordergrund vor einer sehr heterogenen, diffusen referentiellen Funktion, nicht konkrete Orientierungsleistung bei der individuellen Behandlung Kranker, sondern weltanschauliche Orientierung wird hier geboten. Nicht-polemische Krankheitsbegriffe der Medizin zielen auf die Herausarbeitung eines *bestimmten, vergleichsweise begrenzten Phänomens* aus einer *umfangreichen Gesamtheit* von Erscheinungen ab – z. B. „Schizophrenie“ als eine Krankheitsform und Teilmenge aller „psychischen Erkrankungen“ –; dieses Kriterium unterscheidet sie von *polemischen Begriffen* in der Medizin, welche charakteristischerweise keine „Krankheitsbegriffe“ sind, da sie nicht feststehende Symptomkomplexe beschreiben und zu erklären versuchen, sondern, wie polemische Begriffe in anderen Bereichen auch, auf eine fixierte duale Schematisierung des menschlichen Daseins selbst hinzielen, auf eine Scheidung nach dem Muster „good“ – „evil“, Herren – Sklaven, Erwählt – Verdammt etc.; dieselbe Funktion haben die „anthropologisch“-„medizinischen“ Unterscheidungen „vollwertig“ – „minderwertig“ oder „degeneriert“ – „nicht-degeneriert“, es sind Generalbeurteilungen menschlicher Existenz.

Freilich verschränken sich referentielle, also wissenschaftlich nutzbare, und appellative Funktionen in teils – vor allem für die jeweiligen Akteure – schwer durchschaubarer Weise. In diesem Zusammenhang ist v. a. der Begriff „Degeneration“ von besonderem Interesse, suggerierte er doch, weit mehr als ein schlichtes (und damit fragwürdiges) Werturteil zu sein. Ihre Geschichte lässt die Degenerationstheorie dennoch weit mehr als spekulatives Postulat in der Folge sozialpolitischer, oder besser: anti-sozialpolitischer Überlegungen von Kreisen bürgerlicher Oberschichten erscheinen denn als integralen Bestandteil medizinischer Theorieentwicklung: Für den ersten einflussreichen Vertreter, den Ex-Kleriker Benedict Morel, meinte Degeneration überhaupt primär ein Ereignis im Rahmen der göttlichen Schöpfungsgeschichte. Beim zweiten „großen“ Entartungstheoretiker Valentin Magnan wird der Begriff noch unspezifischer, dafür aber quasi-naturwissenschaftliches Dogma; er bedeutet einen körperlichen, geistigen und/oder moralischen Defektzustand, welcher sich aber – das ist hier das Wichtigste –

näheren Klassifikationen seiner Ursachen entziehe!¹³

Man wird also weniger eine stärker wissenschaftliche Haltung der Medizin des 19. Jahrhunderts als solche verantwortlich machen für die schrecklichen Taten von „Normalen“ gegenüber „psychisch Abnormen“ im 20. Jahrhundert im Namen des „Gesamtwohls“ als ihren Missbrauch für oder ihre Verwechslung mit Ideologie. Dies bedeutet freilich nicht, dass die Vernaturwissenschaftlichung des Umgangs mit psychisch Kranken, wie sie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts stattfand, per se nicht auch – allerdings in ihren Motivations- und Kausalzusammenhängen eben sehr verschiedene – negative Folgen für die Betroffenen hatte. Diese sind im Gegenteil ausreichend belegt und Folge der weitgehenden Beschränkung der Perspektive und damit auch der Behandlung auf einen, nämlich den physikalisch-chemisch fassbaren Teilbereich des Menschseins. Dass die naturwissenschaftliche Forschung aber gerade auch im Bereich der Psychopathologie therapeutisch-humanitär immens Wertvolles hervorbrachte, wurde oben bereits verdeutlicht.

Abschließend sei noch etwas spezifischer auf die Psychopathologie der österreichischen Moderne eingegangen, und zwar auf das Lehrgebäude des Richard Freiherrn von Krafft-Ebing, welches sehr einflussreich war, aber schon von seinen Zeitgenossen auch ziemlich kontroversiell diskutiert wurde.

Krafft-Ebing gilt bis heute als einer der einflussreichsten „Entartungstheoretiker“ des deutschen Sprachraums. Im Folgenden soll aber gezeigt werden, dass ein pauschaler Schluss: „Entartungstheoretiker = Vertreter faschistoider Politik“, hier zu kurz greifen würde. Dies obwohl er zweifellos zur Verbreitung dieses diskriminierenden und die Legitimation von Inhumanität zweifellos begünstigenden Konzepts beitrug. Gerade bei Krafft-Ebing ist das Konzept von „Entartung“ sowie „Degeneration“ zwar deutlich als ein seinen psychiatrischen Beobachtungen künstlich aufgesetzter theoretischer Rahmen erkenntlich; die Funktion desselben ist jedoch keine antihumanitär-„sozial“-politische, dennoch eine in anderer Weise ideologische, eine „wissenschafts-ideologische“: „Entartung“ und „Degeneration“ sind hier Platzhalter, Zeichen, unter die alles Disparate, Unergründliche unter

dem Anschein einer Systematisierbarkeit und Erklärbarkeit zusammengefasst wird:

In der 6. Auflage des *Lehrbuchs der Psychiatrie* von Krafft-Ebing ist eine gesonderte, schematische Gegenüberstellung von „Psychoneurosen“ und „Psychischen Entartungen“ enthalten.¹⁴ Gegenüber Erkrankungen von „normalen“ Personen seien jene „Entartungszustände“ „constitutionell“, dabei durch „geringfügige Gelegenheitsursachen“ auslösbar, aber schwerwiegender und schwerer heilbar, zugleich leichter und „progressiv“ vererbbar, aber auch unregelmäßiger, dennoch „periodischer“; schließlich auch noch schwerer als klar krankheitswertig erkennbar. Alles, was an psychopathologischen Erscheinungen besondere explikative und wohl auch praktische Probleme bereitete, wurde augenscheinlich der „Entartung“ zugeschrieben, disparate Erscheinungen wurden einem einheitlichen, aber diffusen Gesamtbegriff gleichsam untergejubelt. In Krafft-Ebings Lehrgebäude gehen „Entartung“ und „Nicht-Entartung“ völlig durcheinander: So seien „diese beiden grossen Gruppen [der Entartung und Nicht-Entartung, Anm. C. W.] keine strikten Gegensätze“, sondern würden, „wie überall im organischen Leben, Uebergänge aufweisen“¹⁵; auch könne „ein gut veranlagtes Gehirn durch ein [...] schädigendes Moment (Trunk, sexuelle Excesse etc.) eine degenerative Constitution erwerben, welche der sich durch irgend ein gelegentliches Moment entwickelnden Psychose einen degenerativen Charakter aufdrückt“¹⁶. Betreffend den Verlauf einmal ausgebrochener „Entartungs-Erkrankungen“ hält Krafft-Ebing zwar das Morel'sche Gesetz der Progressivität für gültig, aber doch nicht allgemein, es könne im Gegenteil auch zu einem Rückgang der Krankheitserscheinungen in der Familienfolge kommen. Vor allem sei eine bemerkenswerte Wandelbarkeit der Krankheitsbilder zu konstatieren: „Die Transmutationen sind unzählig. Die verschiedensten Neurosen und Psychosen finden sich [...] neben- und [...] nacheinander“¹⁷. Überhaupt sei das „Irresein [...]“, seltene Fälle ausgenommen, der Effekt des Zusammenwirkens einer Mehrheit von Ursachen, deren Einzelwürdigung schwierig, deren Wirkungsweise vielfach unklar, deren klinischer Ausdruck vieldeutig ist und durch Interferenzwirkungen ein undeutlicher wird“¹⁸. Alles kann alles bedeuten, möchte man fast meinen. In

oben genannten Gegenüberstellung heißt es über die „Entartungen“ sogar:¹⁹

Alle Formen der Psychoneurosen [sic!] [sind] hier möglich, aber dann vorwiegend in schwererer organischer Form auftretend. Der Verlauf ist ein unberechenbarer; ganz bunter, regelloser Wechsel der verschiedensten Zustandsformen [...] vielfach ein Gemisch verschiedener ‚Formen‘. Die ganze Erkrankung ist demnach [...] unclassificirbar nach physio-psychologischem Eintheilungsprinzip [...].

Nachdem die wissenschafts-ideologische Funktion der Degenerationstheorie bei Krafft-Ebing als Pseudo-Erklärung beunruhigend komplexer und disparater Erscheinungen hervorgehoben wurde, soll nun die oben aufgestellte Behauptung, Krafft-Ebing hätte zugleich keineswegs eine Legitimation antihumaner, sozialdarwinistisch inspirierter Politik betrieben, anhand von Textstellen belegt werden: In diesem Zusammenhang ist vor allem nach dem therapeutischen und menschlichen Zugang des Autors zu den Kranken zu fragen. Der Degenerationist Krafft-Ebing war zugleich ein vehementer Humanist. Keine auf Menschenverachtung und -vernichtungweisenden Sätze finden sich in seinem Lehrbuch, nirgends spricht er sich für Zwangssterilisationen, geschweige denn Tötungen von Kranken aus; er gibt vielmehr vielfach umfangreiche, auf das Wohl der Patienten und Heilungs- bzw. Lindermöglichkeiten bedachte Anweisungen, und zwar – und das ist in puncto Sozialdarwinismus entscheidend – bei *allen* Krankheitsformen, auch den schwerwiegendsten, desperatesten und von ihm selbst zu „Entartungserscheinungen“ gerechneten. Ein deutliches Beispiel bietet seine Diskussion der hoffnungslosen Psychopathie des späteren 19. Jahrhunderts, der schon erwähnten progressiven Paralyse.²⁰

Fast scheint es müßig, bei einer so perniziösen Krankheit von einer Bekämpfung des ihr zu Grunde liegenden Processes zu reden. Sterben doch sämtliche Kranke, seltene und diagnostisch meist nicht ganz zweifelhafte Fälle ausgenommen [...]. Dies kann uns nicht von der Pflicht entbinden, die therapeutische Seite des Processes zu besprechen. [...] Ist die Diagnose auf Paralyse auch nur mit Wahrscheinlichkeit gestellt, so muss ungesäumt Alles in diätetischer Hinsicht aufgeboten werden, was zur Herstellung normaler Ernährungs- und Circulationsverhältnisse im Gehirn beitragen kann. [...] Geben doch die zuweilen noch spät eintretenden

Remissionen einen Fingerzeig, dass der Verlauf der Krankheit kein hoffnungslos unaufhaltsamer ist! [. . .] In den Endstadien der Krankheit ist bei den unreinlichen Kranken minutiöse Reinlichkeit, Bekämpfung der Harnverhaltung und ihrer Folgen, sowie des Decubitus, Sorge für warme Bekleidung von Nöthen. Auch die Fütterung muss sorgsam gehandhabt werden (nur kleine, weiche Bissen!), damit die Kranken nicht ersticken oder Pneumonie oder Lungengangrän [. . .] bekommen.²¹

Hier wird ganz offensichtlich, wie weit Krafft-Ebings Gesinnung von der der Propagandisten der „Euthanasie“ entfernt gewesen sein muss, obwohl er das unheilvolle Vokabular des Entartungsdiskurses verwendete.

¹ Thomas SZASZ, Geisteskrankheit – Ein moderner Mythos, Reinbek bei Hamburg 1972 (zuerst amerik. 1961).

² Innerhalb der Psychiatriegeschichtsschreibung vertrat diese Position neuerdings: Edward SHORTER, Geschichte der Psychiatrie, Berlin 1999 (zuerst amerik. 1997).

³ Vgl. bes. Johannes SIEGRIST, Medizinische Soziologie. München–Wien⁵1995.

⁴ Michel FOUCAULT, Wahnsinn und Gesellschaft. Frankfurt/Main 1969 (zuerst frz. 1961). – Danach etwa Robert CASTEL, Die psychiatrische Ordnung, Frankfurt/Main 1979.

⁵ Vgl. zur langfristigen Entwicklung der psychiatrischen Theorie: Werner LEIBBRAND, Annemarie WETTLEY, Der Wahnsinn. Geschichte der abendländischen Psychopathologie, Freiburg–München 1961.

⁶ Alexander PILCZ, Lehrbuch der speziellen Psychiatrie, Leipzig–Wien²1909, 107.

⁷ Vgl. Julius WAGNER-JAUREGG, Lebenserinnerungen, hg. von Leopold SCHÖNBAUER, Marlene JANTSCH, Wien 1950, bes. einen Bericht der Herausgeber darin: Die Malariatherapie der progressiven Paralyse, 144–170.

⁸ Ernst KLEE, „Euthanasie“ im NS-Staat, Frankfurt/Main 1985, 93

⁹ Ebda, 118.

¹⁰ Die Soziologie beschäftigte sich seit ihrem Entstehen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wesentlich mit derartigen Fragestellungen, verwiesen sei nur auf das Werk Max WEBERS.

¹¹ Vgl. die klugen Überlegungen bei Christian MÜLLER, Wer hat die Geisteskranken von den Ketten befreit? Skizzen zur Psychiatriegeschichte. Bonn 1998, 43–48.

¹² Vgl. Umberto ECO, Einführung in die Semiotik, München⁹2002.

¹³ Vgl. LEIBBRAND, WETTLEY, Wahnsinn, bes. 519–545.

¹⁴ KE, A6, 278 f.

¹⁵ KE, A6, 277.

¹⁶ Ebda.

¹⁷ KE, A1, II. 154.

¹⁸ KE, A6, 276.

¹⁹ KE, A6, 279.

²⁰ Die ersten therapeutischen Fortschritte machte in den 1890er Jahren Wagner-Jauregg, breit einsetzbar wurden sie erst nach seiner Entdeckung der Malariatherapie 1917. – Vgl. WAGNER-JAUREGG, Lebenserinnerungen.

²¹ KE, A6, 580–582, ebenso wie schon KE, A1, II, 158–161.