

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
der Ludwig-Maximilians-Universität München  
Direktor: Prof. Dr. med. H.-J. Möller

# **Auseinandersetzung mit Kraepelins Werk in den Jahren 1900 bis 1960**

Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von  
Ulrich Palm  
aus Rosenheim

**2006**

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
Der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. H.-J. Möller

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. D. Pongratz

Mitbetreuung durch den

Promovierten Mitarbeiter: Dr. med. A. Strauss

Dekan: Prof. Dr. med. D. Reinhardt

Tag der mündlichen Prüfung: 11.05.2006

# Auseinandersetzung mit Kraepelins

## Werk in den Jahren 1900 bis 1960

### Inhaltsverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| <b>Einleitung</b>  | 1  |
| <b>Auseinandersetzung mit Kraepelins Werk in den Jahren 1900 bis 1914</b>                        |    |
| THALBITZER: „Melancholie und Depression“   | 7  |
| HOCHÉ: „Kritisches zur Psychiatrischen Formenlehre“  | 11 |
| SOUTZO: „La psychiatrie moderne et l’oeuvre du<br>professeur Kraepelin“                          | 12 |
| FAUSER: „Zur Kenntnis der Melancholie“   | 13 |
| WALKER: „Über manisch-depressive Psychosen“  | 15 |
| ANTHEAUME, RÉGIS, GILBERT, BALLEST, VALLON, PAITHAS, DENY,<br>DUPRÉ: „Les psychoses périodiques“ | 16 |
| HÜBNER: „Klinische Studien über Melancholie“   | 23 |
| THALBITZER: „Die manio-depressive Psychose –<br>Das Spannungsirresein“                           | 27 |
| DREYFUS, URSTEIN, ABRAHAM, FORSTER:<br>Diskussion über das manisch-depressive Irresein           | 30 |
| BUMKE: „Über die Umgrenzung des manisch-<br>depressiven Irreseins“                               | 35 |
| HOCHÉ: „Die Melancholiefrage“  | 37 |
| BLEULER: „Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien“                                       | 38 |
| HOMBURGER: „Die Literatur des manisch-depressiven  |    |

|          |   |    |
|----------|---|----|
|          | Irreseins 1906-1910“  | 40 |
| HOCHE:   | „Die Bedeutung der Symptomenkomplexe<br>in der Psychiatrie“ | 43 |
| JASPERS: | „Allgemeine Psychopathologie“                               | 44 |

### **Auseinandersetzung mit Kraepelins Werk in den Jahren 1914 bis 1926**

|              |   |    |
|--------------|---|----|
| KRETSCHMER:  | „Gedanken über die Fortentwicklung der<br>psychiatrischen Systematik“                 | 47 |
| HALBERSTADT: | „Une question de doctrine psychiatrique.<br>La psychose délirante dégénérative aigue“ | 49 |
| MEYER:       | „Constructive Formulation of Schizophrenia“   | 50 |
| CLAUDE:      | „Les psychoses paranoïdes“  | 52 |
| KEHRER:      | „Die Stellung von Hoches ‚Syndromenlehre‘<br>in der heutigen Psychiatrie“             | 54 |
| MAUZ/ GAUPP: | „Krankheitseinheit und Mischpsychosen“  | 55 |

### **Nekrologe 1926-1928**

|               |   |    |
|---------------|---|----|
| BUMKE:        | „Emil Kraepelin †“  | 58 |
| V. HENNEBERG: | „Emil Kraepelin †“  | 59 |
| CLAUDE:       | „Nécrologie – Émile Kraepelin“                                | 60 |
| HALBERSTADT:  | „L’oeuvre psychiatrique de Kraepelin“                         | 61 |
| MEYER:        | „In Memoriam: Emil Kraepelin“                                 | 65 |
| BIRNBAUM:     | „Zur Revision der psychiatrischen<br>Krankheitsaufstellungen“ | 68 |

### **Auseinandersetzung mit Kraepelins Werk in den Jahren 1926 bis 1960**

|              |  |    |
|--------------|--|----|
| GRUHLE:      | „Kraepelins Bedeutung für die Psychologie“ | 70 |
| MAYER-GROSS: | „Die Entwicklung der klinischen            |    |

|            |   |    |
|------------|---|----|
|            | Anschauungen Kraepelins“  | 72 |
| DE BOOR:   | „Psychiatrische Systematik –<br>Ihre Entwicklung seit Kahlbaum“     | 74 |
| WYRSCH:    | „Zur Geschichte und Deutung der<br>endogenen Psychosen“             | 75 |
| SCHNEIDER: | „Kraepelin und die gegenwärtige Psychiatrie“                        | 78 |
| GRUHLE:    | „Emil Kraepelins 100. Geburtstag“                                   | 81 |
| KAHN:      | „Emil Kraepelin“  | 84 |
| WYRSCH:    | „Über die Bedeutung von Freud und<br>Kraepelin für die Psychiatrie“ | 85 |
| BRACELAND: | „Kraepelin, his system and his influence“                           | 87 |
| KAHN:      | „The Emil Kraepelin Memorial Lecture“                               | 90 |
| CONRAD:    | “Das Problem der ‘nosologischen Einheit’<br>bei Kraepelin“          | 91 |

## **Auseinandersezung mit Kraepelins Werk in den Jahren 1900 bis 1960 –**

### **Übersicht und zeitlicher Verlauf**

|  |            |
|--|------------|
| 1. Periode: 1900-1926  | 93         |
| 2. Periode: 1926-1928  | 99         |
| 3. Periode: 1929-1960  | 101        |
| Auseinandersetzung mit Kraepelins wissenschaftlicher Methodik<br>und Nosologie im zeitlichen Vergleich | 104        |
| Kraepelins Nosologie und die moderne Forschung   | 106        |
| Zusammenfassung  | 110        |
| <b>Literaturverzeichnis</b>  | <b>114</b> |

# Auseinandersetzung mit Kraepelins

## Werk in den Jahren 1900 bis 1960

### Einleitung

„Die Epoche Kraepelins ist noch nicht zu Ende.“

(SCHNEIDER 1956)

Das System der Geisteskrankheiten, wie es Kraepelin entwickelt hat, ist als Basis moderner psychiatrischer Diagnostik in DSM-IV und ICD-10 eingeflossen. Angestoßen durch den „Neo-Kraepelinianismus“ hat die Rückbesinnung auf Kraepelin bis heute zu einer langen Reihe von Publikationen und neuen Forschungsansätzen über Kraepelins Lehre, seine Methodik, sein Wissenschaftsverständnis, seine Nosologie, sein Weltbild und seine Person geführt. Nach wie vor beschäftigt sich auch die neuere Forschung mit den Auswirkungen von Kraepelins Nosologie auf die moderne psychiatrische Klassifikation und Diagnostik. BERRIOS und HAUSER (1988) haben in diesem Zusammenhang in ihrer Darstellung über die Geschichte von Kraepelins Klassifikationen festgestellt:

*"Psychiatry still lives in a Kraepelinian world and ist practitioners cannot escape the blinding embrace of its "episteme"."*

Während BERRIOS und HAUSER von einer „Verblendung“ durch Kraepelins Psychiatrie sprechen, zeigt JABLENSKY (1993) einen anderen Ansatz mit dem

Vergleich neuer und alter Krankenakten und deren Bewertung mit den jeweiligen zeitgenössischen diagnostischen Methoden. Er bemerkt in seiner Revision von Krankenakten des Jahres 1908 eine hohe Übereinstimmung von Kraepelins Einteilung mit den heutigen Diagnosen:

*"The high degree of correspondence between Kraepelin's clinical entities and current diagnostic concepts, and the reproducibility of the diagnostic groupings by statistical clustering, suggest that Kraepelin designed a robust diagnostic classification which may still possess high clinical validity and should merit a further research on contemporary case material."*

Laut JABLENSKY zeigt sich Kraepelins System als stabile Konstruktion, die auch mit modernen Krankenakten weiter verglichen werden sollte, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszufinden. Auf den gleichen – allgemein gefassten – Sachverhalt verweist PAUL HOFF (1994b) in seinem Buch „Emil Kraepelin und die Psychiatrie als klinische Wissenschaft“. HOFF sieht ganz ähnlich wie JABLENSKY Übereinstimmungen in den Fragestellungen der psychiatrischen Methodik zwischen früher und heute. HOFF beschreibt dies in der Zusammenfassung als 4. These:

*"Das seit einigen Jahren stark zunehmende Interesse an Kraepelins Psychiatrie ist kein Zufall. Es beruht auf der teilweise verblüffenden Parallelität der Fragestellungen, mit denen Kraepelin und die Psychiatrie des ausgehenden 20. Jahrhunderts konfrontiert waren und sind. Hier liegt die Kraepelinforschung für das Selbstverständnis der klinischen Psychiatrie."*

Für FRANZ KOHL (1999) ist Kraepelins Nosologie die Grundlage moderner Diagnostik, die zwar durch moderne Forschungsergebnisse abgewandelt, in ihrem Kern aber Bestand haben wird. Auch KOHL stimmt damit im Urteil über die Einordnung von Kraepelins Lehre in die heutige Psychiatrie mit den beiden vorhergehend zitierten Autoren überein:

*"Keine künftige psychiatrische Klassifikation oder Nosologie wird an Kraepelins Ansatzpunkten vorbeigehen können, auch wenn neue Erkenntnisse weitere Revisionen auch der modernen Diagnostiksysteme erforderlich machen."*

Mit der Arbeit von ION und BEER (2002), „The British reaction to dementia praecox 1893 – 1913“, ist neuerdings eine Arbeit erschienen, die sich mit der frühen englischen Reaktion auf Kraepelins Dementia-praecox-Konzept befaßt.

In der Einleitung schreiben ION und BEER, daß Kraepelins Dementia praecox und manisch-depressive Psychose auch in der modernen Psychiatrie ihre Geltung behalten haben:

*"The pre-Kraepelinian era had been dominated by concepts such as mania, melancholia and adolescent insanity. After Kraepelin these ideas were abandoned in favour of the two great concepts of dementia praecox and manic depressive insanity, both of which remain active within modern psychiatry in the form of schizophrenia and bipolar disorder."*

Die Stellung der modernen Psychiatrie zu Kraepelins Nosologie ist damit ausreichend belegt. Bei genauerer Betrachtung von Kraepelins Methodik und seinem Wissenschaftsverständnis zeigen sich aber unterschiedliche Meinungen in der Bewertung aus heutiger Sicht. JABLENSKY (1993) beschreibt Kraepelins Zugang zur Wissenschaft wie folgt:

*"Kraepelin approached the study of mental disorders as a natural scientist. He relied on objective observation but was fully aware of the problems of observer bias and reliability; he introduced the psychological and pharmacological experiment, as well as statistics, in clinical research; maintained a keen interest in technological innovation; and regarded nosological groupings as working hypotheses in continual need of testing and reformulating."*

JABLENSKY ist der Ansicht, daß Kraepelins Wissenschaftsverständnis auf Objektivität basierte, daß er sich aber des Problems der Reliabilität seiner Statistik



bewußt gewesen sei. Gegen diese Darstellung erklärt MICHAEL SHEPERD (1995a, 1995b) in zwei Artikeln ähnlichen Inhalts, daß die bei Kraepelin fehlende Einbeziehung von Statistik seine diagnostischen Methoden als subjektiv erscheinen lassen:

*"Seemingly unaware of the problems associated with sampling, observer bias and statistical analysis, Kraepelin conceded that despite his emphasis on objectivity there was a strong subjective element in his procedure.(...). Nowadays, such work would be viewed as a primitive exercise in clinical epidemiology, but with so many flaws as to render it unacceptable to any editor of a peer-review journal."*

Dies sei, so SHEPERD, auch den Zeitgenossen Kraepelins nicht entgangen, woraus Kritik und andere Zugangswege zur psychiatrischen Diagnostik entstanden seien.

Vor diesem Hintergrund der Stellung der modernen Psychiatrie zu Kraepelins Werk ergibt sich die **Fragestellung**, wie Kraepelins Zeitgenossen und Nachfolger auf seine Nosologie reagiert haben, denn Kraepelins Nosologie stellt in der überwiegenden Anzahl der kritischen Reaktionen den Hauptgesichtspunkt dar. Außerdem muß untersucht werden, ob und in wie weit die kritischen Stimmen von damals mit der heutigen Bewertung von Kraepelins wissenschaftlicher Methode übereinstimmen.

Es stellt sich somit die Frage, wie die Fachwelt – vor allem auch die deutsche – bei Erscheinen von Kraepelins Lehre reagiert hat, in zweierlei Hinsicht:

Zum einen muß untersucht werden, welche Kritikpunkte durch die damaligen Autoren an Kraepelins Nosologie vorgebracht wurden, zum anderen müssen die Reaktionen über einen zeitlichen Verlauf dargestellt werden, um einzelne Phasen unterschiedlicher Aufnahme von Kraepelins Werk voneinander abzugrenzen.

In der vorliegenden Arbeit wird versucht, die Auseinandersetzung in der Zeit von

1900 bis 1960 in drei Perioden darzustellen:

1. Mit Erscheinen von Kraepelins Lehrbuch der Psychiatrie in der 6. Auflage 1899 ist das nosologische Konzept in seiner Gesamtheit vorgestellt worden, ab 1900 sind erste Kritiken zu verzeichnen. Die Zeit bis zu Kraepelins Tod stellt eine Phase scharfer Kritik an Kraepelins Nosologie dar. Diese Periode wird geteilt durch den ersten Weltkrieg, nach dessen Ende die Kritik spärlicher wird.
2. Die zweite Periode in der Perzeption von Kraepelins Lehre dauert von 1926 bis 1928. Sie wird von Nachrufen auf Kraepelin geprägt und zeigt neben der Verklärung von Kraepelin und seinem Werk überwiegend Kritik an Einzelgesichtspunkten der Einteilung.
3. In die dritte Periode von 1929 bis 1960 fällt Kraepelins 100. Geburtstag. Kraepelin gilt in allen Schriften als anerkannte Autorität, Kritik findet sich wiederum nur spärlich und an einzelnen Gesichtspunkten. Im zeitlichen Verlauf der Reaktionen auf Kraepelins Lehre wird deutlich, daß Kraepelins Werk etwa ab dem Jahr 1920 bei den Fachgenossen anerkannt ist und ein hohes Ansehen genießt.

Bei der Bearbeitung der Fragestellung geht diese Arbeit folgendermaßen vor (Methodik der Untersuchung):

Aus den medizinischen Zeitschriften des europäischen und amerikanischen Raumes und aus Lehrbüchern der Jahre 1900 bis 1960 sowie aus Zeitschriften der Jahre 1960 bis 2005 wurden die Kraepelin und sein Werk betreffenden Beiträge herausgesucht. Die weitere Literaturrecherche ergab sich aus den jeweiligen Quellenhinweisen. Im Hauptteil der vorliegenden Arbeit wurde versucht, die vorhandene Literatur unter den Vorgaben der Fragestellung zu sichten. Die relevanten Artikel wurden gegliedert, kommentiert und zusammengefaßt. Der

Hauptteil der Arbeit ist in vier Abschnitte unterteilt, die sich an geschichtliche Eckdaten anlehnen: Auseinandersetzung mit Kraepelins Werk von 1900 bis 1914 (Vom Erscheinen des Lehrbuches bis zum Beginn des Ersten Weltkrieges), von 1914 bis 1926 (Kriegs- und Nachkriegszeit bis zum Tode Kraepelins), Nekrologe 1926 bis 1928 (Zweijährige Phase mit Nachrufen auf Kraepelin) und die Epoche 1929 bis 1960 (Zeit nach Kraepelin bis über seinen 100. Geburtstag hinaus).

# **Auseinandersetzung mit Kraepelins**

## **Werk in den Jahren 1900 bis 1914**

Mit der 6. Auflage seines Lehrbuches „Psychiatrie“, erschienen im Jahre 1899, hat Kraepelin sein Werk, das er über viele Jahre entwickelt und verändert hatte, in der Gesamtheit vorgestellt. Die 6. Auflage bildet den Ausgangspunkt der Kraepelinschen Nosologie, die zwar in den folgenden Jahren immer wieder verändert und erweitert wurde, in ihren Fundamenten aber als neuartige Einteilung der psychiatrischen Erkrankungen erhalten blieb. Die radikale Zerstörung althergebrachter Strukturen der psychiatrischen Krankheitslehre und die Aufteilung in einen manisch-depressiven und schizophrenen Formenkreis war der Ansatzpunkt für Kritik von Zeitgenossen und Nachfolgern, die die Einteilung als Ganzes oder nur die Einordnung von Subgruppen ablehnten. Ebenso gab es Stimmen, die Kraepelins großzügige Umgestaltung als notwendigen, reinigenden Einschnitt in der Psychiatrie betrachteten. In die unmittelbar auf das Erscheinen von Kraepelins Lehrbuch folgende Zeitspanne fällt die Mehrzahl der Reaktionen über Kraepelins Werk, ebenso ist in dieser Zeit die Diversität der Meinungen am größten.

### **SOPHUS THALBITZER: „Melancholie und Depression“, 1905**

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin, 62:775-786

Eine erste Reaktion stammt von SOPHUS THALBITZER, der bereits 1902 in seiner Dissertationsarbeit Kritik am Kraepelinschen System geübt hatte. Diese

Arbeit lag aber nur in der dänischen Originalversion vor. Für die deutschen Leser übersetzte und erweiterte THALBITZER seine Arbeit. Diese neue Version erschien 1905 in der „Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin“ unter dem Titel „Melancholie und Depression“. THALBITZER übt Kritik an der Trennung von Melancholie und manisch-depressivem Irresein durch Kraepelin und Weygandt anhand des Beispiels der agitierten Depression. Danach bespricht er die Trennung von manisch-depressivem Irresein und seniler Depression und die Vermischung von Melancholie und depressiven Wahnsinn. Zum Schluß rechtfertigt THALBITZER seine Sichtweise.

### **Kritik an der Trennung Melancholie/manisch-depressives Irresein:**

Die agitierte Depression, die nach Kraepelin „durch depressive Stimmung, motorische Exzitation und mehr oder weniger ausgesprochene Gedankenflüchtigkeit charakterisiert“ sein soll, dient THALBITZER als Ausgangspunkt für die Kritik an der Willkürlichkeit von Kraepelins Abgrenzung der Melancholie und des manisch-depressiven Irreseins:

*"Eben diese Mischform führt uns mit der Notwendigkeit auf die Erörterung der oben berührten Begrenzung, die Kraepelin in seinem manisch-depressiven Irresein ausführt, und deren Motiv schwer verständlich erscheint. (...). Schon 1899 (...) scheint es indessen, als ob Kraepelin einen gewissen Zweifel rücksichtlich der Möglichkeit der genannten Grenze zu Worte kommen läßt, indem er selbst die Schwäche seiner Anhaltspunkte hervorhebt."*

THALBITZER wendet Kraepelins Eingeständnis, daß es momentan unmöglich sei, zwischen einfacher oder periodischer Manie und der manischen Phase einer zirkulären Psychose zu unterscheiden, gegen Kraepelins Abtrennung der Melancholie von der manisch-depressiven Psychose an. THALBITZER ist der Ansicht, daß, wenn eine Einordnung aufgrund des Zustandsbildes schon bei der Frage von einfacher Manie oder zirkulärer Psychose nicht möglich ist, dann erst

recht eine Trennung von Melancholie und zirkulärer Depression aufgrund des Zustandsbildes nicht möglich ist:

*"Wenn Kraepelin sagt: "es muß uns gelingen, aus dem Zustandsbilde selbst die Kennzeichen aufzufinden, die uns zeigen, ob ein gegebener Fall der einen oder anderen klinischen Gruppe angehört. Heute ist das noch nicht möglich, daß es aber überhaupt unmöglich sei, wird niemand behaupten wollen – ", so öffnet er in der Tat einem Gegner des manisch-depressiven Irreseins überhaupt die Möglichkeit, eben dasselbe Argument gegen Kraepelins Zusammenfassung der einfachen Manie und der zirkulären Psychose zu benutzen: Wir sind zwar nicht imstande, aus einem Zustandsbild zwischen einfacher oder periodischer Manie und einer manischen Phase in einer zirkulären Psychose zu unterscheiden; aber deshalb darf man nicht behaupten, daß es überhaupt unmöglich ist!"*

THALBITZER dreht Kraepelins oben genannte Argumente um verwendet diese gegen die Abgrenzung zwischen Melancholie und Depression:

*"Kraepelins jetziger Standpunkt in dieser Frage scheint mir halb und unhaltbar. (...). Ich müßte kein sterblicher Mensch sein, wenn ich der Versuchung widerstände, Kraepelins Worte gegen ihn selbst zu kehren und – mutatis mutandis – auszurufen: Bis auf den heutigen Tag hat man sich immer wieder abgemüht, die Melancholie und die zirkuläre Depression aus den Krankheitszeichen selbst voneinander abzugrenzen, aber stets vergebens, weil diese Grenze eine künstliche ist, von der die Natur nichts weiß. Wie ich 1902 schrieb, ist Kraepelins Motiv, eine eigene Melancholie aus der großen Gruppe von Stimmungsgeisteskrankheiten auszuscheiden, schwer verständlich."*

### **Kritik an der Vermischung von Melancholie und depressivem Wahnsinn:**

Im Weiteren schreibt THALBITZER nochmals über die Melancholie. Er ist entgegen Kraepelin nicht der Meinung, zwischen Melancholie und depressivem

Wahnsinn existierten Übergänge, sondern fordert eine deutliche Differentialdiagnose zwischen beiden:

*"Kraepelin meint, daß zwischen der Melancholie und dem depressiven Wahnsinn allmähliche Übergänge bestehen; ich glaube das nicht! Zwar weiß ich, daß es außerordentlich schwer sein kann, namentlich nach nur einem Gespräch und einer Untersuchung bestimmt zu entscheiden, ob ein vorliegender Fall eine Melancholie – eine echte Stimmungspsychose – mit mehr oder weniger barocken depressiven Wahnvorstellungen, oder ob es ein Fall von depressiven Wahnsinn, d. h. Wahnsinn mit (von dem Wahnsinn motivierter) Depression, ist, aber ich wage doch zu behaupten, daß diese Differentialdiagnose in den allermeisten Fällen gestellt werden kann und muß."*

### **Rechtfertigung:**

Im abschließenden Teil rechtfertigt THALBITZER seinen von Kraepelin abweichenden Kurs mit seinem stärkeren Bezug auf physiologische Ansätze und gesteht der manisch-depressiven Psychose eine Sonderstellung in der psychiatrischen Krankheitslehre zu. Eine Abgrenzung von Melancholie und Depression bezeichnet er nochmals für unmöglich:

*"Ich glaube jedenfalls, daß es natürlicher und leichter ist, eine bestimmte Grenze zwischen Melancholie mit depressiven Wahnvorstellungen und Wahnsinn mit Depression (depressiver Wahnsinn) als zwischen Melancholie und Depression zu ziehen."*

## **ALFRED HOCHÉ: „Kritisches zur psychiatrischen Formenlehre“, 1906**

Neurologisches Centralblatt, 25:430-432

HOCHÉ hielt bei der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in München 1906 ein Referat über psychiatrische Formenlehre. In den Sitzungsprotokollen findet sich eine Mitschrift ausgewählter Themenkomplexe durch Haenel.

In der kurzen Wiedergabe in indirekter Rede von HOCHÉs Referat finden sich zahlreiche **kritische Anmerkungen zu Kraepelins Formenlehre:**

*"Die heutige psychiatrische Formenlehre ist unbefriedigend, oft diagnostisch und prognostisch unklar, für den Unterricht unbrauchbar. Die letzten Jahre haben daran wenig geändert, auch Kraepelin nicht, der in seinem ganzen Lehrbuche noch "zahllose" Übergangsformen und Verwischung fast aller Grenzen anerkennen muß. (...). Die Differenzierung der Krankheitsbilder scheint an der Grenze des Möglichen angekommen, die Möglichkeit zur Aufstellung neuer Formen fraglich, es bleiben schließlich nur eine Summe einzelner Kranker übrig; alle Kriterien sind eins nach dem anderen entwertet worden."*

HOCHÉ äußert Kritik an Kraepelins Suche nach reinen Krankheitsformen, die für ihn eine nicht zulässige Anwendung von diagnostischen Methoden aus anderen Bereichen der Medizin darstellen. Eine Korrelation von Gehirnpathologie und psychischer Symptomatik sei nicht möglich:

*"Deshalb ist wohl die ganze Fragestellung falsch: was wir erstreben, ist etwas Unmögliches, eine unzulässige Übertragung aus anderen klinischen Disziplinen. Das Suchen nach reinen Typen wird aufhören müssen, die Parallele zwischen Organstörungen mit ihren Symptomen und Hirnstörungen mit ihren Symptomen ist prinzipiell unzulässig."*



## **SOUTZO: „La psychiatrie moderne et l’oeuvre du professeur Kraepelin“, 1906**

Annales médico-psychologiques, 9. Serie, III:243-257 und 403-420

SOUTZO, Psychiater in Bukarest, veröffentlicht 1906 in den „Annales médico-psychologiques“ einen mit „Revue critique“ überschriebenen Artikel zum Thema „La Psychiatrie Moderne et l’oeuvre du Professeur Kraepelin“. Neben einer Darstellung der Entwicklung von Kraepelins Lehre und der Unterschiede zur Arbeitsweise anderer deutscher Autoren (Wundt, Nissl, Alzheimer, Weygandt) gibt SOUTZO im zweiten Teil des Artikels einen zusammenfassenden Überblick über Kraepelins Lehrbuch.

### **Darstellung von Kraepelins Werk und dessen Entwicklung:**

Die Überschrift „Revue critique“ täuscht, denn an es findet sich keine negative Kritik, sondern SOUTZO ist voll und ganz mit Kraepelins Werk einverstanden. Gleich der erste Satz zeigt, Bezug nehmend auf die 7. Auflage von Kraepelins Lehrbuch 1904, daß SOUTZO Kraepelins Werk als die „Quintessenz“ der aktuellen psychiatrischen Lehre ansieht:

*"Si l'avancement de la science psychiatrique se constate au jour le jour par les innombrables travaux et articles de revues, dus à plume des plus compétents aliénistes, il n'est pas moins vrai que dans sa quintessence ce progrès semble se refléter d'une façon toute spéciale dans l'oeuvre du professeur Kraepelin, parue dernièrement."*

SOUTZO lobt die Erweiterung des Blickfeldes auf Pathoanatomie und Experimentalpsychologie, wie sie von Wundt begründet wurde. Allein bei der Bewertung des damals noch unfertigen und unausgereiften Werkes Kraepelins zeigt er ein gewisses Bedauern:

*"Aussi sous ce rapport, nous voyons, gagnant une importance particulière dans l'oeuvre de l'aliéniste, l'anatomie pathologique et la psychologie surtout expérimentale. Cette dernière branche, telle qu'elle fut créée par Wundt, commence à trouver avec Kraepelin et ses élèves une large application dans l'étude de la mentalité malade; mais malheureusement les résultats dans cette direction, bien qu'assez positifs à l'heure qu'il est, sont cependant encore peu nombreux et concluants, de nombreux obstacles venant heurter souvent ce genre de recherches si délicates."*

### **AUGUST FAUSER: „Zur Kenntnis der Melancholie“, 1906**

Centralblatt für Nervenheilkunde, 29:880-886

Neben einer Kritik an Kraepelins Trennung von juveniler Depression und Melancholie beschreibt FAUSER das klinische Bild der juvenilen Depression, einen Vergleich zur senilen Depression und ihre Einordnung in die Melancholie. Daraufhin macht er einen Vorschlag zur Einordnung der juvenilen Depression in die Melancholie.

#### **Kritik an der Trennung von juveniler Depression und Melancholie:**

Im Jahre 1906 hält Sanitätsrat FAUSER einen Vortrag mit dem Thema „Zur Kenntnis der Melancholie“. Er übt deutliche Kritik an der Einteilung der Melancholie durch Kraepelin und nennt als Beispiel die juvenile Depression, die sich nach seiner Auffassung vollständig mit der Kraepelinschen Melancholie decken würde, von Kraepelin aber in manisch-depressives Irresein, Dementia praecox, Hysterie oder Entartungsirresein eingeordnet sei:

*"Unter Melancholie versteht bekanntlich Kraepelin und nach ihm eine erhebliche Anzahl der heutigen Psychiater "alle krankhaften ängstlichen Verstimmungen der höheren Lebensalter, welche nicht Verlaufsabschnitte*

*anderer Formen des Irreseins darstellen". (...). Dagegen möchte ich darauf hinweisen – und hier scheint mir eine Abweichung von dem Kraepelin'schen Standpunkt vorzuliegen –, dass man doch nicht selten Depressionszustände auch im jugendlichen Alter beobachtet, die weder dem manisch-depressiven Irresein, noch der Dementia praecox, noch der Hysterie, noch den von Kraepelin ins Auge gefassten Formen des Entartungsirresein zugehören, sondern die sich nach Symptomen und Verlauf vollständig mit der Kraepelin'schen "Melancholie" decken, nur mit einem wesentlichen Unterschied – auf den ich später zu sprechen kommen werde – dass die Prognose in unseren Fällen eine günstige, bei der Kraepelin'schen Melancholie eine zweifelhafte ist, insofern nur bei einem Drittel der letzteren völlige Wiederherstellung zu erwarten ist."*

### **Vorschlag zur Einordnung der juvenilen Depression in die Melancholie:**

FAUSER wirft Kraepelin vor, nicht an die Fälle der jugendlichen Depression, die für ihn zur Melancholie gehören, gedacht zu haben, sondern sie in die Nähe der manisch-depressiven Gruppe gerückt zu haben. Nach der Darstellung seiner Auffassungen der jugendlichen Melancholie bietet FAUSER eine Änderung der Kraepelinschen Einteilung an, indem die juvenilen Fälle der Depression in die Gruppe der Melancholie eingereiht werden sollten:

*"In allen wesentlichen Punkten decken sich diese, hinsichtlich des einzelnen Anfalls prognostisch günstigen jugendlichen Fälle mit dem prognostisch günstigen Teil der von Kraepelin bisher ausschliesslich dem Präsenium und Senium zugewiesenen Melancholien. Es empfiehlt sich daher, jene Frühform mit diesen Spätformen unter Verzicht auf das Moment des Lebensalters zu einer gemeinsamen Gruppe zu vereinigen."*

## **ROBERT WALKER: „Über manisch-depressive Psychosen“, 1907**

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 42:788-868

WALKER beschreibt eine Übersicht über die bisherigen Einteilungen der manisch-depressiven Erkrankungen und die Neuerungen Kraepelins, verbunden mit der Darstellung von Fällen aus WALKERs Heilanstalt Waldau (Kanton Bern). Danach ordnet er die Fälle in die verschiedenen Krankheitsbilder ein, bezugnehmend auf die gängigen Lehrmeinungen.

### **Zustimmung zu Kraepelins manisch-depressiver Erkrankung:**

Im „Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten“ erschien 1907 eine klinische Studie von ROBERT WALKER zum Thema „Ueber manische und depressive Psychosen“. WALKER stimmt Kraepelins Konzept der Dementia praecox zu, weil dem „verbödenden“ Charakter der Krankheit Rechnung getragen werde und viele Patienten, bei denen Melancholie und Manie nur momentane Zustände der Dementia praecox sind, nun nicht mehr zu den Krankheitsbegriffen Manie, Melancholie oder zirkuläre Psychose gezählt würden:

*"Durch die neueren Forschungen Kraepelin's werden ein grosse Zahl von Kranken, welche früher zur Manie, Melancholie oder circulären Psychose gezählt wurden, aus dieser Gruppe ausgeschaltet und der Dementia praecox eingereiht. Kraepelin betont, in diesen Fällen sei die melancholische oder manische Stimmung nur momentanes Zustandsbild, sie habe mit dem Grundcharakter der Krankheit, der ein exquisit verblödendes, dissociatives, mit Gefühlsabstumpfung verbundenes Element in sich trage, nichts zu thun."*

FAUSER ist mit Kraepelins Neuordnung zwischen manisch-depressiver Psychose und Dementia praecox einverstanden, da durch sie eine sinnvolle Abgrenzung der Gruppen und eine Verbesserung der Prognostik möglich sei. Allerdings betont FAUSER, daß noch vieles unklar sei an Kraepelins Einteilung:

*"Ich halte diese Anschauung, die sich mehr und mehr Bahn zu brechen scheint, für vollkommen berechtigt und begrüße es daher, dass die Verblödungsformen mehr und mehr von den anderen Psychosen abgegrenzt werden, so dass eine reinliche, wissenschaftliche und zugleich praktische Scheidung der einzelnen Gruppen auch innerhalb der sogen. functionellen oder einfachen Störungen möglich wird, die für die Erkennung und Prognose der Psychosen nur von Nutzen sein kann. (...). So glänzend Kraepelin und seine Schüler diese neue Theorie auch darstellen, sie scheint doch nicht überall durchzuschlagen. Ja Kraepelin selber giebt zu, dass noch vieles unaufgeklärt sei."*

**ANTHEAUME, RÉGIS, GILBERT, BALLET, VALLON,  
PAITHAS, DENY, DUPRÉ: „Les psychoses périodiques“, 1907**

L'Encéphale, II:189-206

**Ablauf der Diskussion:**

Im August 1907 leitet ANTHEAUME eine Diskussion zwischen RÉGIS, BALLET, VALLON, PAITHAS und DENY zum Thema „Les Psychoses périodiques“ und Kraepelins Lehre. DUPRÉ nimmt keinen Bezug zu Kraepelin. Die Mitschrift der Diskussion gibt einen umfassenden Überblick über die Argumente von Befürwortern und Gegnern von Kraepelins Lehre in Frankreich.

1. ANTHEAUME: Übersicht über den Forschungsstand und die verschiedenen Schulen in der Psychiatrie, Darstellung der Neuerungen in Kraepelins System.
2. RÉGIS: 4 Thesen gegen Kraepelins Einteilungen mit Kritik an der Exklusivität der manisch-depressiven Erkrankung, an der beweislosen Annahme des Fehlens einer Remission bei sog. einfachen Zuständen mit Darstellung eigener Fallzahlen, an der erschwerenden Komplexität des Kraepelinschen Systems, an

der Annahme Kraepelins, Manie und Melancholie hätten denselben Ursprung. Zusammenfassung der Kritikpunkte.

3. BALLET: Begriffsklärung zur „folie maniaque dépressive“.
4. VALLON: Zustimmung zu den Thesen von RÉGIS.
5. PAITHAS: Kritik an Kraepelins Zusammenfassung verschiedener Psychosen im Begriff der manisch-depressiven Erkrankung.
6. DENY: Verteidigung der Kraepelinschen Zusammenfassung der manisch-depressiven Erkrankung.

In der Einleitung gibt ANTHEAUME eine Zusammenfassung über den Stand der Forschung in der Psychiatrie und über die verschiedenen Schulen. Hierbei wird auch auf die Unterschiede der Bewertung der manisch-depressiven Psychosen durch die verschiedenen Schulen hingewiesen. Neuerungen in Kraepelins Lehrbuch werden kurz erwähnt. Daraufhin ergreift RÉGIS das Wort.

**RÉGIS: Kritik an der ausschließlichen Gültigkeit der manisch-depressiven Erkrankung:**

RÉGIS ist Gegner der Kraepelinschen Lehre, im Speziellen der Auslegung der manisch-depressiven Psychose als einzig gültiger Einteilung im Formenkreis der manischen und depressiven Erkrankungen. Da die französische Schule sich der Kraepelinschen Nomenklatur der manisch-depressiven Psychose nicht angeschlossen hat, wird die Depression im Französischen traditionell mit „mélancholie“ betitelt. RÉGIS führt in der Diskussion vier Thesen gegen Kraepelins Lehre ins Feld. Im ersten Argument legt er Kraepelins Auffassung dar, daß Manie und Depression nie als einfacher Zustand vorkommen, weil sich ihre Symptomatik nicht von der zirkulären Psychose unterscheidet:

*"1° Un des arguments invoqués par Kraepelin pour démontrer que la manie et la mélancolie n'existent pas à l'état simple, c'est que les symptômes de ces*

*psychoses ne diffèrent en rien de ceux des psychoses intermittentes et circulaires."*

RÉGIS gibt an, diese Idee bereits vor Kraepelin gehabt zu haben und ist der Meinung, daß trotz einer manisch-depressiven Erkrankung sehr wohl die Einzelformen der Manie und Depression („mélancholie“) vorkommen können:

*"D'ailleurs, je ne vois pas en quoi le fait, pour la manie et la mélancolie, d'avoir une symptomatologie semblable à celle de la folie à double forme peut servir à prouver qu'il n'y a pas de manie et de mélancolie indépendantes."*

### **RÉGIS: Kritik an der Annahme eines Rezidivs bei allen Formen:**

Das zweite Argument nimmt keinen direkten Bezug zu Kraepelin. Im weiteren zitiert RÉGIS Kraepelin, der davon ausgehe, daß alle oder fast alle Fälle der vermeintlich einfachen Manie und Depression rezidivieren würden und daß die einfache Form deshalb nicht existiere. Für RÉGIS fehlen aber hierzu die Beweise:

*„2° (...). 3° J'arrive à un troisième argument que voici: Tous ou presque tous les cas de manie ou de mélancolie prétendue simple, disent Kraepelin et ses adeptes, récidivent; la forme simple n'existe donc pas. Voilà, à mon sens, un argument capital et devant lequel je suis prêt à m'incliner, s'il est établi. Malheureusement, c'est là encore une affirmation sans preuves (...)."*

RÉGIS stellt dann seine eigenen Fallzahlen vor und kommt zum Ergebnis, daß lediglich 26% aller einfachen Fälle ein Rezidiv aufweisen und stellt damit Kraepelins Thesen in Frage.

### **RÉGIS: Kritik an Exklusivität und Komplexität des Kraepelinschen Systems:**

Danach bringt RÉGIS ein viertes Argument, jetzt auch gegen den Kraepelin-Anhänger DENY gerichtet. DENY ist mit Kraepelin der Meinung, daß weder Manie noch Depression einfache Zustände hätten, sondern jeweils auch

entgegengesetzte Symptome enthalten, bis hin zu den Mischzuständen, die manischen und depressiven Elementen zusammengesetzt sind:

*"4° Voici un quatrième argument, sur lequel insiste M. Demy, dans son exposé des conceptions du savant professeur de Munich: La manie et la mélancholie sont si peu des états simples qu'elles s'associent et se combinent l'une avec l'autre. La manie s'accompagne fréquemment de symptômes mélancoliques et inversement, la mélancholie offre des concomitances maniaques. Il est même commun d'observer des états mixtes, c'est-à-dire, des composés de manie et de la mélancholie."*

RÉGIS beschuldigt Kraepelin, die althergebrachten und bewährten Fundamente der Psychiatrie zu zerstören und neben ihnen neue, kompliziertere und vielfältigere Formen aufzubauen. RÉGIS ist der Meinung, daß man durch einen Wechsel der Theorie sicherlich keinen Gewinn an Klarheit, Vereinfachung und Präzision haben wird:

*"Je ne suivrai pas Kraepelin dans le détail de la théorie des états mixtes: cela nous entraînerait trop loin; car – et il y a là un fait curieux – tandis que le savant psychiâtre allemand sape les fondements de la psychiatrie traditionnelle et démolit les formes les plus anciennes et les mieux assises, il réédifie à côté des formes nouvelles, plus complexes et plus variées. (...). La liste n'est peut-être pas close, en tout cas elle suffit qu'elle est à nous montrer qu'en changeant de théorie nous gagnerions certainement pas en clarté, en simplicité et en précision."*

RÉGIS wird im darauffolgenden Abschnitt noch deutlicher in der Darstellung der Kritik an Kraepelins Einteilung und stellt mit bildlichen Vergleichen Kraepelins Ausschließlichkeit der manisch-depressiven Erkrankung in Frage. RÉGIS erklärt, daß, wenn zwei Farben gemischt eine weitere Farbe ergäben, die Ausgangsfarben sehr wohl als einzelne weiter bestehen könnten. Ebenso verhielte es sich mit



Pneumonie und Pleuritis, die zwar kombiniert als Pleuropneumonie auftreten könnten, aber auch jede für sich als einzelnes Krankheitsbild:

*"J'ai déjà mentionné plus haut que de ce que deux corps simples peuvent se combiner pour former un corps composé, il n'en résulte pas qu'ils cessent d'exister à l'état simple. Je rappelle ici encore cette vérité et, l'appliquant à la comparaison dont s'est servi M. Antheaume pour expliquer les états mixtes, je dis lorsque deux couleurs composent par leur combinaison une couleur mixte, il ne s'ensuit pas pour cela que ces deux couleurs n'existent pas. Je pourrais trouver d'autres comparaisons dans le domaine médical lui-même et dire, par exemple, que parce qu'il y a une pleuro-pneumonie, la pleurésie et la pneumonie n'en ont pas moins le droit de se présenter l'une sans l'autre."*

### **RÉGIS: Kritik an Kraepelins Meinung, Manie und Melancholie hätten denselben Ursprung:**

Nachdem RÉGIS sehr deutlich seine Meinung über die Kraepelinsche Lehre kundgetan hat, bringt er ein fünftes und letztes Argument gegen Kraepelin, in dem er die „Quintessenz“ der Kraepelinschen Lehre angreift. RÉGIS kritisiert die Kraepelinsche Auffassung, Manie und Depression („mélancholie“) hätten denselben Pathomechanismus und seien damit der gleiche Zustand und nur in der Erscheinung verschieden. Er ist vielmehr der Meinung, Manie und Depression seien entgegengesetzte Zustände, die zwar zur gleichen Familie gehörten, aber sehr wohl unterscheidbar und symptomatisch entgegengesetzt seien:

*"5° J'arrive finalement à un argument qui quintessencie pour ainsi dire la théorie de Kraepelin, et que voici: La manie et la mélancholie ont la même origine, le même mécanisme pathologique: il s'agit donc, au fond, de même état. D'après cette manière de voir, la manie et la mélancholie ne sont différentes qu'extérieurement en apparence. En réalité, elles sont semblables. La manie n'est pas une hyper et la mélancholie une hypo. L'une et l'autre sont*

*des hypo et résultent d'un trouble par inhibition psychique. (...). La manie et la mélancholie sont bien deux états pathologiques appartenant à la même famille, ayant la même source et le même fondement. (...). Mais elles n'en sont pas moins dissemblables, et même symptomatiquement contraires. L'une est l'opposée de l'autre."*

### **RÉGIS: Zusammenfassung der Kritikpunkte:**

Zusammenfassend gibt RÉGIS nochmals einen Überblick über seine Standpunkte und stellt die Frage, warum die Anhänger Kraepelins bereit sind, die wiederholten Veränderungen und Umstellungen des Konzepts durch Kraepelin ohne Einwände mitzutragen. Für RÉGIS ist dies ein Zeichen, daß Kraepelins Theorien brüchig, unbeständig und veränderlich sind.

Die ständigen Neudefinitionen der Einteilung haben seiner Meinung nach keine Haltbarkeit gegenüber den althergebrachten Theorien. RÉGIS bekräftigt nochmals seine bereits vorgetragene Ansicht, daß Manie und Depression („mélancholie“) als eigenständige Krankheitsbilder durchaus ihre Berechtigung haben:

*"Kraepelin vient d'abandonner cette mélancolie d'involution ou présénile qu'il avait créée, pour la fondre elle aussi, dans le cadre de la folie maniaque-dépressive. Que vont faire ses partisans? S'ils le suivent dans cette voie et rejettent comme lui la mélancolie présénile, ils auront montré une fois de plus par un exemple frappant combien les théories du savant allemand, qu'ils nous proposent de substituer à nos théories doctrinales séculaires, sont fragiles, variables et inconsistantes. S'ils gardent la mélancolie présénile, malgré Kraepelin, on leur opposera fort justement qu'ils sont plus royalistes que le roi. Pour moi, je ne puis que répéter, en finissant ce que j'ai dit ailleurs: Je continue de croire que la manie et la mélancolie sont bien réellement des types cliniques et qu'elles ont droit, beaucoup plus légitimement même que certaines créations nouvelles autrement discutables, à une place dans les classifications."*

### **PAITHAS: Kritik an der Zusammenfassung verschiedener Psychosen in der manisch-depressiven Erkrankung:**

PAITHAS hadert mit den Krankheitsbegriffen und Krankheitseinheiten Kraepelins bezüglich dem manisch-depressiven Irreseins. Er glaubt, der Begriff „manisch-depressiv“ könne ebensogut auf die Dementia praecox angewandt werden. Der Begriff „Irresein“ sei viel zu umfassend, als daß man daraus eine „psychopathische Einheit“ heraustrennen könne:

*"A mon sens, je le répète ici, l'alternance est un caractère beaucoup trop compréhensif, pour particulariser une entité psychopathique quelconque: (...)."*

### **DENY: Verteidigung der Kraepelinschen Einteilung der manisch-depressiven Erkrankung:**

Als letzter nimmt DENY Bezug auf Kraepelin. Er ist der Meinung daß es reine manische oder depressive Zustände nicht gibt und daß deswegen die Kraepelinsche Einteilung der Mischzustände durchaus berechtigt sei. Die reinen Zustände der Manie und Depression („mélancholie“) seien „außergewöhnlich“ und meistens bleibe nach zwei oder drei manischen Phasen eine weitere aus und stattdessen würde eine depressive Periode beobachtet. Man müsse man die Krankheit als Ganzes sehen und nicht nur die einzelnen Symptome, daher verdiene das Krankheitsbild den Namen manisch-depressiv. DENY führt als Argument die Kraepelinschen Fallstudien zu den Mischzuständen an, bei denen zeitgleich manische und depressive Symptome vorhanden seien, im Gegensatz zur zirkulären Psychose, bei der sich die Symptome abwechseln:

*"Je ferai remarquer tout d'abord que, de l'avis de toutes les auteurs, les cas de manie périodique ou de mélancolie périodique pures ou sans mélange sont exceptionnels. Le plus souvent on observe deux ou trois accès de manie, puis un beau jour, au lieu de l'accès de manie attendu, on se trouve en présence d'un accès mélancolique. (...). Par conséquent, en envisageant l'ensemble de*

*la maladie et non chaque accès en particulier, on est déjà en droit de dire que ces accès pris en bloc méritent le nom de maniaques-dépressifs, puisque les uns sont à forme maniaque, les autres à forme dépressive. (...). Enfin un dernier argument qui à lui seul suffirait à faire substituer l'expression de psychose maniaque-dépressive à toutes les autres, c'est l'existence des états mixtes si bien étudiés par M. Kraepelin, états de beaucoup les plus nombreux dans lesquels les phénomènes d'excitation et de dépression coexistent, se mélangent et s'enchevêtrent, au lieu de succéder comme dans la folie à double forme ou dans la psychose circulaire; (...)."*

### **HERMANN HÜBNER: „Klinische Studien über Melancholie“, 1908**

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 43:504-559

Beginnend mit einer vergleichenden Darstellung der gängigen Schulen in der Psychiatrie stellt HÜBNER mehrere klinische Fälle mit Bezug zu Kraepelins Involutionmelancholie und zur manisch-depressiven Psychose sowie zu anderen Schulen (Fauser, Weygandt, Ziehen, Thalbitzer) vor. Er kommt zu dem Schluß, daß eine Trennung von Involutionmelancholie und manisch-depressivem Irresein nicht sinnvoll ist.

#### **Kritik an Kraepelins Involutionmelancholie:**

HÜBNER ist bei der von Kraepelin benutzten Einteilung der Krankheiten anderer Meinung. HÜBNER stellt jeweils Krankheitsfälle detailliert vor, danach geht er auf die Einordnung dieser Fälle durch verschiedene Lehren ein. Die erste Schilderung mit Bezug auf Kraepelin ist die Anamnese eines jungen Mannes mit Gefühlsverstimmung, Schlaflosigkeit, Angst, Unruhe, Selbstmordgedanken. HÜBNER ist der Meinung, dieser Fall gehöre nicht in die Gruppe der

Involutionsmelancholie. Nach einem weiteren Fallbeispiel kommentiert HÜBNER die Einordnung und kommt zu dem Schluß, daß die von ihm geschilderten Fälle sich nicht mit der Kraepelinschen Melancholie decken:

*"Um zusammenzufassen, scheint es sich mithin, soweit die bisherigen Ermittlungen ergeben haben, um eine auf dem Boden der Degeneration erwachsene, durch Sinnestäuschung mit nachfolgender trauriger Verstimmung charakterisirte Geistesstörung zu handeln, deren Identität mit der Kraepelin'schen Melancholie nach den vorstehenden Ausführungen gewiss nicht ohne jegliche Berechtigung in Zweifel gezogen werden kann."*

### **Zustimmung zur Einordnung der Manie in die zirkuläre Psychose, Kritik an der Abgrenzung Melancholie/manisch-depressives Irresein:**

Auch zum Thema der Abgrenzung von Melancholie und manisch-depressivem Irresein in Kraepelins Lehrbuch nimmt HÜBNER Stellung. Er begrüßt die Einordnung der Manie in das „circuläre Irresein“ und unterstützt Kraepelins Meinung, daß die einfache Manie „unmerklich“ nach mehreren Episoden in die periodische Form überginge und bei genauer Betrachtung auch mit depressiven Stadien gepaart sei, womit der Begriff der zirkulären Psychose gerechtfertigt sei:

*"In dem Abschnitte seines Buches, in welchem Kraepelin den Begriff des manisch-depressiven Irreseins so präcisirt, wie er ihn in der weiteren Darstellung abgegrenzt wissen will, geht dieser Autor auch auf die sog. einfache Manie näher ein. Er führt aus, dass es ihm nicht angängig erscheint, dieselbe aus dem Bereiche des circulären Irreseins auszuschliessen, da zwischen dem Letzteren, der periodischen und einfachen Manie fließende Übergänge existierten. "Von der einfachen Manie führen die zahlreichen Beobachtungen mit 2, 3, 4 Anfällen im Leben ganz unmerklich zur periodischen Form hinüber, und von dieser gelangen wir zum circulären Irresein durch jene Fälle, in denen immer deutlichere depressive Vor- und Nachstadien das reine*

*Bild der Manie allmählich trüben, oder in denen die lange Reihe der manischen Anfälle unvermuthet durch einen Depressionszustand unterbrochen wird." Die Richtigkeit der obigen Ausführungen wird niemand bestreiten können."*

Im folgenden verwirft HÜBNER Kraepelins Sonderstellung der Melancholie gegenüber dem manisch-depressiven Irresein. HÜBNER ist vielmehr der Meinung, daß auch von der Melancholie zum „circulären Irresein“ zahlreiche Übergänge bestehen, was die genaue Betrachtung von Krankengeschichten beweisen würde. Eine Abgrenzung der feinen Übergänge zwischen der zyklischen Form der manisch-depressiven Psychose und einer Melancholie in höherem Alter sei unmöglich:

*"Es liegt aber angesichts dieser Tatsachen die Frage nahe, ob nicht auch zwischen der einmaligen Melancholie – der Psychose, welcher Kraepelin eine klinische Sonderstellung einräumen zu müssen glaubt – und dem manisch-depressiven Irresein gleichfalls so zahlreiche Übergänge bestehen, dass jene Abgrenzung illusorisch erscheint. Und in der That, wenn man eine grössere Reihe Krankheitsgeschichten von circulären, periodisch Melancholischen und Altersmelancholikern nebeneinander hält und sich dann die Frage vorlegt, wo die Grenze zwischen der Kraepelin'schen Melancholie und dem circulären Irresein zu ziehen sei, dann wird man bekennen müssen, dass es unmöglich ist, eine solche Grenze zu finden. Von den typisch cyclisch verlaufenden Fällen bis zur einmal im höheren Alter auftretenden Melancholie giebt es unendlich feine Uebergänge, die jede Abgrenzung illusorisch machen."*

HÜBNER zitiert nun THALBITZER, der bereits dargelegt hatte, daß zwischen Melancholie und manisch-depressiver Erkrankung Übergänge bestünden. Eine Grenzziehung zwischen diesen beiden Formen ist für HÜBNER damit lediglich für Lehrzwecke sinnvoll, nicht aber für eine ätiologische Einteilung:

*"Schon Thalbitzer hat darauf hingewiesen, dass dasjenige, was Kraepelin für die sog. "einfache" Manie gesagt hat, auch für die einmal im Leben auftretende Melancholie gelten könnte. Dass von ihr zum circulären Irresein fliessende*

*Übergänge vorhanden sind, steht, wie die obigen Ausführungen gezeigt haben, ausser Zweifel. Es wird auch wohl kaum zu bestreiten sein, dass jede Grenze, wo auch immer man sie zieht, als eine künstliche erscheinen muss, der allenfalls zu Lehrzwecken, niemals aber als ätiologisches Eintheilungsprincip eine gewisse Daseinsberechtigung zuzuerkennen sein dürfte."*

### **Zusammenfassendes Urteil:**

Im letzten Abschnitt seiner Arbeit faßt HÜBNER seine Ergebnisse zusammen. Hierbei heißt es, daß die „meisten Autoren“ die von Kraepelin geforderte Trennung zwischen Melancholie und manisch-depressiver Erkrankung nach ihren klinischen Studien nicht bestätigen würden:

*"Die meisten Autoren, welche sich mit den einschlägigen Forschungen beschäftigt haben (...), haben die von Kraepelin u. a. angegebenen ätiologischen Unterschiede zwischen der Involutionmelancholie und dem circulären Irresein nicht gefunden. Wenn man diese Thatsache mit dem verbindet, was sich beim Studium der klinischen Erscheinungen und des Verlaufes beider Erkrankungen ergeben hat, dann wird man sich dahin zusammenfassen dürfen, dass es bei dem heutigen Stande unserer Kenntnisse nicht angängig erscheint, die Involutionmelancholie vom manisch-depressiven Irresein zu trennen."*

## **SOPHUS THALBITZER: „Die manio-depressive Psychose – Das Spannungsirresein“, 1908**

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 43:1071-1111

Beginnend mit der Entwicklung des Begriffs der manisch-depressiven Psychose und dem Vergleich verschiedener Schulen stellt THALBITZER eigene Fälle vor und schließt mit der Beschreibung der Entwicklungsstadien einer Psychose und der exogenen Einflüsse bei der Entstehung von Psychosen.

### **Allgemeine Kritik an Kraepelins manisch-depressiver Psychose:**

Im „Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten“ wurde 1908 ein Artikel von SOPHUS THALBITZER zum Thema „Die manio-depressive Psychose – Das Spannungsirresein“ veröffentlicht, eine THALBITZER, bekannter Kritiker Kraepelins, wettet auch sogleich gegen Kraepelins Einteilung, wobei er Kraepelins Trennung von Melancholie und manisch-depressiver Psychose ein weiteres Mal als unhaltbar bezeichnet:

*"Unter dem Namen "das manisch-depressive Irresein" sammelt Kraepelin alles, was man bisher in periodische Psychose, circulaire Psychose und einfache Manie getrennt hatte, von welchem er die Ueberzeugung gewonnen hat, dass sie nur verschiedene Erscheinungen derselben Psychose sind; während er als wesentlich verschieden von den zu dieser Psychose gehörenden Depressionszuständen scharf die Melancholie ausscheidet und diese unter eine besondere Gruppe: das Irresein des Rückbildungsalters hinführt. Schon 1902 – in der dänischen Ausgabe dieser Abhandlung – habe ich mich der Berechtigung einer solchen Ausscheidung gegenüber zweifelnd gestellt und nachgewiesen, dass es, wenn die manio-depressive Psychose als Krankheitsbild aufrecht erhalten werden soll, kaum möglich sein wird, die Melancholie auszuschliessen."*



THALBITZER legt nun dar, warum er sich trotz einer Antwort Kraepelins in dessen „Lehrbuch der Psychiatrie“ weiterhin mit dem Themenkomplex Melancholie und Depression befaßt. Er will nachweisen, daß Kraepelin in die Melancholiegruppe Krankheiten eingereiht hat, die nicht dazu gehören, weil sie keine richtigen Stimmungspsychosen sind und daß die Melancholiegruppe eigentlich in die Gruppe des manisch-depressiven Irreseins gehört. Für THALBITZER besteht die manisch-depressive Psychose aus den drei Formen der Manie, Depression und einem Mischzustand aus den beiden:

*"In der letzten (7.) Ausgabe seiner Psychiatrie (1904) bespricht und bekämpft Kraepelin meine abweichende Meinung, was mich veranlasst hat, meinen Standpunkt zu dieser Frage in einem Aufsatz "Melancholie und Depression" ausführlich darzustellen und zu begründen. Ich weise hier nach, dass Kraepelin in seine Melancholiegruppe Krankheiten aufgenommen hat, die diesen Namen nicht mit Recht tragen, indem sie keine wirklichen Stimmungspsychosen sind, so wie dass der Theil von Kraepelin's Melancholiegruppe, der ihn mit Recht trägt, wie auch der Name selbst innerhalb des Rahmens der manio-depressiven Psychose gehört. In grossen Zügen kann man innerhalb der Manio-depressiven Psychose drei Aeusserungsformen absondern, jede durch ihre eigenthümliche Zusammensetzung des Symptomencomplexes charakterisirt; die eine durch manische Stimmung mit Gedankenflucht und Bedürfnis für lebhaftige Bewegungen, die andere durch deprimirte Stimmung, gehemmtten Vorstellungslauf und psychomotorische Hemmung, die dritte endlich durch eine oder andere Mischung von Symptomen dieser beiden Zustände."*

### **Spezielle Kritik an Kraepelins manisch-depressiver Psychose:**

THALBITZER betrachtet nun die Kraepelinschen Mischzustände aus Manie mit psychomotorischer Hemmung und Depression mit motorischer Erregung genauer

und kommt zum Schluß, daß zwischen beiden Arten viele Kombinationen entstehen können:

*"Gehen wir nun zur speciellen Betrachtung der manio-depressiven Mischzustände über, so können sie – nach Kraepelin – als wirkliche Mischungen gleichzeitig bestehender manischer und depressiver Krankheitszeichen definirt werden. Kraepelin beschränkt sich in seiner Psychiatrie (1899) darauf, im Grossen zwischen zwei Gruppen Mischzuständen zu unterscheiden, bezw. von manischer Stimmung gepaart mit psychomotorischer Hemmung, und depressiver Stimmung mit motorischer Excitation charakterisirt. (...). Nicht nur wird man nun in der Klinik fast jede denkbare Combination dieser Symptome finden können, sondern jedes einzelne derselben wird in verschiedenste, von der der anderen ganz unabhängige Stärke darbioten können, woraus man sieht, dass der innerhalb des Rahmens der manio-depressiven Psychose zusammengefasste Inhalt sehr bunt und reich abgeändert erscheint."*

THALBITZER ist also mit der vereinfachenden Einteilung Kraepelins nicht einverstanden.

### **Zusammenfassung/Schluß:**

In einem Schlußsatz zu diesem Kapitel zeigt sich THALBITZER aber wieder milder gestimmt. Er glaubt, durch Kraepelins Einteilung sei ein großer Fortschritt erreicht worden und schreibt, wie schon 1905, daß die manisch-depressive Psychose in der Psychiatrie eine „Sonderstellung einnehmen wird“:

*"Kraepelin's Aufstellung des manisch-depressiven Irreseins als Krankheitseinheit hat sowohl viel Anerkennung und Anschluss als starken Widerstand gefunden. Wie man sich nun zu der Sache stellt, kann man schwer bestreiten, dass Kraepelin's Gedanke jedenfalls Ausdruck eines grossen, umfassenden und genialen Blicks auf die Psychosen ist; und ich irre kaum, wenn ich annehme, dass die manio-depressive Psychose in der Psychiatrie der*

*Zukunft eine Sonderstellung einnehmen wird, als die Gruppe der Geisteskrankheiten, die – wie auch Kraepelin in den letzten Jahren so stark hervorhebt – eine tiefere Wurzel in der menschlichen Constitution hat, als irgend eine andere."*

## **DREYFUS, URSTEIN, ABRAHAM, FORSTER: Diskussion über das manisch-depressive Irresein in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1909**

Neurologisches Centralblatt, 5:162-165 und 276-284

Ein Zeitzeugnis über die Meinungsverschiedenheiten zu Kraepelins Thesen ist die Mitschrift einer Diskussion zwischen DREYFUS, URSTEIN, ABRAHAM und FORSTER bei der „Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten“ vom 15. Februar 1909. Während zuerst DREYFUS Zustimmung zu Kraepelins manisch-depressiver Psychose bekundet und Vergleiche eigenen Studienergebnissen darstellt, zeigt sich URSTEIN nicht einverstanden mit der zu hohen Einschätzung der zirkulären Symptome durch Kraepelin. Zuletzt übt ABRAHAM Kritik am Umfang der manisch-depressiven Krankheitsgruppe.

FORSTER hatte in der vorangegangenen Sitzung am 11. Januar 1909 **über das manisch-depressive Irresein** gesagt,

*"Die Kraepelinsche Auffassung sei ursprünglich durch die Beobachtung des Krankheitsverlaufes während möglichst langer Zeit zustande gekommen, später haben besonders die Beobachtungen Weygandts während der Perioden des Stimmungsumschlages dazu geführt, charakteristische, in jedem Stadium erkennbare manisch-depressive Symptome zu finden."*

### **DREYFUS: Allgemeine Zustimmung zu Kraepelins manisch-depressiver Psychose:**

DREYFUS widerspricht FORSTER und erklärt, daß durch die Einteilung Kraepelins die „Übergangpsychosen“ und die „sekundäre Demenz“ abgeschafft wurden und dadurch Diagnose und Prognose von vorher unklaren Krankheitsbildern ermöglicht wurde:

*"Wenn Herr Forster meint, daß durch die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins, wie Kraepelin sie durchführte, überhaupt kein neuer Gesichtspunkt eröffnet worden sei, so möchte ich nur darauf hinweisen, daß durch dessen Fixierung nicht nur mit den Übergangpsychosen und mit dem Begriff der sekundären Demenz gebrochen wurde, sondern daß auch hierdurch erst zahlreiche, vordem unverständliche Krankheitsbilder gedeutet werden konnten, und daß ferner eine präzise Stellung der Prognose für die in Betracht kommenden Seelenstörungen angestrebt wurde, die sich in den meisten Fällen als durchführbar erwies."*

### **DREYFUS: Zustimmung zu den Grundlagen des Kraepelinschen Systems:**

Nach dieser allgemeinen Einleitung schildert DREYFUS die Grundlagen des Kraepelinschen Systems, das auf dem Zusammenspiel von Entstehungsweise, Zustandsbild, Verlauf und Ausgang bestimmt sei. Dies sei auch die Vorgehensweise bei der Erstellung der manisch-depressiven Gruppe gewesen. Dabei habe sich gezeigt, daß die bisher eigenständigen Psychosen der einfachen, rezidivierenden und periodischen Manie bzw Melancholie sich genau mit dem Phasen bei einer zirkulären Psychose decken:

*"Hier, wie bei der Klassifizierung anderer Psychosen, galt es, Entstehungsweise, Zustandsbild, Verlauf und Ausgang in Einklang zu bringen. Diese vier Gesichtspunkte waren für Kraepelin maßgebend, den Formenkreis des manisch-depressiven Irreseins immer mehr und mehr zu erweitern. (...).*

*Kraepelin ging ursprünglich aus von der klassischen Form des zirkulären Irreseins, dessen Verlaufstypus Ihnen ja bekannt ist. Das Studium auch seinerseits früher von dem zirkulären Irresein gesonderter Psychosen, nämlich der einfachen, rezidivierenden und periodischen Melancholie bzw. Manie, ergab, daß das jeweils beobachtete Zustandsbild genau dem der melancholischen bzw. manischen Phase des zirkulären Irreseins entsprach. Darin stimmt ja Kraepelin durchaus mit den anderen Autoren überein."*

DREYFUS begründet, wie Kraepelin auf die Gruppe des manisch-depressiven Irreseins kam, indem er durch Studium der Krankenakten feststellte, daß auf Zustände von einfacher Manie und Melancholie zirkuläre Zustände folgten und umgekehrt, daß auf zirkuläre Zustände völlige Gesundheit und auch Phasen von periodischer Manie oder Melancholie folgten. Der Verlauf nach der Genesung war also bei Manie und Melancholie kein Kriterium der Einordnung in eine Gruppe, Kraepelin konnte sie deshalb mit der zirkulären Psychose auf eine Ebene stellen:

*"Was aber den differential-diagnostisch gegenüber dem zirkulären Irresein früher ausschlaggebenden Verlaufstypus der einfachen, rezidivierenden und periodischen Melancholie bzw. Manie anlangte, so konnte Kraepelin durch Verfolgen der Lebensschicksale seiner Kranken feststellen, daß der Verlauf späterhin gar oft dem des zirkulären Irreseins gleichkam. Hierzu führte besonders auch die Beobachtung, daß Intensität und Dauer des einzelnen Anfalles, bzw. der einzelnen Phase sehr verschieden sein konnten. Um mich anders auszudrücken, sorgfältige Anamnesen und Katamnesen ergaben, daß der einfachen Melancholie häufig – event. nur kurz dauernde – manische oder melancholische oder manisch-melancholische Phasen vorausgegangen waren oder ihr folgten, daß ferner zahlreiche typisch zirkuläre Kranke nicht dauernd zwischen Melancholie und Manie geschwankt hatten, sondern daß auf zyklische Zustände völlige und dauernde Gesundheit, bzw. der Verlaufstypus periodischer oder sogar rezidivierender Melancholie oder Manie gefolgt war. So war also für die ursprünglich vom manisch-depressiven Irresein gesonderte*

*Melancholie oder Manie der Verlauf nach der Genesung vom Anfall für die Beurteilung ihrer nosologischen Stellung nicht mehr maßgebend, um besondere Gruppen aufzustellen."*

**DREYFUS: Kritischer Vergleich von Kraepelins klinischen Ergebnissen mit seinen eigenen:**

DREYFUS verweist auf seine eigenen Arbeiten, bei denen er die Kraepelinschen Vorgaben nicht immer bestätigt sah. Er erklärt, daß Kraepelin die Melancholie aus der manisch-depressiven Gruppe ausgeschlossen habe, weil ihr Beginn in der Involution, also in höherem Lebensalter lag, als die Depression der manisch-depressiven Gruppe und weil der Ausgang meist ein „verblödender“ sei. Zudem war das Zustandsbild ein Mischzustand und damit nicht restlos aufzuklären.

DREYFUS sah diese Ergebnisse in seinen Untersuchungen jedoch nicht bestätigt:

*"Viele, die seine Gruppierung der Psychosen gut hießen, verwarfen seine Melancholie. Wer aber die Entwicklung Kraepelinscher Psychiatrie verfolgt hat, dem ist ohne weiteres klar, warum er solange darauf bestand, die Involutionmelancholie als selbständige Psychose anerkannt wissen zu wollen. Erfüllte sie doch gewichtigere Anforderungen, die er an Zustände des manisch-depressiven Irreseins stellte, anscheinend nicht. Was die Entstehungsweise anlangte, so fiel nach Kraepelins Ansicht der erste und einzige Anfall in die Zeit der Involution. Schon darin lag ein gewisser Gegensatz zu Depressionszuständen, wie sie im allgemeinen dem manisch-depressiven Irresein eigentümlich sind. Was das Zustandsbild betrifft, so war es als Mischzustand, wie Kraepelin solche auffaßte, nicht restlos aufzulösen. Ausschlaggebend für die Abtrennung war aber der Ausgang der Melancholie. Der Ausgang der Verblödung war nämlich anscheinend erheblich häufiger als die Genesung, eine Annahme, die durch meine Nachuntersuchungen widerlegt wurde."*

**URSTEIN: Kritik an der zu hohen Einschätzung der zirkulären Symptome durch Kraepelin:**

URSTEIN antwortet auf DREYFUS' Ausführungen kurz und fast schon spöttisch, daß bei einer solch hohen Meinung über die zirkulären Symptome, wie DREYFUS sie vertreten hat, eine Vielzahl aller Psychosen als manisch-depressive Erkrankung ansehen müssen, obwohl viele davon zur Dementia praecox gehörten:

*"Die Schilderung, wie sie uns Kraepelin u. a. gegeben, paßt z. B. für viele Fälle, in denen später eine katatone Verblödung eintrat, so sehr, daß angenommen werden darf, daß so mancher Dementia praecox-Kranke hierbei vorbildlich gewesen sei. (...). Wer die sogen. cirkulären Symptome so hoch einschätzt, wie es Dreyfus und die Kraepelinianer heute tun, wird in 60% der Psychosen ein manisch-depressives Irresein diagnostizieren müssen, um später einen großen Teil der Fälle als Verblödete wiederzufinden."*

**ABRAHAM: Kritik am Umfang der manisch-depressiven Krankheitsgruppe:**

Über ABRAHAMs Worte existiert nur eine Zusammenfassung. Er begrüßt die Vereinfachungen durch Kraepelins System, jedoch sei die manisch-depressive Gruppe auf Kosten der Dementia praecox „übermäßig erweitert“ worden und enthielten Fälle der Dementia praecox. Außerdem gehörten die Mischzustände nicht in die Gruppe des manisch-depressiven Irreseins:

*"Die Aufstellung vieler kleiner Krankheitsgruppen hindert uns, der individuellen Variation im normalen und krankhaften Seelenleben gerecht zu werden; in Rücksicht auf diese Variabilität sind die großen Gruppen ein Bedürfnis. (...). Die Kraepelinsche Schule hat neuerdings die Grenzen des manisch-depressiven Irreseins übermäßig erweitert, zum großen Teil auf Kosten der Dementia praecox. Abraham ist mit Herrn Urstein einer Meinung, daß viele, neuerdings dem manisch-depressiven Irresein zugerechnete Fälle der Dementia praecox*

*zugehören. Speziell die sog. Mischzustände müssen vom manisch-depressiven Irresein getrennt werden."*

## **OSWALD BUMKE: „Über die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins“, 1909**

Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 32:381-403

BUMKE, der 1923 Nachfolger Kraepelins in der Münchener Klinik wurde, warnt vor der leichtfertigen Übernahme der Kraepelinschen Lehre durch die zeitgenössischen Psychiater und der zu häufigen Diagnose der „jugendlichen Verblödungsprozesse“. Er hält die manisch-depressive Krankheitsgruppe für unübersichtlich.

### **Kritik an der leichtfertigen Übernahme von Kraepelins Thesen, Kritik an der zu häufigen Diagnose von „jugendlichen Verblödungsprozessen“:**

BUMKE geht in seinem Artikel auf die Akzeptanz der Kraepelinschen Dichotomie von Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein bei den zeitgenössischen Psychiatern. Er beschreibt die Aufteilung der „funktionellen“ Psychosen in die zwei großen Gruppen des manisch-depressiven Irreseins und der Dementia praecox und kritisiert die immer stärkere Erweiterung der Dementia praecox:

*"Für die strengen Anhänger der engeren Kraepelin'schen Schule ist allmählich die überwiegende Mehrzahl aller "funktionellen" Psychosen zwischen den beiden großen Gruppen des manisch-depressiven Irreseins und der Dementia praecox aufgeteilt worden. (...). Während nun bis vor wenigen Jahren das Gebiet des manisch-depressiven Irreseins noch relativ eng umgrenzt zu*



*werden pflegte und dafür der Kreis der Dementia praecox-Gruppe an Umfang immer mehr zunahm, ist jetzt darin ein Rückschlag eingetreten."*

Die angeführte zu starke Aufweitung der Dementia-praecox-Gruppe habe sich nun als unberechtigt erwiesen. BUMKE führt die zu häufige Diagnose der „jugendlichen Verblödungsprozesse“ an, die nicht nur in Beurteilung des Verlaufes unrichtig waren, sondern von BUMKE schlichtweg als Fehldiagnosen benannt werden. Grund für diese Fehlgriffe sei die Überschätzung des „katatonen Symptomenkomplexes“:

*"Die warnenden Stimmen, die sich gegen die allzu häufige Annahme von jugendlichen Verblödungsprozessen seit Jahren von allen Seiten erhoben hatten, haben Recht behalten und Erfolg gehabt: die Münchner-Heidelberger Schule gibt heute zu, nicht nur, daß viele von den Kranken, die früher zur Dementia praecox gerechnet worden waren, geheilt worden sind, sondern zugleich auch, daß der größere Teil von diesen nicht eingetroffenen Prognosen nicht auf einer unrichtigen Beurteilung des Verlaufes von Dementia praecox, sondern auf Fehldiagnosen beruht hatte. Als Grund wird dabei die früher geübte Überschätzung der diagnostischen Bedeutung des katatonischen Symptomenkomplexes angegeben."*

### **Kritik an der Unübersichtlichkeit der manisch-depressiven Krankheitsgruppe:**

BUMKE ist mit der umfassenden Zusammenlegung verschiedener Psychosen in die Gruppe der manisch-depressiven Krankheiten durch Kraepelin nicht einverstanden und beklagt, daß durch Kraepelins Aufweitung der Gruppe der manisch-depressiven Erkrankungen die Übersichtlichkeit verloren gehe:

*"Der Begriff des manisch-depressiven Irreseins wird neuerdings so ausgedehnt, daß die Fülle der jetzt unter diesem Namen zusammengefaßten Krankheitsbilder den Rahmen zu sprengen droht, der sie umspannen soll."*

Der Begriff der „zirkulären Psychose“, der bereits vor Kraepelins Einteilung als „Entität“ feststand, droht nun unscharf zu werden. Die Aufweitung der manisch-depressiven Gruppe berge die Gefahr, daß die „praktisch faßbare Eigenart“ der Krankheitsgruppe verlorengelange:

*"Die zirkulären Psychosen haben bisher auch in der erweiterten Form, die sie im manisch-depressiven Irresein Kraepelin's ursprünglich erhalten hatten, innerhalb der funktionellen Geistesstörungen die einzige Krankheitsgruppe dargestellt, deren innere Zusammengehörigkeit von allen Seiten zugegeben werden mußte, deren klinische "Entität" – sit venia verbo – wirklich feststand. Wir laufen jetzt Gefahr, auch diesen Begriff so diffus, so undeutlich und so unscharf werden zu lassen, daß er jede charakteristische Färbung, jede theoretisch und praktisch faßbare Eigenart einzubüßen droht."*

### **ALFRED HOCHÉ: „Die Melancholiefrage“, 1910.**

Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 33:193-203

Neben einer Darstellung von Kraepelins Trennung der Melancholie und manisch-depressiver Psychose benennt HOCHÉ eigene Forschungsansätze. Vehement stellt er sich gegen die Suche nach reinen Krankheitsformen.

Hinsichtlich der Frage nach der Stellung der Melancholie im allgemeinen kritisiert HOCHÉ **die Krankheitseinheiten** als generelles Modell. Für ihn kann ein Krankheitsbild nicht aus den ihm typischen Erscheinungen bewertet werden, vielmehr muß eine Einordnung in einen Gesamtrahmen erfolgen:

*"Meines Erachtens ist die Melancholiefrage mit Erwägungen, die speziell der Melancholie gelten, nicht zu erledigen. Sie ist nur eine Teilfrage einer viel*

*allgemeineren Frage nach der Existenz klinisch abzusondernder Krankheitseinheiten überhaupt."*

Im Schlußsatz schreibt HOCHÉ, daß der Streit um die Stellung von Melancholie zur manisch-depressiven Psychose vor dem Hintergrund der Frage nach allgemeinen Krankheitseinheiten keine Bedeutung hat. Wie bereits weiter oben genannt, geht es ihm nicht um verschiedene Meinungen bei der Klassifikation von Subgruppen, sondern um die Frage nach der Zulässigkeit von Einteilungen überhaupt:

*"Die eigentliche heutige Frage des Verhältnisses der Involutionmelancholie zum manisch-depressiven Irresein erweist sich nach alledem als tatsächlich gegenstandslos. Sie wird nicht beantwortet, weil sie meines Erachtens nicht beantwortet werden kann, und sie kann nicht beantwortet werden, weil diese Frage überhaupt hinter der sehr viel allgemeineren nach der Existenz reiner klinischer Krankheitseinheiten im alten Sinne verschwindet."*

## **EUGEN BLEULER: „Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien“, 1911**

Handbuch der Psychiatrie, Deuticke (Leipzig)

BLEULER ist zum Zeitpunkt des Erscheinens seines Standardwerkes bereits 13 Jahre ordentlicher Professor an der Universität Zürich. Sein Handbuch behandelt die Dementia praecox, von ihm als Schizophrenie bezeichnet, in Symptomatologie, Einteilung, Diagnose, Prognostik, Verlauf, Therapie und Ursachenforschung.

### **Darstellung von Kraepelins Einteilung der Dementia praecox:**

In der Einleitung äußert sich BLEULER positiv zur Einteilung Kraepelins. Er begrüßt die Absonderung der Dementia praecox als eigene Gruppe, die durch „herausgehobene Symptomenkomplexe“ abgrenzbar sei. Er beklagt jedoch das Fehlschlagen von weiteren Unterteilungen. Einer der Hauptkritikpunkte anderer Autoren gegen Kraepelins Modell sei die „Vielgestaltigkeit“ der äußeren Bilder und der Einschluß von gut und schlecht ausgehenden Fällen in die Gruppe:

*"Durch das Vorhandensein der herausgehobenen Symptomenkomplexe bleibt die große Gruppe der Dementia praecox als Einheit charakterisiert. Kraepelins Auffassung findet aber immer noch Widerspruch, indem sich manche, ganz abgesehen von der Vielgestaltigkeit der äußeren Bilder, nicht mit einem Krankheitsbegriff befreunden können, der sich ursprünglich auf den Verlauf zu stützen schien und doch gut und schlecht ausgehende Fälle in sich schließt. (...). Alle Bestrebungen, die große Zahl von Fällen und von äußeren Zustandsbildern in distinkte abgrenzbare Untergruppen zu zerlegen, sind bis jetzt erfolglos geblieben."*

### **Lob für Kraepelins Einteilung der Dementia praecox:**

Im Abschnitt V „Krankheitsbegriff“ betrachtet BLEULER die Aufstellung des Kraepelinschen Systems als hilfreich. Es habe durch seine Abgrenzung der Dementia praecox zu einem eigenständigen Krankheitsbegriff geführt, der Zusammengehöriges vereint:

*"Diesem Wirrwarr gegenüber hat die Aufstellung des Dementia-praecox-Begriffes Klarheit und Ordnung gebracht. Die Kraepelinsche Dementia praecox ist ein wirklicher Krankheitsbegriff: Er hat Symptome, die nur ihm zukommen und immer bei ihm vorhanden sind. Dadurch erhält die Krankheitsgruppe nach außen wirkliche Grenzen."*

## **AUGUST HOMBURGER: „Die Literatur des manisch-depressiven Irreseins 1906-1910“, 1911**

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 11:753-784 und 865-885

HOMBURGER beschreibt 1911 in der „Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie“ in einer umfassenden Darstellung „Die Literatur des manisch-depressiven Irreseins 1906-1910“. Es handelt sich hierbei um eine ausgiebige Aufstellung von verschiedenen Lehrmeinungen und Kritiken. Zum manisch-depressiven Formenkreis stellt HOMBURGER verschiedene Lehrmeinungen und deren Kritik an Kraepelin dar, danach untersucht er die speziellen Formen der manisch-depressiven Gruppe und ihre Stellung zu den degenerativen Geistesstörungen überhaupt.

### **Darstellung der Kritik THALBITZERS an Kraepelins Einteilung des manisch-depressiven Irreseins:**

HOMBURGER analysiert das Prinzip von THALBITZERS Kritik an Kraepelins manisch-depressivem Irresein: Kraepelin gebe zu, daß zirkuläres Irresein mit depressiven Anfällen beginnen könne und beseitige so seine Grenze zwischen Melancholie und zirkulärem Irresein. Kraepelin erkenne bei der Melancholie eine gewisse Neigung zur Wiederholung an und beseitige so die Grenze zwischen Melancholie und periodischer Depression. Wenn man aber das Zustandsbild und nicht den Verlauf betrachtet, besitze die Melancholie sowohl manische als auch depressive Symptome. Die von Kraepelin gezogenen Grenzen seien also unnatürlich:

*"Sehen wir ab von gewissen anatomisch-physiologischen Vorstellungen, (...), so ist Thalbitzers zielbewußter Gedankengang folgender: Kraepelin fordert, die Differentialdiagnose müsse aus dem Zustandsbild gestellt werden, doch sei*

*dies "heute noch nicht möglich"; er gibt zu, daß zahlreiche Fälle von zirkulärem Irresein mit mehreren rein depressiven Anfällen beginnen, und beseitigt damit die Grenze zwischen periodischer Melancholie und zirkulärem Irresein; er erkennt der Melancholie die gewisse Neigung zur Wiederholung zu und beseitigt so die Grenze zwischen ihr und der periodischen Depression. Insoweit aber nicht der Verlauf in Frage steht, sondern das Zustandsbild, ist die Melancholie ein Mischzustand aus manischen und depressiven Symptomen. In beiderlei Hinsicht gehört sie also zum manisch-depressiven Irresein und jede Trennung bedient sich der Aufrichtung künstlicher Grenzen."*

### **Darstellung der Kritik HÜBNERs an Kraepelins Sonderstellung der Involutionmelancholie:**

Auch HERRMANN HÜBNERs Kritik von 1908 zitiert HOMBURGER. HÜBNER hatte die Abgrenzung der Involutionmelancholie von der zirkulären Depression anhand der psychomotorischen Hemmung kritisiert. Ihm scheint dieses Kriterium willkürlich herangezogen zur Unterstützung von Kraepelins Thesen:

*"Der Hauptangriff erfolgt gegen die Lehre vom Vorhandensein der psychomotorischen Hemmung als einer Erschwerung der zentralen Auslösung der Willensantriebe bei den zirkulären Depressionen, während bei melancholischen die Schaffensfreudigkeit nur durch die gemütliche Verstimmung beeinflußt werden soll. Sowohl die Unterscheidung dieser beiden unterstellten Mechanismen an sich als die Ausschließung der Hemmung bei der Altersmelancholie erscheinen ihm als unhaltbar; (...)."*

### **Darstellung der Zustimmung FAUSERs zu Kraepelins manisch-depressivem Irresein:**

HOMBURGER führt FAUSERs Vortrag „Zur Kenntnis der Melancholie“ von 1906 an. FAUSER hatte den Kraepelinschen Theorien weitgehend zugestimmt und

eine Abgrenzung der Melancholie vom manisch-depressiven Irresein befürwortet, lediglich in der Prognose hatte er andere Ergebnisse als Kraepelin:

*"Für die Zuordnung der dem Kraepelinschen Bilde entsprechenden jugendlichen Fälle zur Melancholie hatte sich 1906 auch Fauser ausgesprochen, (...). Er hielt die Abgrenzung der Melancholie vom manisch-depressiven Irresein fast stets für möglich, und wo sie ihm nicht gelang, sah er den Grund nicht in Fehlern der prinzipiellen Grenzbestimmung. Nur hinsichtlich der Prognose tritt er Kraepelin nicht bei; (...)."*

### **Zusammenfassung HOMBURGERs/Bewertung der Kraepelinschen Lehre:**

Im letzten Abschnitt bedauert HOMBURGER, daß es nach wie vor keine Kausalketten aus Beginn, Verlauf und Ausgang eines Geschehens gibt und erklärt, daß man mit Kraepelins Einteilung nur Psychisches an Psychischen messen dürfe, um im Rahmen der Systematik zu bleiben. Kraepelins Lehre sei ein Fortschritt bezüglich der Einordnung von psychopathologischen Zustandsbildern, doch ob die Einordnung alle grundlegenden Kriterien der Psychopathologie erfaßt, bleibt offen:

*"Es fehlt die Kenntnis von Einheitsbeziehungen, die den Prüfstein hierfür abgeben könnten. Die Kraepelinsche Systematik, so sehr sie unter dieser Unvollkommenheit leidet, erstrebt, wie Schroeder hervorhebt, die Aufzeigung von Denk-, Gefühls- und Willensvorgängen unter der Annahme, mit ihnen zugleich psychologische Einheitsbeziehungen zu begreifen. (...). Insoweit die Kraepelinsche Psychiatrie danach trachtet, Psychisches nur an Psychischen zu messen und Psychisches nur auf Psychisches zu beziehen, sind ihre Krankheitsbilder nach systematischen Merkmalen orientiert und zeigen einen Fortschritt in der Richtung der Natürlichkeit und Einheitlichkeit."*

## **ALFRED HOICHE: „Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie“, 1912**

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 12:540-551

Ausgehend vom derzeitigen Stand der Klassifikationen wiederholt HOICHE seine Kritik an Kraepelins reinen Krankheitsformen. Zudem stellt er die psychologischen und anatomischen Grundlagen der Psychiatrie und die Symptomenkomplexe dar.

HOICHE äußert sich abwertend und zynisch **über Kraepelins Formenlehre**. Er hält die Abgrenzung von reinen Krankheitsformen für Illusion und beklagt die Unmöglichkeit, eine Prognose über den Verlauf der reinen Krankheitsformen abzugeben, da die Symptomatik im Einzelfall zu undeutlich für eine Einordnung ist. Außerdem sieht er, wie Kraepelin selbst, die „Zunahme der nicht einzuordnenden Fälle“, ein Resultat aus der Abgrenzung in Gruppen auf der Suche nach reinen Formen:

*"Es ist wahrhaftig ein beträchtliches Maß von Illusionsfähigkeit notwendig, wenn man behaupten will, daß heute die klinische Erfahrung mit Notwendigkeit oder auch nur mit einiger Wahrscheinlichkeit zum Glauben an die Existenz reiner Krankheitsformen führt. Das am schärfsten sich markierende Signal für diesen Zustand besitzen wir in unserer durchschnittlich verzweiflungsvollen Hilflosigkeit der Prognose gegenüber zahlreichen Krankheitsbildern, die uns im gegebenen Einzelfall entgegentreten. (...). Kraepelin gibt zwar auch die Zunahme der nicht einzuordnenden Fälle zu, bleibt aber bei seiner Forderung der monographischen Bearbeitung des ganzen Gebietes nach gewissenhafter Zersplitterung der Formen in ihre kleinsten Abwandlungen, die uns zum Besitze der reinen Formen führen würde."*



## **KARL JASPERS: „Allgemeine Psychopathologie“, 1913**

Allgemeine Psychopathologie, 1. Auflage, Springer (Berlin)

JASPERS gibt in seinem Standardwerk „Allgemeine Psychopathologie“ eine Übersicht über Entwicklung und gängige Lehrmeinungen der Psychiatrie und geht stellenweise auch auf Kraepelins Arbeiten ein.

### **Kritik an Kraepelins Krankheitseinheit:**

Nach einer Darstellung des Kraepelinschen Untersuchungssystems beginnt JASPERS, die seit 1892 entstandenen Ergebnisse Kraepelins kritisch zu durchleuchten. Die stete Suche Kraepelins nach Krankheitseinheiten kommentiert JASPERS schlicht mit dem Satz:

*„Irgendeine reale Krankheitseinheit ist auf diesem Weg nicht gefunden worden.“*

JASPERS hält zwar die Art der Abgrenzung der Krankheiten durch Beobachtung von Gesamtbild und Verlauf für wenig nützlich für die Krankheitsbilder selbst, sieht jedoch Kraepelins Nosologie als Grundstein moderner Psychiatrie. Die Einheiten geben Ansporn zu weiterer Forschung in der Diagnostik und der Klassifizierung, da zwischen der manisch-depressiven Gruppe und der Dementia-praecox-Gruppe immer Grenzkämpfe stattfinden:

*"Die Kraepelinschen Krankheitsbilder unterscheiden sich aber von den früheren Riesengruppen doch wesentlich. Sie sind wenigstens der Absicht nach durch Beobachtung des Gesamtbildes und Verlaufes gebildet, und sie unterhalten durch die Zweiheit und den Grenzkampf eine Forscherarbeit, die zwar wenig für die Abgrenzung jener Krankheiten, wohl aber andere wertvolle Resultate gezeitigt hat. Es muß in der Aufstellung der beiden Gruppen ein bleibender Wahrheitskern stecken, anders als in den früheren Gruppierungen. Ihre Aufstellung hat sich auf der ganzen Welt durchgesetzt – was noch keine*

*frühere Einteilung der nicht organisch bekannten Psychosen vermocht hat – und sie ist heute im Prinzip unbestritten. Ferner ist eine Intensivierung diagnostischen Bemühens erreicht."*

### **Aufstellung von Einzelkritikpunkten an Kraepelins Einteilung:**

Nachdem JASPERS seine grundlegenden Ansichten zu den Kraepelinschen Thesen dargelegt hat, faßt er drei Haupteinwände gegen Kraepelin abschnittsweise geordnet und klar formuliert zusammen. JASPERS glaubt, daß man eine Diagnose aus einem Gesamtbild nur stellen kann, wenn man vorher von einer zu diagnostizierenden Krankheit weiß, die Gesamtbilder weisen jedoch zu viele „Übergänge“ auf. Außerdem kritisiert JASPERS die Annahme, der gleiche Krankheitsausgang sei ein Beweis für die gleiche Krankheit:

*"Die Lehren der Geschichte werden bestätigt durch die sachlich einleuchtenden Einwände, die gegen die Kraepelinsche Fragestellung (suchen nach realen Krankheitseinheiten) erhoben werden:*

*1. Die Diagnose aus dem Gesamtbild kann man nur machen, wenn man vorher von einer zu diagnostizierenden, abgegrenzten Krankheit weiß. Man kann aus dem Gesamtbild aber keine scharf abgrenzbaren Krankheiten finden, sondern nur Typen, die überall in den Einzelfällen "Übergänge" zeigen. (...).*

*2. Der gleiche Ausgang ist kein Beweis für gleiche Krankheiten. (...)."*

Ähnlich den Ausführungen weiter oben, wo JASPERS die Idee von Kraepelins Krankheitseinheiten begrüßt hat, legt er nun dar, daß die Krankheitseinheiten nicht als Zielpunkt gesehen werden dürften, weil sie nicht erreichbar seien, sondern als „Orientierungspunkt“ für zukünftige Forschung gelten können. Die Darstellung von Krankheitseinheiten dürfte nicht die Einzelforschung ersetzen, da diese erst die Basis ist, auf der eine Krankheitseinheit aufbauen kann:

*"3. Die Idee der Krankheitseinheit läßt sich in irgendeinem einzelnen Falle niemals verwirklichen. (...). Die Idee der Krankheitseinheit ist keine erreichbare*

*Aufgabe, aber der fruchtbarste Orientierungspunkt. (...). Der Irrtum aber beginnt da, wo statt der Idee der Schein der erreichten Idee gegeben wird, wo statt der Einzelforschung fertige Schilderungen von Krankheitseinheiten gegeben werden, (...)."*

# **Auseinandersetzung mit Kraepelins Werk in den Jahren 1914 bis 1926**

Während des Ersten Weltkriegs finden sich kaum Artikel, die die grundlegenden Probleme der Klassifikation behandeln. Statt wissenschaftlich-theoretischer Überlegungen stand kriegsbedingt die Patientenversorgung im Vordergrund. ION und BEER (2002) haben dies im Epilog ihres Artikels „The British reaction to dementia praecox 1893-1913“ angemerkt:

*„Psychiatrists were less inclined to discuss the niceties of classification when faced with the problems of shell-shock and the logistical difficulties of offering psychiatric and medical services to troops at the front.“*

Eine länderübergreifende Besprechung von Kraepelins Werk, wie vor allem in Frankreich, war während des Kriegs aus Mangel an ausländischer Literatur nicht möglich und propagandistisch oft nicht erwünscht. Erst nach dem Krieg beginnt die Diskussion erneut, wenn auch in veränderter Form.

## **ERNST KRETSCHMER: „Gedanken über die Fortentwicklung der psychiatrischen Systematik“, 1919.**

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 48:370-377

In seinem Artikel geht KRETSCHMER auf die **Abgrenzung des manisch-depressiven Irreseins** ein. Er betont, daß Kraepelins Sonderstellung der Melancholie richtig sei, daß sich aber Überschneidungen mit den zirkulären Psychosen nicht vermeiden ließen. KRETSCHMERs Ansatz ist jedoch ein anderer: Durch das von ihm von ihm eingeführte Prinzip der Schichtdiagnose und der

Mehrdimensionalität bei der psychiatrischen Diagnostik sei die Frage nach Abgrenzung von Krankheitseinheiten hinfällig:

*"Man wird nicht behaupten wollen, daß das Problem der Rückbildungsmelancholie dadurch zur Ruhe gekommen ist, daß sie Kraepelin in den Rahmen des manisch-depressiven Irreseins eingefügt hat. Allerdings hatten seine Kritiker recht, als sie Übergänge zum zirkulären Formenkreis nachwiesen. Aber ebenso recht hatte Kraepelin gehabt, als er in der Involutionmelancholie etwas Besonderes gegenüber den gewöhnlichen zirkulären Depressionen herausgeföhlt hatte. Vom Standpunkt der mehrdimensionalen Diagnostik fallen Grenzfragen dieser Art in nichts zusammen."*

### **Die Zukunft von Kraepelins Lehre:**

Im weiteren Text befürwortet KRETSCHMER die Erweiterung von Kraepelins Lehre um die Mehrdimensionalität. Das von HOCHÉ geforderte System des Symptomkomplexes verwirft er und befürwortet eine Aufweitung des Begriffs der Kraepelinschen Krankheitseinheit auf die mehrdimensionalen Krankheitsvielheiten. KRETSCHMER fordert eine Betrachtung aller Richtungen des Seelenlebens ohne Abgrenzungen, wie Kraepelin sie in seinen Einteilungen vorgenommen hat:

*"Auf der Linie, die wir hier gezeichnet haben, liegt wohl die Zukunft der Kraepelinschen Systematik. Sie ist nicht die Linie der negativen Kritik, die entfernt sich diametral von der Straße, an der Hoche steht mit dem pessimistischen Kassandruruf: "Zurück zum Symptomkomplex!" Sie will nichts von getrockneten Symptomkomplexen, sondern die lebendigen Krankheitsbilder, zu denen Kraepelin den ersten Weg gewiesen hat, aber unter Überwindung der Kraepelinschen Idee der Krankheitseinheit: Nicht Symptomkomplexe, aber auch nicht Krankheitseinheiten, sondern Krankheitszweiheiten und -vielheiten."*

**G. HALBERSTADT: „Une question de doctrine psychiatrique. La psychose délirante dégénérative aiguë“, 1922.**

Annales médico-psychologiques, 12. Serie, II:100-117

Neben einer Darstellung und einem direkten Vergleich verschiedener psychiatrischer Schulen bezüglich der akuten halluzinatorischen Psychose beschäftigt sich HALBERSTADT auch mit einem Abriß von Kraepelins Lehre und ihrer Entstehung, die am Anfang des Jahrhunderts die gesamte bekannte psychiatrische Einteilung auf den Kopf stellte und besonders in Frankreich eine große Anhängerschaft fand:

*"Aussi bien au début du vingtième siècle toutes les idées des aliénistes sur ces psychoses furent bouleversées de fond en comble par les théories de Kraepelin, qui furent accueillies partout, et notamment en France, avec très grande faveur."*

HALBERSTADT kritisiert die Eingruppierung der akuten halluzinatorischen Psychose als Spielart einer Geistesverwirrung, die auf Infektion, Auto- oder Exo-intoxikation beruhe und deren Ausgang teile:

*"Pour Kraepelin la confusion mentale était une affection tout à fait exceptionnelle et qui relevait soit d'une infection, soit d'une auto ou exo-intoxication, la psychose hallucinatoire aiguë n'était envisagée, semble-t-il, que comme une variété de la forme précédente dont elle subissait bien entendu, le sort."*

Die vor allem in der 7. Auflage des Kraepelinschen Lehrbuches auffallende übermäßige Einordnung verschiedener Krankheitsbilder in die manisch-depressive Gruppe bzw. Dementia praecox habe dazu geführt, daß die manisch-depressive Psychose die einzig behandelbare Krankheit der Psychiatrie zu werden drohte, wie HALBERSTADT spöttisch hinzufügt:

*"Ce furent, on le sait, la folie maniaco-dépressive et la démence précoce qui se partagèrent presque tous les cas aigus. La folie maniaco-dépressive, agrandie*

*surtout dans la 7<sup>e</sup> édition du Traité, d'une manière telle qu'elle finissait par englober les formes les plus disparates, menaçait de devenir l'unique maladie curable de toute la psychiatrie. Pour ce qui est de la démence précoce, la situation certes était plus délicate et plus complexe."*

## **ADOLF MEYER: „Constructive Formulation of Schizophrenia“, 1922**

American Journal of Psychiatry, 1:355-362

MEYER veröffentlichte im „American Journal of Psychiatry“, Vol. 1, 1922, eine Rede, die er beim Jahrestreffen der „American Psychiatric Association“ gehalten hat. MEYER stellt eine kritische Betrachtung von Kraepelins Konzept der Schizophrenie und der Dichotomie an und vergleicht sie mit seiner eigenen klinischen Erfahrung. Letztendlich schlägt er vor, die manisch-depressive Erkrankung in „affective reaction group“ und Dementia praecox in Schizophrenie umzubenennen, um eine Unabhängigkeit von den Begriffsvorgaben der einzelnen Schulen zu erhalten. Eine Darstellung von Kraepelins Person rundet die Rede ab.

### **Kritik MEYERs an Kraepelins Konzept der Schizophrenie:**

MEYER ist der Ansicht, daß Kraepelins Verlassen des Konzepts der „terminal dementia“ eine unausgereifte und hastige Reaktion mit nosologischen Methoden auf Ziehens Mangel an nosologischer Ambition war. Für MEYER ist keiner der erkennbaren Typen von Chronizität oder einer Verschlechterung ausgenommen:

*"It is the impression of the speaker that Kraepelin's obliteration of the concept of terminal dementia was a premature and hasty reaction with nosological methods to Ziehen's lack of nosological ambition. None of the recognizable*

*types of psychotic reactions are wholly exempt from the possibility of chronicity or even a certain amount of deterioration."*

### **Kritik MEYERs an der Kraepelinschen Dichotomie:**

MEYER hatte Kraepelins Arbeitsmethoden bei Studienaufenthalten in Heidelberg kennengelernt und schreibt heute über deren Wertigkeit. Er glaubt, daß die prognostischen Überlegungen von Kraepelin für die klinische Arbeit zu unsicher sind und daß dynamische Formulierungen eher den Bedürfnissen von Arzt und Patient gerecht würden als die formelle und vorbestimmende Dichotomie zwischen manisch-depressiver Erkrankung und Schizophrenie:

*"I am, however, now inclined to think that safer clinical methods should be used than the largely prognostic considerations of Kraepelin, and that dynamic formulations come closer to the needs of both physician and patient than the formal and peremptory dichotomy claimed by those who see one of the two fates, either manic-depressive or dementia praecox."*

### **Vorschlag MEYERs zur Begriffsänderung von manisch-depressiver Erkrankung in „affective reaction group“ und von Dementia praecox in Schizophrenie:**

Für MEYER muß noch viel aufklärerische Arbeit geleistet werden bezüglich Ätiologie, Terminologie und Prognose. Vorläufig schlägt er eine Änderung der umstrittenen Begriffe vor, die bezeugt, wie schwierig es offensichtlich war, allein bei Krankheitsbegriffen und Beschreibungen nicht sofort wieder in den Einflußbereich einer einzelnen Schule zu kommen. MEYER möchte die manisch-depressive Psychose in „affective reaction group“ und die Dementia praecox in Schizophrenie umbenennen. In der ersten Gruppe nennt er als Zusatz die Art und Anzahl der Zustände, in der zweiten Gruppe fügt er Übergangsformen, Progressivität und Verschlechterungstendenzen ein:



*"For the time being I should like to propose that we abandon the prognostic factor as a nosological criterion, replace the term "manic-depressive" psychosis by affective reaction group, giving in each case the type and the number of the attacks and, wherever present, the admixtures; replace the term dementia praecox by schizophrenia for the full-fledged forms, recognize transition forms and specify the topical and formal characteristics, the episodic or protracted or progressive character, and the extent of any deterioration, if it is present. By doing this, we free ourselves from the nosological obsession of premature classification, without in the least slighting any actual gain either of Kraepelin or of any other investigator."*

## **HENRI CLAUDE: „Les psychoses paranoides“, 1925**

L'Encéphale 20:137-149

Neben einem Fallbeispiel zur Paranoia definiert CLAUDE die Paranoia und ihre Unterformen und erklärt die Begriffsunterschiede bei verschiedenen Schulen. Danach stellt er Kraepelins System mit einer Beschreibung der Dementia paranoides und Bleulers Schizophrenie dar, gefolgt von einer Diskussion der Themen.

### **Kritik an der Dementia praecox:**

Ausgehend von einer ausführlichen Darstellung der Kraepelinschen Dementia praecox vom paranoiden Typ weist CLAUDE darauf hin, daß die von Kraepelin beschriebenen Fälle ebenso gut als Hebephrenie bezeichnet werden können. Nach dem Zitieren klinischer Beispiele Kraepelins ist CLAUDE der Ansicht, daß die Abgrenzung zwischen paranoiden Formen der Dementia praecox und Hebephrenie

zu genau gezogen ist und daß die Grenzen zwischen Paraphrenie, Dementia praecox und Paranoia im Dunklen liegen:

*"En résumé , ce groupe isolé par Kraepelin ne nous paraît pas justifié et il nous paraît difficile de diagnostiquer la paraphrénie systématisée de la paranoïa, d'autant plus que l'affectivité se trouve longtemps conservée dans les deux cas. (...). La délimitation de ces formes de la paraphrénie nous semble trop subtile et nous estimons, avec Bornstein, que la classification de Kraepelin ne repose pas sur des caractères suffisamment différenciés et les limites entre la paraphrénie, la démence précoce et la paranoïa nous paraissent très obscures."*

Zusammenfassend drückt CLAUDE schwere Vorbehalte gegen Kraepelins Einteilung aus und fordert die Erstellung einer Zwischengruppe von paranoiden Erkrankungen, die Elemente aus Paranoia und Dementia praecox enthält. Mit der Definition der Schizophrenie sei auch die Einordnung dieser Fälle leichter :

*"Nous ne pouvons, en résumé, qu'apporter de sérieuses réserves aux différentes formes des paraphrénies kraepeliniennes et nous pensons qu'il convient de décrire, à côté de la paranoïa vraie, des maladies paranoïdes qui empruntent certains de leurs éléments à la paranoïa et d'autres à la démence précoce; d'autre part, nous estimons que la nosographie de ces états s'éclaire par la notion de la schizophrénie."*

## **FERDINAND KEHRER: „Die Stellung von Hoches ,Syndromenlehre‘ in der heutigen Psychiatrie“, 1925**

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 74:427-456

Das Hauptaugenmerk des Artikels liegt auf der Entwicklung von Hoches Lehre unter dem Einfluss von Kraepelin und Wernicke. Neben einer Darstellung der grundlegenden Theoreme von Hoches Lehre werden auch die Unterschiede zu anderen Lehren (Schneider, Kraepelin, Alzheimer, Bleuler) beschrieben.

### **Kritik an der Suche nach Krankheitsformen:**

Bei der vergleichenden Darstellung von Hoches und Kraepelins Theorie legt KEHRER in einer Fußnote seine Einwände an Kraepelins System dar. Er glaubt, die Suche nach Krankheitsformen sei vom Prinzip her falsch durchgeführt worden, weil keine freie Symptomsuche nach allen Richtungen durchgeführt wurde, sondern bereits vorher festgelegt wurde, wonach gesucht werden solle. Zudem sei die Verarbeitung des gesammelten Materials nicht gleichwertig erfolgt, sodaß von vorne herein schon eine bestimmte Richtung vorgegeben war:

*„Mir ist als der wichtigste Fehler der Kraepelinschen Methodik immer der erschienen, daß er sich ganz über die Undurchführbarkeit des von ihm aufgestellten Arbeitsprogramms: „Man fügt probeweise immer neue ähnliche Fälle hinzu, um sie wieder auszuschneiden, wenn abweichender Ausgang und Leichenbefund ihre irrtümliche Einordnung dartun“, getäuscht hat. Wer aus den Krankheitsfällen immer nur das zu vorweggenommenen Typen Passende herausschält und dann auch noch wahllos wesentliche Erscheinungen und unwichtige, z.T. nur anekdotenhaft interessante Symptome in die Darstellung der Symptomatik verarbeitet, kann doch hinterher die Modellfälle gar nicht mehr „ausschneiden“!“*

### **Zustimmung zu Kraepelins theoretischen Grundsätzen:**

Es folgt eine Abwägung der „reine Krankheitsform“ gegen „Typus“, wobei KEHRER der Meinung ist, daß Krankheitseinheit ein Widerspruch in sich ist, während beim Typus durch über- und untergeordnete Gesichtspunkte eine Klassifikation entsteht. Jedoch ist er mit den allgemeinen theoretischen Grundsätzen Kraepelins einverstanden, daß Krankheiten einer Gruppe sich in Erscheinung, Verlauf und Ausgang gleichen. In einer Fußnote beschreibt KEHRER dies wie folgt:

*„Wie immer man über Kraepelins Formenlehre denken mag – unerschütterlich sind m. E. für alle Zeit seine theoretischen Grundsätze: „Die aus wirklich gleichen Ursachen hervorgehenden Krankheitsfälle werden stets auch dieselben Erscheinungen und denselben Leichenbefund darbieten“ (wobei man nur nicht engsinzig immer an das Gehirn denken darf!). „Die zu einer klinischen Einheit zusammengeführten Fälle müssen in allen wesentlichen Zügen ihres Gesamtverhaltens übereinstimmen“.“*

### **FRIEDRICH MAUZ / ROBERT GAUPP: „Krankheitseinheit und Mischpsychosen“, 1926**

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 101:1-44

Der Zweiteilige Artikel beginnt mit GAUPPs Beitrag „Der Kampf um die Krankheitseinheit“, in dem er Kraepelins Forschungsmethoden allgemein und speziell gegen Angriffe anderer Psychiater verteidigt. Im zweiten Teil berichtet MAUZ über den konstitutionsbiologischen Aufbau der endogenen Psychosen als Grundlage einer klinischen Systematik und Prognostik. Dieser Teil hat jedoch keinen Bezug zu Kraepelin.

### **Allgemeine Verteidigung von Kraepelins Forschertätigkeit:**

GAUPP beschreibt die Kritik, die Kraepelin entgegengehalten wurde, er habe es nicht geschafft, jeden vorkommenden psychiatrischen Fall einer Krankheitsgruppe zuteilen zu können und damit eine Prognose des weiteren Verlaufes geben zu können. GAUPP schließt sich dieser Kritik nicht an und betont Wert und Richtigkeit von Kraepelins Forschung:

*"Besonders häufig aber sehen wir die Betonung des Gedankens, daß Kraepelins Forschungsrichtung das nicht habe leisten können, was er gewissermaßen versprochen habe: nämlich eine natürliche Einteilung der Geisteskrankheiten der Art, daß wir jeden vorkommenden Fall rubrizieren und einer Krankheitsart zuteilen und nach dieser Zuteilung seinen weiteren Verlauf voraussagen könnten. Ich habe es zwar nie ganz begreifen können, daß man Kraepelin einen solchen Einwand gegen Wert und Richtigkeit seiner Forschungsweise machen konnte."*

### **Verteidigung des Kraepelinschen Systems gegen Angriffe anderer Psychiater:**

Trotz der Unvollständigkeit des Kraepelinschen Systems, das – wie GAUPP beschreibt – auch Kraepelin unzufrieden ließ, sieht GAUPP keine Veranlassung, die von Kraepelin eingeschlagene Richtung zu verlassen. Er verweist auf HOCHES Kritik an Kraepelins System (siehe dort), eine Übernahme der Symptomenkomplexe verwirft er:

*"Und Hoche konnte unter dem Beifall der Versammlung feststellen, daß sein skeptischer Standpunkt, den er 1906 erstmal formuliert und dann 1912 in Kiel stärker betont hatte, wachsende Zustimmung findet. Ich glaube, diese Zustimmung galt mehr der starken und klaren Betonung des Unvollendeten und Unbefriedigenden der Kraepelinschen Systematik, wie sie uns bisher vorliegt und mit der ja Kraepelin selber niemals zufrieden war; sie galt mehr*

*dieser einleuchtenden Form der Kritik des Unvollkommenen, als der Forderung einer Rückkehr zu den Symptomenkomplexen und einem Aufgeben aller Klassifikationsbestrebungen, da diese ja nur "die Jagd nach einem Phantom" darstellen."*

Wenn auch HOCHE, wie GAUPP schreibt, von der Richtigkeit des Kraepelinschen Systems nicht überzeugt war, so war ihm doch mit Kraepelin gemein, daß beide ihre Einteilungen auf Ursache, Symptombild, Verlauf und Ausgang stützten und Zusammenpassendes in die gleiche Gruppe faßten:

*"Und wenn sich Kraepelin mehr des Errungenen freute und darauf die Hoffnung auf die künftige Ausfüllung der Lücken stützte, während Hoche mehr den großen, ungeklärten Rest sah, der in der Systematik bald nach rechts bald nach links geschoben wurde, so waren doch beide in einem wohl kaum verschiedener Meinung: daß man, wo immer es wirklich möglich war, das nach Ursache, Symptombild, Verlauf und Ausgang Zusammengehörende auch zusammenfassen und mit einem Namen belegen sollte."*

### **Kritische Anmerkung zu Kraepelins Forschungsmethode:**

GAUPP ist mit der methodischen Arbeit Kraepelins nicht einverstanden, er hält sie für nicht zielführend und führt diese Kritik näher aus. Er glaubt, Kraepelin war zu sehr klinisch mit der „Inventaraufnahme“ beschäftigt, sodaß ihm der Blick für die Zusammenhänge der gefundenen Einzelelemente fehlte. Der Überblick über Wichtiges und Unwichtiges sei nicht klar erkennbar:

*"Kraepelins Forschungsmethode bei seiner Systematik ist an sich gewiß nicht falsch, sie könnte nur von völligem Unverstand grundsätzlich abgelehnt werden, aber sie war halb bewußt, halb unbewußt einseitig und unvollständig; sie war aus Vorsicht manchem Wichtigem gegenüber ablehnend, sie war zu sehr mit der Inventaraufnahme beschäftigt, um sich mit der inneren Struktur der gefundenen Dinge tiefergehend zu befassen."*

# Nekrologe 1926-1928

Nach Kraepelins Tod am 7. Oktober 1926 erschien eine Vielzahl von Nachrufen, die sein Lebenswerk würdigen. Einige Nekrologe beziehen sich nur auf Kraepelins Lebensgeschichte, seine Forschungsgebiete, seine Arbeitsweise und das Lob seiner Persönlichkeit (z. B. WIRTH, PLAUT, TRÖMNER, LANGE, WEYGANDT, GAUPP, SPIELMEYER, MAYER-GROSS, alle 1926/1927) und finden deshalb für eine kritische Darstellung keine Verwendung. In den Artikeln, die sich im Negativen wie im Positiven kritisch mit Kraepelins Werk befassen, zeigen sich überdies auch differenziertere Darstellungen seiner Persönlichkeit.

## **OSWALD BUMKE: „Emil Kraepelin †“, 1926**

Klinische Wochenschrift, 5:2238-2239

BUMKE, seit 1923 Kraepelins Nachfolger in der Münchener Klinik, beschreibt Kraepelins Werdegang, seine Lehre und Betätigungsfelder.

### **Bewertung des Kraepelinschen Systems:**

BUMKE sieht Kraepelins Werk als Grundlage für die moderne Psychiatrie. Konstitutionspathologie, Körperbaulehre und Mischpsychosen zwischen manisch-depressivem Formenkreis und Schizophrenie seien erst durch Kraepelins Grundlagenforschung möglich geworden:

*"Hier sei hinzugefügt, daß wir in dieser Hinsicht auch da auf Kraepelins Schultern stehen, wo wir scheinbar von den seinen weit abweichende Ansichten vertreten. Wir wären außer Stande, auch in der Psychiatrie*

*Konstitutionspathologie zu betreiben; wir dürften nicht daran gehen, zwischen manchen psychopathischen Zuständen und gewissen seelischen Eigentümlichkeiten des Gesunden fließende Übergänge oder aber Überschneidungen des manisch-depressiven und des schizophrenen Formenkreises, also Mischpsychosen, zu finden; es wäre unmöglich, den angeborenen Charakter von Gesunden und manchen Kranken mit gewissen Körperbautypen in Beziehung zu setzen, (...)."*

## **O. VON HENNEBERG: „Emil Kraepelin †“, 1926**

Medizinische Klinik, 22:2018-2020

In der Wochenschrift „Medizinische Klinik“ erscheint 1926 ein Nachruf von O. v. HENNEBERG mit Titel „Emil Kraepelin †“. Neben einer Darstellung seines Lebens und der Würdigung der einzelnen Teilbereiche seiner vielfältigen Aktivitäten bemängelt er die Verknüpfung von Diagnose und Prognose einer Krankheit und die zu weit gezogene **Grenze der beiden Gruppen:**

*"Kraepelins Lehre, von den jungen Psychiatern mit Begeisterung aufgenommen, stieß bei den älteren vielfach auf hartnäckigen Widerstand. Die feste Verknüpfung der Prognose mit der Diagnose erschien bedenklich, erinnerte sich doch jeder ältere Psychiater an nicht wenige Krankheitsfälle, die der Dementia praecox Kraepelins entsprochen hatten, und dennoch in eine dauernde Heilung übergegangen waren. Die Grenzen beider Formenkreise erschien zu weit gezogen und zu unbestimmt."*

HENNEBERG moniert die zu weiten, vereinfachenden Formenkreise, die vor allem bei der Dementia praecox die Möglichkeit einer Heilung ausschlossen. Die Vereinfachungen Kraepelins verleiteten vor allem junge Psychiater zu vorschnellen Diagnosen und Prognosen, während ältere Psychiater aufgrund ihrer Erfahrung



viele Fälle kannten, die sich ihrer Meinung nach nicht in das Kraepelinsche Schema der Dementia praecox einreihen ließen:

*"Es war damals ein beliebtes Thema für Scherzreden, die neue Lehre zu bespötteln. Ein bekannter Berliner Psychiater führte in einer solchen aus: Kraepelin habe das Verdienst, die Psychiatrie sehr vereinfacht zu haben. Psychosen in der Jugend seien Dementia praecox, im mittleren Alter Dementia paralytica, im höheren Alter Dementia senilis, alle Fälle aber, in denen der Arzt auf den weiteren Verlauf gespannt sei, gehörten zum Spannungsirrsein oder der Katatonie an. Tatsächlich verleitete die Lehre von der Dementia praecox damals die angehenden Psychiater nicht so selten zu vorschnellen Diagnosen und Prognosen."*

### **HENRI CLAUDE: „Nécrologie – Émile Kraepelin“, 1927**

L'Encéphale, 22:77-78

1927 erscheint in „L'Encéphale“ eine „Nécrologie“, in der sich CLAUDE neben einem Kurzaufsatz über Kraepelins Leben und seine Lehre auch mit der Dementia praecox auseinandersetzt.

#### **Lob für Kraepelins Systematik:**

CLAUDE begrüßt es, daß Kraepelin mit seinem System das vorherige Chaos der Einteilungen überwunden hat:

*"Kraepelin a été le premier à introduire dans le chaos, encore mal dissipé d'ailleurs aujourd'hui, des maladies mentales, une classification systématique: (...)."*

### **Kritik an Kraepelins Dementia praecox:**

Mit der Einordnung der Dementia praecox ist CLAUDE nicht einverstanden, eine Kritik, die sich auch bei anderen Autoren findet. Er ist der Meinung, daß die Beschreibung der Gruppe unpräzise ist, speziell bei der Paranoia, und beklagt, daß es durch die von Kraepelin jüngst vorgenommenen Änderungen bei der Einführung der Paraphrenien schwierig ist, die genaue Einordnung dieser Krankheitsgruppe vorzunehmen:

*"Sa description de la démence précoce a fait grand bruit dans un temps et les diverses formes qu'il a attribuées á cette maladie sont devenues classiques. Il y a lieu toutefois de ne pas oublier que le cadre de cette affection est encore bien imprécis et qu'en ce qui concerne notamment la forme paranoïde, Kraepelin lui-même a fait subir de telles retouches avec l'introduction des paraphrénies dans les éditions ultérieures de son Traité, qu'il est difficile de savoir quelle est la place exacte de ce groupe morbide."*

### **G. HALBERSTADT: „L'oeuvre psychiatrique de Kraepelin“, 1927**

Annales médico-psychologiques, 12. Serie, I:336-366

Im Jahre 1927 erscheint in den „Annales médico-psychologiques“ ein Artikel von HALBERSTADT mit dem Titel „L'oeuvre psychiatrique de Kraepelin“, in dem der Autor eine ausführliche Darstellung von Kraepelins Dementia praecox und manisch-depressiver Psychose vornimmt und beide eingehend diskutiert. Der Artikel schließt mit Überlegungen zu Kraepelins Forschungsmethode und zur Gültigkeit seines Systems.

### **Kritik an Kraepelins Dementia praecox:**

HALBERSTADT begrüßt Kraepelins neues Konzept der Dementia praecox, das die bestehenden Einteilungen seiner Vorgänger zu Recht erweitert hat. Er befürchtet jedoch, daß Kraepelin damit „zu weit gegangen“ ist und glaubt, daß man von den jetzigen Begrenzungen wieder etwas zurücknehmen müsse ohne bereits Erreichtes aufzugeben:

*"Nous estimons que le grand mérite de Kraepelin a été d'élargir des cadres donnés par Morel, Kahlbaum, Hecker. Cet élargissement est légitime, mais ne doit pas aller jusqu'à celui que préconise Bleuler. L'avenir montrera peut-être que le même Kraepelin est allé trop loin et qu'il y a lieu de revenir un peu en arrière sans perdre pour cela tout le terrain conquis et sans reculer jusqu'aux trois premiers auteurs qui se sont occupés de la question."*

### **Kritik an Kraepelins manisch-depressivem Irresein:**

Einen neuen Absatz beginnt HALBERSTADT, bevor er das Kraepelinsche System der manisch-depressiven Erkrankung darlegt, mit der Kritik an diesem. Er führt die Abschaffung der einfachen Melancholie und Manie sowie die Ausweitung der manisch-depressiven Gruppe als Kritikpunkte anderer Autoren an und beschreibt, daß „bestimmte klinische Formen“, die aus Präsenilität und Degeneration entstehen, zu Unrecht in die Gruppe der manisch-depressiven Erkrankungen eingereiht wurden. Im Ganzen hätte sich aber Kraepelins Lehre bewährt:

*"La suppression de la manie et de la mélancholie simples, l'extension considérable donnée par lui à cette psychose ont été vivement critiquées. Il est évident que certains formes cliniques ont été peut-être englobées à tort dans la folie maniacodépressive: ceci est surtout vrai pour quelques états relevant de la présénilité et pour d'autres ressortissant à la dégénérescence. Mais on doit reconnaître que dans l'ensemble les vues de Kraepelin ont subi victorieusement l'épreuve du temps."*

## **Kritische Überlegungen zu Kraepelins Forschungsmethode und zur Gültigkeit seines Systems:**

HALBERSTADT hinterfragt nun Kraepelins Forschungsmethoden. Er bestätigt den Kritikpunkt, daß die Endzustände nicht spezifisch für die jeweilige Krankheit seien, für die Kraepelin sie vorgesehen hat. Allerdings habe Kraepelin die Notwendigkeit verstanden, die Endzustände in eine Verbindung zu setzen mit den jeweiligen Zustandsbildern einer Psychose. HALBERSTADT erklärt, daß Kraepelin keine feste und endgültige Einteilung aller Psychosen gegeben habe, denn das würde die Kräfte eines einzigen Forschers überschreiten. Hierfür benötige man Generationen von Forschern, um die noch unklaren Bereiche aufzuarbeiten. Immerhin habe Kraepelin die Richtung vorgegeben und der klinischen Forschung seinen Stempel aufgedrückt:

*"Est-ce à dire que tout soit parfait dans sa méthode? On peut se demander notamment si les états terminaux sont aussi spécifiques de chaque maladie qu'il enseignait. (...). En tout cas, il faut rendre cet hommage à Kraepelin que personne avant lui n'a compris l'importance qu'il y avait d'étudier ces états terminaux dans leur rapports avec les psychoses à la période d'état. On ne peut évidemment dire que Kraepelin ait réussi à nous donner une classification rigoureuse et définitive de toutes les psychoses. Une telle oeuvre serait audessus des ressources d'un seul homme. En effet le nombre des maladies mentales et de leurs variétés est grand et faudra des générations de chercheurs pour clarifier la situation actuelle qui reste encore passablement obscure. Mais il a montré la marche de suivre et il a réussi, d'autre part, de marquer d'une empreinte très personnelle la description de bien des formes cliniques."*

HALBERSTADT fordert über die Erstellung der zwei großen Gruppen der manisch-depressiven Psychose und der Schizophrenie hinaus die Unterteilung in

reine Untergruppen. Abgesehen davon wird der Name Kraepelins, wie HALBERSTADT annimmt, unter allen Umständen mit der Beschreibung der Dementia praecox, den präsenilen Zuständen und den Mischzuständen verbunden bleiben, da er dort die größten Errungenschaften gemacht habe:

*"La création de deux grands groupes: le groupe schizophrénique et le groupe maniaco-dépressif a été très utile, mais il importe d'aller plus loin et rien ne sera fait tant qu'on aura pas abouti à l'édification de formes plus nettement individualisées au sein même de chacun de ces groupes. En tout cas, cette création toute provisoire qu'elle puisse être n'en constitue pas moins un progrès marqué."*

Zusammenfassend stellt HALBERSTADT nochmals Kraepelins Leistungen auf verschiedenen Gebieten dar. Durch die Beschreibung der präsenilen Formen habe Kraepelin wie kein anderer zur Frage der Melancholie beigetragen und er habe gezeigt, daß die Untersuchung der depressiven Zustände von der klinischen Seite angegangen werden müsse. Die Beschreibung der Mischzustände hätte einen bis dahin dunklen Winkel der Psychiatrie aufgehell:

*"En isolant certaines formes préséniles, il a contribué comme personne à l'étude de la mélancholie et a montré que le problème de l'étude des états dépressives doit être abordé par son côté clinique plus que par son côté psychologique. La description des états mixtes a projeté une éclatante lumière dans un des coin les plus obscurs de la psychiatrie et a permis de comprendre des états morbides qui jusque-là étaient restés inexplicables."*

## **ADOLF MEYER: „In Memoriam: Emil Kraepelin“, 1927**

American Journal of Psychiatry, 151:6:141-143 (1994), Sesquicentennial Supplement

Der Nachruf von ADOLF MEYER, umfaßt Werdegang, Lehre, Arbeitsweise und die Persönlichkeit Kraepelins. MEYER zeigt ein gemischtes Bild von Kraepelin und kritisiert die Lehre in einzelnen Punkten.

### **Kritischer Überblick über die Errungenschaften Kraepelins:**

Einleitend wird ein allgemeiner Überblick über anerkannte und umstrittene Leistungen Kraepelins gegeben. Durch Kraepelin sei die Diagnose in der Psychiatrie mehr als eine Beschreibung geworden. Zwar sei zwar in den Augen vieler zu vereinfachend, ermögliche aber genaue Prognosen. MEYER beklagt jedoch die zu häufige Diagnose der progressiven Paralyse („paresis“) und den Eifer Kraepelins in der Frage der Dementia praecox, der ihn und seine Schüler über die erlaubten Grenzen hinausführte:

*"With Kraepelin psychiatry has lost its most widely known figure. (...). Through him, diagnosis in psychiatry had become more than a description. It committed the physician to certain implications, no doubt oversimplified in the minds of many, but definite and important implications of prognosis. Kraepelin himself demanded a definition of entities of definite cause, course and outcome, or at least groups of cases of a certain intrinsic unity, course and outcome. (...) His paresis diagnosis (...) were too frequent; his zeal in the diagnosis of dementia praecox led him and his pupils far beyond the justified limits."*

**Einzelkritikpunkte: Stoffwechselstörungen, manisch-depressives Irresein, Vernachlässigung der Konstitution:**

Als Kritikpunkte führt MEYER einige Meinungsverschiedenheiten in der Einteilung von Krankheiten an. Kraepelins Reduktion verschiedener Krankheitsbilder auf eine minimale Auffächerung hält MEYER für „einen schweren Brocken zu schlucken.“ Im Einzelnen kritisiert er die Zusammenfassung von Schilddrüsenerkrankungen, progressive Paralyse („paresis“) und Zustände der terminalen Demenz in der Gruppe der Stoffwechselstörungen, sowie die Zusammenfassung von Anfallsleiden, Manie und Melancholie in einer Gruppe periodischer und zirkulärer Störungen, die sich nicht verschlechtern und meistens nur einmal im Leben auftreten. Außerdem bemängelt MEYER die Vernachlässigung des konstitutionellen Hintergrundes der Patienten:

*"To find the thyroid disorders, paresis and the conditions terminating in "terminal dementia" all thrown together into a group of "metabolism disorders" was a pretty big dose to swallow, and to see the attack psychoses, mania and melancholia (apart from the involution depressions) dogmatically stamped as one group of periodic and circular disorders, non-deteriorating and rarely appearing but once in a lifetime, was another startling condensation. (...) Furthermore, to find the constitutional background minimized if not wholly ignored, and even the "degenerative" character of the deteriorations, still upheld in the fourth (1891) edition, replaced by a "metabolism disorder" that anybody could get, never convinced me."*

**Kritik an der Dementia praecox:**

MEYER schiebt Kraepelins Unfähigkeit, die Dementia praecox als Prozess zu sehen auf sein Temperament und die Lehren Wundts, allerdings habe Kraepelin eine große Fallsammlung zusammengetragen und sei der „letzte große Schöpfer von Krankheitseinheiten durch Klassifikation“.

*"His steadfast Wundtian attitude and his temperament made him miss, and shrink from, the really dynamic aspect of the dementia praecox concept. His remarkable system of collecting the statistical essentials from the case records favored him being the last big creator of entities by classification."*



## **KARL BIRNBAUM: „Zur Revision der psychiatrischen Krankheitsaufstellungen“, 1928**

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 68:80-101

In einer Übersichtsarbeit zu den Lehrmeinungen der gängigen psychiatrischen Schulen des beginnenden 20. Jahrhunderts erklärt BIRNBAUM die Grundlagen von Kraepelins System und ihre heutige Betrachtung durch Kollegen und Nachfolger Kraepelins. Besonders geht BIRNBAUM auf die Kritiken von HOCHÉ und KRETSCHMER ein, die ein monographisches Konzept ablehnen, da dadurch der Mannigfaltigkeit der psychiatrischen Erkrankungen keine Geltung zukomme. Ausgehend von einer Charakterisierung der Krankheitseinheiten und der multifaktoriellen Konzepte schreibt BIRNBAUM über Kraepelins Konzept:

*"Der Fortschritt, den dieser Kraepelinsche nosologische Standpunkt gegenüber dem vorherigen symptomatologischen bedeutet, die wertvollen Ordnungsgesichtspunkte, die er mit der Aufstellung höherer klinischer Einheiten gab, und vermitteltst deren er überhaupt erst eine eigentliche klinische Psychiatrie ermöglichte, sind zudem gerade in letzter Zeit in Nachrufen wieder gebührend betont worden."*

Kursorisch gibt BIRNBAUM auch eine Übersicht über die Kritikpunkte, die gegen Kraepelins Lehre vorgebracht wurden, um die Streitfrage zwischen Monographie und Multikausalität besser zu beleuchten:

*Hervorgehoben wird einmal immer wieder die Schwierigkeit, eine große Anzahl von Fällen in die aufgestellten Einheiten – so beispielsweise im Bereich der paranoischen und präsenilen Psychosen - zwanglos einzureihen und aufzuteilen; sodann die Häufigkeit atypischer Fälle im Verhältnis zu den typischen und damit zusammenhängend das zahlreiche Vorkommen von "Zwischenfällen", die ebenso gut oder ebenso schlecht in die eine wie in die andere Gruppe passen; weiter die ganze Fragwürdigkeit all der Versuche,*

*durch immer erneute Bildung von klinischen Untergruppen bis hin zu nosologischen Splittergebilden der Fülle der variierenden und nicht miteinander in Einklang zu bringenden nosologischen Gestaltungen Herr zu werden; und schließlich, wenn auch nicht zuletzt, die Bedenklichkeit jener immer erneuten Ein- und Umgruppierungen, die zwar immer wieder nach den gleichen Prinzipien, aber mit ständig wechselnder Bewertung der herangezogenen Bestimmungsstücke (etwa der katatonen oder zirkulären) vor sich gingen: (...)"*

Hinsichtlich Bedeutung und Bewertung von Kraepelins System schwankt BIRNBAUM zwischen den Vorzügen der klaren, stellenweise groben Einteilung und den Angriffen anderer Schulen, namentlich KRETSCHMERs Schule, die eine mehrdimensionale Bewertung fordert:

*"Keiner der angeführten Gegengründe hat uns im Grundsätzlichen die Einsicht aufgezwungen, dass der Krankheitsbegriff in dem Sinne, wie er in der Medizin allgemein anerkannt wird, für die Psychiatrie keine Geltung hat. Und auch im besonderen hat uns der kritische Gesamtüberblick nicht dahin belehrt, dass an Stelle der Kraepelinschen Krankheitsform etwas total anderes zu setzen sei. Auf der anderen Seite vermögen wir freilich danach den Kraepelinschen Aufstellungen nicht mehr so uneingeschränkt zu folgen."*

Allerdings ist BIRNBAUM der Meinung, dass

*"wir die Kraepelinschen Krankheitsaufstellungen zugunsten einer allgemeineren und weiteren Formulierung und einer elastischeren Fassung antasten müssen."*

Insgesamt stellt für BIRNBAUM die Kraepelinsche Nosologie aber die Grundlage der psychiatrischen Diagnostik dar. Ein Verlassen von Kraepelins Konzept kommt für ihn nicht in Frage, nicht weil er nicht mit einer Tradition brechen will, sondern

*"weil wir in seinen Feststellungen als einem erprobten Erfahrungsniederschlag nach wie vor die unerschütterte Grundlage für die klinische Weiterführung auf nosologisch-psychiatrischem Gebiete sehen."*

# **Auseinandersetzung mit Kraepelins Werk in den Jahren 1929 bis 1960**

## **HANS W. GRUHLE: „Kraepelins Bedeutung für die Psychologie“, 1929**

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 87:43-49

Die drei Jahre nach Kraepelins Tod erschienene Arbeit von HANS WALTHER GRUHLE über „Kraepelins Bedeutung für die Psychologie“ zeigt deutliche Kritik an Kraepelins Arbeitsweise und seinen Theorien vor dem Hintergrund der psychologischen Forschung.

### **Kritik an der fehlenden Einbeziehung der psychologischen Forschung in die Psychiatrie:**

Daß Kraepelin seine psychologischen Forschungen nicht in seine Psychiatrie miteinbeziehen konnte, beschreibt GRUHLE mit leichtem Zynismus. Die Begriffe der psychologischen Forschung kehrten nicht in Kraepelins Psychiatrie wieder, obwohl Kraepelin viele psychologische Versuche durchführte und diese immer wieder aufzählte, ohne daraus Konsequenzen ziehen zu können. GRUHLE meint, daß es Kraepelin nicht möglich war, die Ergebnisse seiner psychologischen Versuche mit der klinischen Forschung in der Psychiatrie zu verbinden:

*"Daß freilich die Ergebnisse seiner Laboratorien für die klinische Psychiatrie so dürftig blieben, erkannte und bedauerte er selbst am meisten. (...). Viel erstaunlicher als jenes negative Ergebnis des psychologischen Versuches für die Psychiatrie war aber die Tatsache, daß die ganze psychologische Begriffswelt Kraepelins in seiner klinischen Psychiatrie kaum wiederkehrte. (...).*

*Aber auch in Kraepelins großem, sich immer wieder wandelndem Lehrbuch fanden sich wohl sorgsame Aufzählungen der experimentellen psychologischen Ergebnisse, aber keine Verwendung der dazugehörigen Begriffe im klinischen Teil, ja nicht einmal in der allgemeinen Psychiatrie. (...). Zwischen dem engen Gebiete seiner Leistungspsychologie und dem weiten Felde seiner klinischen Psychiatrie war in der Tat eine Brücke unmöglich."*

### **Kritik an Kraepelins psychiatrischer Forschung:**

Auch auf dem Gebiet der Psychiatrie attestiert GRUHLE den Kraepelinschen Arbeiten deutliche Mängel. Die oben bereits genannte fehlende Eingliederung der psychologischen Versuche in Kraepelins Psychiatrie bezieht GRUHLE auch auf die klinische Psychologie, die keinen Einfluß in die psychiatrische Forschung Kraepelins nahm. GRUHLE zweifelt die methodologischen Grundlagen Kraepelins an. Andererseits bezeichnet er es als „Glück“, daß Kraepelin mit seinem neuartigen System der Krankheitseinheiten die Kleingruppen der alten Psychiatrie zerstörte:

*"Freilich gilt das Gleiche, was oben von seiner Laboratoriumspsychologie gesagt wurde, auch von seiner klinischen Psychologie. Auch hier glaubte Kraepelin natürlich an eine voraussetzungslose Erfahrung, auch hier lagen ihm methodologische Erwägungen fern. Hier in der eigentlichen Psychiatrie war es wohl geradezu ein Glück, daß in die allzugroße konfuse Überfeinerung der älteren Psychiatrie sein robuster Eingriff erfolgte, der niederriß und zugleich so aufbaute, daß die Geschichte unserer Wissenschaft Kraepelin immer an bedeutender Stelle nennen wird. Aber er hatte auch hier keine Fühlung mit der übrigen – in diesem Gebiete der verstehenden – Psychologie."*

## **WILLY MAYER-GROSS: „Die Entwicklung der klinischen Anschauungen Kraepelins“, 1929**

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 87:30-42

MAYER-GROSS versucht in seinem 1929 erschienen Artikel „Die Entwicklung der klinischen Anschauungen Kraepelins“, das Wirken Kraepelins in Heidelberg mit den zeitgemäßen Ansichten über die jeweiligen Forschungsthemen zu vergleichen und zu bewerten. Neben einer Darstellung von Kraepelins Werdegang und der Entwicklung seines Systems kommentiert MAYER-GROSS das Lehrbuch der Psychiatrie, die psychologische Forschung und die Orientierung an der Anatomie.

### **Bewertung von Kraepelins Lehrbuch der Psychiatrie:**

MAYER-GROSS beurteilt die Arbeit Kraepelins anhand seines Lehrbuches, das für ihn ein Musterstück klinischer Beschreibungskunst darstellt:

*"Hier gibt es Teile von musterhafter Klarheit und Geschlossenheit des Symptomaufbaus, in stets wacher Beobachtung gesammelt und in einer ruhigen sorgfältigen Sprache dargestellt, völlig untheoretisch, mit einer unverkennbaren Freude an dem was es gibt, kurzum in der Haltung eines echten Klinikers."*

Und weiter meint MAYER-GROSS, daß durch diese anschaulichen Beschreibungen im Lehrbuch der Ruf Kraepelins als hervorragender Psychiater gefestigt wurde:

*"Man wird wohl nicht fehlgehen, wenn man retrospektiv diese darstellerisch glänzenden Abschnitte des Lehrbuches für die weitreichende Wirkung seiner Psychiatrie in der ganzen Welt mitverantwortlich macht."*

### **Kritik an Kraepelins Forschung in der Psychologie:**

Trotz allem Lobes für diese klinische Pionierarbeit wird deutlich, daß Kraepelins Sichtweise der Psychologie umstritten war. Die Haltung Kraepelins, zusammenhängende, zeitlich sich verändernde psychologische Vorgänge bei der Aufstellung einer klinischen Symptomatik und des Verlaufes außer Acht zu lassen oder untergeordnet zu bewerten, kritisiert MAYER-GROSS:

*"Für das Ineinandergreifen und Auseinanderhervorgehen psychischer Gegebenheiten hat er nur wenig Sinn. Soviel er auch vom Verlauf spricht, so ist ihm doch ein nach zeitlichen Werten gestaffeltes Kräftespiel, wie es eine Psychose durch das Zusammenwirken von anlagemäßigen mit schicksalhaften, organisch bedingten mit reaktiven Momenten darstellt, nicht zugänglich gewesen."*

### **Kritik an Kraepelins Orientierung an der Anatomie:**

Auch über Kraepelins Orientierung an dem „anatomisch fundierten Krankheitsbegriff“ äußert MAYER-GROSS Unmut. Sie führte dazu, daß Kraepelin sein Werk auf klinischen Details gründete, ohne diese in eine Theorie fassen zu können. Der Überfluß an Einzelsymptomen erbrachte, so Mayer-Groß, nicht nur eine schwere Lesbarkeit der Bücher, sondern auch das Fehlen einer Darstellung, die *„jene Schichtung und Gliederung, das Hereinragen des Gesunden in das Kranke, die funktionelle Mannigfaltigkeit im Seelischen und in dem psychophysischen Ganzen (...)“*

erkennen läßt.

Kraepelin vermied also die „reine Kasuistik“, sondern ordnete seine gesammelten Beobachtungsfragmente in zusammengehörige Gruppen. Wegen seiner statisch-anatomischen Sichtweise der Psychologie blieben ihm, laut MAYER-GROSS, trotz seines scharfen Blickes auf die Gesamtheit einer Krankheit die Zusammenhänge

eines Krankheitsgeschehens, das Zusammenspiel zwischen Gesund und Krank verborgen.

## **WOLFGANG DE BOOR: „Psychiatrische Systematik – ihre Entwicklung seit Kahlbaum“, 1954**

Psychiatrische Systematik – ihre Entwicklung seit Kahlbaum, Springer (Berlin)

WOLFGANG DE BOOR veröffentlichte 1954 sein Buch „Psychiatrische Systematik – ihre Entwicklung seit Kahlbaum“. In den vier Hauptabschnitten werden die Erforschung der Krankheitseinheiten, die Kraepelinsche Ära in der Psychiatrie, die Strukturanalyse und mehrdimensionale Diagnostik und Problemstellungen der heutigen Psychiatrie erörtert. Allerdings vertritt DE BOOR kaum eigene Meinungen, sondern zitiert bekannte Kritiker Kraepelins, vor allem den Konstitutionsforscher KRETSCHMER.

### **DE BOOR über die Kritik KRETSCHMERs an den Krankheitseinheiten:**

Im Kapitel „III. Strukturanalyse und mehrdimensionale Diagnostik“ schreibt DE BOOR über die Krankheitseinheiten, sie müßten durch die eine mehrdimensionale Strukturanalyse abgelöst werden, da die Kraepelinschen Einheiten zu schematisierend seien:

*"Kretschmer bestätigte die Notwendigkeit, über das eindimensionale System der Krankheitseinheiten hinauszukommen, da dieses System nicht ausreichte, um alle Phänomene zu erfassen. (...). Das Prinzip der Strukturanalyse veranlaßt in jedem Fall zu einer gründlichen Untersuchung aller in Frage kommenden Faktoren und hat so wesentlich zu einem besseren klinischen Verständnis beigetragen, die mit der eindimensionalen Betrachtungsweise Kraepelins nicht ohne unlebendige Schematisierung zu bewältigen waren."*

Und weiter schreibt DE BOOR bezugnehmend auf KRETSCHMERS Körperbaulehre, daß ihre Verbindung mit Kraepelins Krankheitseinheiten den Ruf der Krankheitseinheiten nur noch gefestigt habe:

*"Die Idee der Kraepelinschen Krankheitseinheiten erwies sich jedoch als immun gegen alle Versuche, sie zu verändern oder aufzulösen und ihr Ansehen konnte nur noch steigen, nachdem Kretschmer die engen biologischen Beziehungen gezeigt hatte, die sich aus der Verbindung seiner Körperbaulehre mit den Haupttypen der klinischen Psychiatrie überzeugend ergaben."*

### **Kritik an den endogenen Formenkreisen:**

Neben einer expliziten Darstellung der Kraepelinschen Einteilung geht DE BOOR auch auf die Formenkreise ein, die für DE BOOR nur basale Bedeutung haben, sich aber jeweils dem neuesten Forschungsstand anpassen müßten, um zu bestehen:

*"Daß die Kraepelinschen endogenen Formenkreise für die klinische Psychiatrie nur Grundkonventionen sein können, die nicht für alle Zeiten Gültigkeit haben werden, sondern sich dem Stand der Forschung anpassen müssen, zeigt sich an den immer von neuem unternommenen Versuchen, Einzelformen herauszuheben und nosologisch selbständige Bildungen abzugrenzen."*

### **JAKOB WYRSCH: „Zur Geschichte und Deutung der endogenen Psychosen“, 1956**

Zur Geschichte und Deutung der endogenen Psychosen, Thieme (Stuttgart)

Das 1956 erschienene Buch „Zur Geschichte und Deutung der endogenen Psychosen“ ist in zehn Kapitel eingeteilt, die Einteilung, Ursache und



Funktionsweise von Ich-Störungen, Schizophrenie und manisch-depressiver Psychose behandeln.

In Kapitel I „Der Geisteskranke in Sprache und Kunst“ schreibt WYRSCH einen Kommentar über **Kraepelins Trennung von manisch-depressiver Erkrankung und Schizophrenie:**

Neben einer umfassenden Darstellung der Entwicklung der Schizophrenie-Lehre in Deutschland geht WYRSCH auf Kraepelin ein. Für WYRSCH ist Kraepelins System seit dem Erscheinen 1897 nun über ein halbes Jahrhundert lang die Standardklassifikation der Psychiatrie und ist ein in sich abgeschlossenes Werk:

*"(...) und mit der 5. Auflage seines Lehrbuches hat Kraepelin 1897 das System der Geisteskrankheiten nicht nur in den Fundamenten, sondern auch im Rohbau vollendet, dieses System, an dem ein halbes Jahrhundert geplant und entworfen worden war und das nun mehr als ein halbes Jahrhundert standgehalten hat. Es steht auch heute noch da ohne gefährliche Risse und Fugen, und Kraepelin durfte 1918 in seiner kurzen Geschichte der Psychiatrie gleichsam einen Schlußpunkt hinter diese Entwicklung setzen."*

Trotz dieses Lobes von Kraepelins Werk sieht WYRSCH das Problem der Abgrenzung zwischen schizophren und manisch-depressiv und zitiert eine entsprechende Textstelle aus Kraepelins Lehrbuch, wo Kraepelin selbst diese Fragestellung beschreibt und vermutet, daß die bei der Einteilung zugrunde liegende Untersuchungsmethodik fehlerhaft sei, aber eine Trennung von Schizophrenie und manisch-depressiver Psychose vom Prinzip her richtig sei:

*"Und dennoch ist etwas in diesem System, was beunruhigt, sogar der Meister hat es bemerkt. In einem Aufsatz aus den letzten Lebensjahren kommt er 1920 auf die Abgrenzung zwischen schizophren und manisch-depressiv zu reden. Wir lesen da: "... so muß doch die immer deutlicher zutage tretende Unmöglichkeit, die Abgrenzung der besprochenen beiden Krankheiten befriedigend durchzuführen, den Verdacht nahelegen, daß unsere*

*Fragestellung fehlerhaft sei. Allerdings werden wir, wie ich glaube, unbedingt an der grundsätzlichen Verschiedenheit der Krankheitsvorgänge festhalten müssen".*

### **Kritik an der Abgrenzung schizophren/manisch-depressiv:**

Im folgenden präzisiert WYRSCH seine Ausführungen. Er bemerkt, daß die Abgrenzung zwischen schizophren und manisch-depressiv „irgendwie schief und unverbunden im System drinsteht“. In den Punkten der organischen Psychosen, Vergiftungen, Hirnverletzungen, Entwicklungshemmungen und psychogenen Erkrankungen pflichtet WYRSCH voll und ganz den Kraepelinschen Ansichten bei, denn sie seien durchsichtig und der wissenschaftlichen Messbarkeit unterworfen. Die „endogenen Verblödungen“ und die manisch-depressive Gruppe seien dies jedoch nicht, obwohl sie klinisch genau so vorkämen, wie Kraepelin sie schildert. Für WYRSCH haben diese Definitionsprobleme aber heute keine Relevanz mehr:

*"Hätte er nicht das System geschaffen und hätte er sich dieser seiner Leistung, auf die stolz zu sein ihm niemand verargen kann, etwas mehr gegenüberstellen können, so würde er gesehen haben, daß die ganze Gruppe und nicht bloß die Abgrenzungen innerhalb ihrer, irgendwie schief und unverbunden im System drinsteht. Alles andere, die organischen Psychosen, die Vergiftungen und Hirnverletzungen, die Entwicklungshemmungen, die psychogenen Erkrankungen u.a.m. hat Ursachen, Ausgänge, oder kann verstanden werden, ist durchsichtig und steht wirklich nebeneinander, nicht alle im gleichen Rang, aber der gleichen Wissenschaft, nämlich der Biologie, und der beschreibenden und Leistungspsychologie unterworfen und in dem gleichen Maßstabe meßbar. Aber die "endogenen Verblödungen" und das Manisch-Depressive sind dies nicht, trotzdem der Erfahrene weiß, daß sie genau so wirklich sind und gerade so vorkommen, wie Kraepelin sie geschildert hat."*

## **KURT SCHNEIDER: „Kraepelin und die gegenwärtige Psychiatrie“, 1956**

Fortschritte in Neurologie und Psychiatrie, 24:1-7

Ein weiterer Artikel, der zum 100. Geburtstag von Kraepelin erschien, war von KURT SCHNEIDER mit Titel „Kraepelin und die gegenwärtige Psychiatrie“. Neben allgemeinen Ansichten zu Kraepelins Einfluß nach seinem Tode, der Kritik an der Verwendung des Begriffs „Irresein“ und der Darstellung von Kraepelins Einfluß auf andere Forscher legt SCHNEIDER einige Schwachstellen am Lehrgebäude Kraepelins offen, in der Gesamtheit werden seine Lehren jedoch akzeptiert und SCHNEIDER kommt zu dem Schluß, daß Kraepelins Lehre weiterhin gilt.

### **Allgemeine Ansichten zu Kraepelins Einfluß nach seinem Tode:**

SCHNEIDER will eine „gegenwärtige“ Darstellung von Kraepelins Einfluß auf die Psychiatrie geben. Vorher gibt er einen Überblick über die Entwicklung und beleuchtet den verblassten Ruhm Kraepelins in Amerika und Deutschland, das überkommene Menschenbild der Wissenschaft des 19. Jahrhunderts und die Überschätzung der Experimentalpsychologie, die er sich jedoch nicht zu Nutzen machen konnte:

*"Kraepelin hat wie kein deutscher, ja überhaupt wie kein anderer Psychiater eine Epoche begründet. Heute hat er ohne Frage viel an Gewicht verloren. In USA spricht man von ihm, wenn überhaupt, mit Verachtung. Auch bei uns gilt er mehr und mehr als ein Großvater, ja schon Urgroßvater, dessen Zeit eben vorbei ist. Vieles ist vorbei. Kraepelin hatte begreiflicherweise ein Menschenbild, das nicht mehr das unsrige ist: das der positivistischen Naturwissenschaft des 19. Jahrhunderts. (...). Vorbei ist die Überschätzung, ja Schätzung der experimentellen Psychologie, wie er sie trieb. Er hat selbst*

*innerhalb der Psychiatrie von ihr fast keinen Gebrauch gemacht und konnte das auch kaum."*

### **Kritik an der Verwendung des Begriffs „Irresein“:**

Nach diesen allgemeinen einleitenden Worten beleuchtet SCHNEIDER als konkreten Kritikpunkt an Kraepelins Werk die Verwendung des Wortes „Irresein“. Dem heutigen Verständnis des „Anderssein“ psychisch Kranker würde die damalige strenge Gegenüberstellung von gesund und „irr“ nicht gerecht:

*"Vieles befremdet heute. Ich greife heraus den übermäßigen Gebrauch von "Irresein", wo es auch sprachlich gar nicht paßt. Dies entspricht der Kühle und Strenge dieser von negativen Wertungen geladenen Psychiatrie. Sie hatte keinen Sinn für das Anderssein etwa Schizophrener oder eigentümlicher Persönlichkeiten – nur für das Wenigersein im Hinblick auf Lebenserfüllung, ja Leistung und "Gesellschaft". Was fremd und unbegreiflich war, wurde allzu schnell als "irr" abgestempelt."*

### **Kraepelins Einfluß auf andere Forscher:**

Um Kraepelins Einfluß auf andere Forscher deutlich zu machen, nennt SCHNEIDER den Psychologen KRETSCHMER und dessen Konstitutionspsychologie, die auf Kraepelins System basiert und eine Ehre für Kraepelins Krankheitslehre darstellt:

*"Kretschmer steht ganz auf Kraepelin, auch wenn er den Einzelfall mehrdimensional auflockert. Er erweitert Kraepelins zwei endogene Formen zu einer universalen Anthropologie. Er erfaßt damit, also mit Verdünnungen von Krankheiten und den Mischungen solcher Verdünnungen, alle menschlichen Spielarten einschließlich ihrer kulturellen Leistungen und philosophischen, ethischen, religiösen Haltungen. Wahrlich: eine größere Ehre kann man Kraepelins klinischen Bildungen nicht antun."*

Auch andere Kollegen konnten auf dem Gebiet der Krankheitsformen Kraepelin nicht überholen. Lediglich JASPERS habe mit seiner Phänomenologie Neues gebracht. Dadurch sei die Psychopathologie Kraepelins überwunden und verbessert worden. Als Grundlage für den verfeinerten diagnostischen Überbau steht aber immer noch Kraepelins Formenlehre:

*"Auch Kleist rüttelte vergeblich an den Ketten Kraepelins. (...). Noch näher bei Kraepelin steht Leonhard mit etwa 10 Formen. (...). Hier ist uns aber nur wichtig: auch da stehen Kraepelins Formen als Fundamente. Sie stehen überall wo man Diagnostik betreibt. Heute ist sie da und dort nach nordamerikanischen Muster uninteressant geworden. Die allzu objektivierende Psychopathologie Kraepelins war schon durch die methodisch und programmatisch von Jaspers vorgetragene "Phänomenologie" überwunden: (...). Man darf wohl sagen, daß die phänomenologische Richtung die rohen diagnostischen Blöcke Kraepelins sehr differenziert zugeschliffen hat."*

### **Kraepelins Systeme gelten weiterhin:**

Die Diagnostik beherrscht nun bis zum Schluß das Thema und SCHNEIDER kommt zu dem Ergebnis, daß Kraepelins Systeme weiterhin unverzichtbar in der psychiatrischen Diagnostik sind. Es heißt hierzu im Schlußsatz:

*"Wir brauchen die Diagnostik für Prognose, Therapie, Begutachtung. Wenn man die Notwendigkeit der Diagnostik bejaht, ist ganz schlicht festzustellen: Die Epoche Kraepelins ist noch nicht zu Ende. Die von ihm eingeschlagenen Pfähle stehen. Wenn sie, wie wir zeigten, schwanken, so schwanken sie nicht, weil sie etwa brüchig wären, sondern weil sie elastisch sind."*

Daraus wird deutlich, daß SCHNEIDER trotz einiger genannter Kritikpunkte klar an Kraepelin als dem Begründer der modernen Psychiatrie festhält.

## **HANS W. GRUHLE: „Emil Kraepelins 100. Geburtstag“, 1956**

Der Nervenarzt, 27:241-244

Im Jahre 1956 erschien HANS W. GRUHLEs Artikel zu „Emil Kraepelins 100. Geburtstag“ in „Der Nervenarzt“. Die Abhandlung geht nicht nur auf Kraepelins Thesen ein, sondern vergleicht diese mit Arbeiten anderer Psychiater.

### **Allgemeine Ansichten zur Kraepelinschen Lehre:**

GRUHLE schreibt, daß Kraepelins Werk zwar Mängel aufweist, für die gesamte Einteilung und Klassifizierung von Seelenleiden aber unentbehrlich ist. Besonders sieht GRUHLE keinen Grund, das geltende System aus schlichter Ablehnung gegen seine fünfzigjährige Geltung zu verlassen:

*"Von diesen Sonderfällen abgesehen, finde ich keinen Anlaß, die Generalgesichtspunkte Kraepelins aufzugeben. Noch heute stellen sie die besten Mittel der wissenschaftlichen Verständigung dar. – Wenn ein System ein halbes Jahrhundert herrscht, so ist die Langeweile, die unruhige Forscher zur Ablehnung der alten Methodik veranlaßt, wirklich kein Grund, diese fallenzulassen."*

### **Einzelkritikpunkte GRUHLEs:**

Die im obigen Zitat angesprochenen „Sonderfälle“ beziehen sich zum Teil auf folgende Punkte:

- Kraepelin faßte die Manie und die Depression als eine Krankheit zusammen, was nur „auf geringen Widerspruch“ stieß.
- Kraepelin rechnete die Depression des Rückbildungsalters nicht der manisch-depressiven Erkrankung zu. Heute würde das manisch-depressive Irresein eher als Cyclothymie verstanden, was GRUHLE folgendermaßen kommentiert:

*"Es besteht dazu meines Erachtens kein Anlaß."*

Kraepelin verstand unter Cyclothymie aber nur die leichten Formen der Erkrankung:

*"Wenn Kraepelin daran festhielt, daß dessen Attacken aus inneren (körperlichen) Gründen (bei entsprechender Konstitution) entstanden, übersah er doch nicht, daß besonders die leichten (cyclothymen) Alterationen häufig nicht ohne psychischen Anlaß verliefen."*

- Die Eingliederung von psychotischen Erkrankungen der Rückbildungsjahre, abgesehen von der Involutionmelancholie, war schon zu Lebzeiten Kraepelins unklar. Dieses ist laut GRUHLE immer noch nicht restlos geklärt.
- Auch ungeklärt blieb die Frage, ob die (akustische) Alkoholhalluzinose eine Alkoholerkrankung sui generis ist oder „als paranoide Schizophrenie eines Säufers aufzufassen“ ist.
- GRUHLE folgt Kraepelins Darstellung der Paranoia nicht:  
*"Die Schilderung des Meisters, die er 1904 für eine Paranoia gibt, könnte ebensogut für eine paranoide Schizophrenie stehen."*

Mehr noch, GRUHLE rechnet Kraepelins Paranoia aus Ursprung, Verlauf und Ausgang schlichtweg der Schizophrenie zu.

### **Zustimmung zu Kraepelins Einteilung der Schizophrenie:**

Kraepelins Einteilung des Oberbegriffes Schizophrenie in Untergruppen wurde oft kritisiert. GRUHLE stimmt dieser Kritik nicht zu und schreibt:

*"Kraepelin selbst wurde nicht müde, innerhalb des Obergesichtspunktes der Schizophrenie Untergruppierungen zu versuchen. Man erinnere sich seiner Paraphrenien. Es besteht meines Erachtens weder klinisch noch methodologisch ein Bedenken, sich solcher Untergruppen zu bedienen. (...). Ich sehe nicht den mindesten Anlaß, den Kraepelinschen Generalgesichtspunkt aufzugeben."*

## **Bewertung des Kraepelinschen Systems durch GRUHLE:**

Während GRUHLE im Weiteren KURT SCHNEIDER zitiert, der seinen Unmut am Festhalten an den Kraepelinschen Thesen zur Schizophrenie kundtut, befürwortet GRUHLE die umfassende und dauerhafte Neuordnung der Psychiatrie durch Kraepelin:

*"Ich begrüße es geradezu, daß neben allen kleinen vorüberziehenden dürftigen Einzelgesichtspunkten die großzügige Kraepelinsche Einteilung übrigbleibt. Es gehörte seine robuste Naturwissenschaftlichkeit dazu, den symptomatologischen Kleinkram zugunsten seiner ordnenden Ideen beiseite zu schieben. Es wäre höchst bedauerlich, wenn man wiederum begänne, diesen Kleinkram wieder hin und her zu wälzen."*

Im nächsten Absatz relativiert sich diese Aussage jedoch wieder, indem GRUHLE ein Zitat SCHNEIDERS aus dessen Schrift „Kraepelin und die gegenwärtige Psychiatrie“ (1956) kommentiert. SCHNEIDER hatte festgestellt:

*"Die Epoche Kraepelins ist noch nicht zu Ende. Die von ihm eingeschlagenen Pfähle stehen."*

GRUHLE stimmt zwar diesem Satz zu, meint jedoch anschließend, daß vom Kraepelinschen System nur noch die endogenen Psychosen und seine Arbeitskurve Bedeutung für die moderne Psychiatrie haben, während Kraepelins Psychologie und die Lehre der Neurosen und Psychopathien veraltet seien:

*"Doch stützen diese Pfähle nur die Einteilung der endogenen Psychosen. Was Kraepelin über Neurosen und Psychopathien gesagt hat, schenkt uns heute kaum mehr Stützpunkte. Auch seine Psychologie (...) bringt uns heute keine lohnenden Einsichten mehr."*



## **EUGEN KAHN: „Emil Kraepelin“, 1956**

American Journal of Psychiatry, 113:289-294

Ebenfalls zu Kraepelins 100. Geburtstag erschien 1956 im „American Journal of Psychiatry“ ein Artikel von EUGEN KAHN mit Titel „Emil Kraepelin“. Der dreigliedrige Artikel beschreibt im ersten Abschnitt Kraepelins Werdegang. Für die Sichtweise Kraepelins durch KAHN sind nur die Abschnitte II und III relevant, in denen KAHN Ausschnitte aus Werk und Forschung und Kraepelins Person und seine Denkweise bewertet.

### **Kraepelin als Baumeister der modernen Psychiatrie:**

In Abschnitt II beschreibt KAHN die Wirkung Kraepelins als unermüdlicher Baumeister der Psychiatrie und seine stetigen Bemühungen um Fallstudien und Überarbeitung seiner Gruppen:

*"From the time of the publication of the Kompendium until Kraepelin's death passed more than 40 years of incessant and intensive work, during which Kraepelin established himself as the master builder of psychiatry. Again and again he worked through thousands of cases of his own experience. He never tired in his attempts to group and regroup his material."*

Am Ende des zweiten Abschnittes schließt KAHN mit folgenden Worten, die Kraepelins Denkweise widerspiegelt. Kraepelin soll demnach erkannt haben, daß seine Krankheitseinheiten zwar nicht für immer Gültigkeit behalten würden, aber er soll gewußt haben, daß er eine neue Epoche klinischer Forschung eröffnet hatte:

*"Kraepelin never renounced the goal of all his clinical work: a classification, a grouping of "real" forms of disease. He never assumed that his nosological groupings would stand for ever, but he realized that his work had opened a new era in clinical psychiatry."*

## **JAKOB WYRSCH: „Über die Bedeutung von Freud und Kraepelin für die Psychiatrie“, 1956**

Der Nervenarzt, 27:529-535

Von JAKOB WYRSCH stammt der Artikel „Über die Bedeutung von Freud und Kraepelin für die Psychiatrie“, erschienen zum 100. Geburtstag von Kraepelin und Freud 1956 in „Der Nervenarzt“. WYRSCH strebt einen Vergleich zwischen den beiden Psychiatern auf den Ebenen der Anerkennung, der Forschungsgebiete und der Wirkung ihrer Lehren an. Beginnend stellt WYRSCH die Einordnung der Schriften Kraepelins und Freuds in die damalige Zeit dar.

### **Darstellung der Kritik anderer Autoren an Kraepelin:**

Nachdem die Schriften Kraepelins und Freuds eingeordnet sind, beschreibt WYRSCH die Reputation Kraepelins und Freuds. Während Kraepelin ein anerkannter universitärer Lehrmeister war, dessen Werk unbestritten galt, war Freuds Ruf zu Lebzeiten „irrlüchtern“:

*"Aber freilich ganz verschiedener Art war der Ruhm der beiden Meister. Derjenige Kraepelins erscholl an den Universitäten, aber außerhalb nannte man den Namen wohl mit Erfurcht, jedoch mit sehr geringer Kenntnis des Werkes. Er war eine Autorität, die man unbesehen gelten ließ, denn der Gebildete fühlte sich nicht verpflichtet, auch seine Bücher zu lesen. (...). Daß Kraepelin ein bedeutender Professor und Psychiater war, bezweifeln wir nicht, aber wir hätten kaum so genau sagen können, worin nun diese Bedeutung bestand. (...). Fast kommt es einem heute vor, dieser etwas irrlüchternde Ruhm Freuds habe besser standgehalten als der solide Kraepelins."*

Im Anschluß beleuchtet WYRSCH den heutigen Ruf Kraepelins. Er zitiert KURT SCHNEIDER und HANS W. GRUHLE und verweist darauf, daß man neben den kritischen Anmerkungen das zwischen den Zeilen geschriebene Lob Kraepelins nicht übersehen dürfe. WYRSCH selbst kommt zu dem Schluß, daß Kraepelins

Werk nach seinem Tode „historisch“ geworden ist. Freud lebe als Revolutionär fort, während Kraepelins Werk der Abschluß einer Epoche sei:

*"Kurt Schneider sagt, in Amerika spreche man von Kraepelin, wenn überhaupt, mit Verachtung: "Auch bei uns gilt er mehr und mehr als Großvater, ja schon Urgroßvater, dessen Zeit eben vorbei ist." Soweit geht Hans Gruhle zwar nicht: "Ich begrüße es geradezu, daß neben allen den kleinen vorübergehenden Einzelgesichtspunkten die großzügige Kraepelinsche Einteilung übrigbleibt." Aber über diesen vielen kritischen Bemerkungen, die diesem Satz vorangehen oder ihm folgen, könnte ein flüchtiger Leser das Lob übersehen. (...). Kurz, Kraepelins Werk ist seit 1926, dem Todesjahr seines Schöpfers, historisch geworden, und Mann und Werk scheinen uns getrennt. (...). Als Neuerer und Revolutionär lebt Freud in seinem Nachruhm fort, während Kraepelin als Bewahrer und allenfalls als Vollender, als Abschluß eines Epoche, und darum klar umrissen, aber als historisch, in unserer Vorstellung steht."*

### **Kritik an Kraepelins klinischer Forschung:**

Während Freud seinen Schwerpunkt auf das „Metaphysische“ legte, verschrieb sich Kraepelin der klinischen Forschung und ihren Resultaten, was WYRSCH im Folgenden beschreibt. Trotz den Kritiken und Weiterentwicklungen durch JASPERS und BLEULER ist WYRSCH der Ansicht, daß erst durch Kraepelins Psychologieforschung eine Trennung in Gruppen möglich war. WYRSCH nennt Kraepelins Sonderstellung der endogenen Psychosen als „bleibenden Gewinn für die Psychiatrie“:

*"Man kann gegen die Psychologie Kraepelins vieles einwenden. Man kann mit Karl Jaspers die phänomenologisch gute Erfassung der Erscheinungen an ihr vermissen, mit Eugen Bleuler das Verstehen der Äußerungen des Abnormen, aber ein Apparat war sie nicht. Sonst hätte Kraepelin nicht trennen können das Konstitutionell-Abnorme, das psychogen Entstandene, das organische, physiologisch oder anatomisch bedingte Psychotische und zuletzt jenes heute*

*noch rätselhafte Endogene, welche Scheidung und Trennung ein bleibender Gewinn für die Psychiatrie ist, was immer sonst mit dem "System der Geisteskrankheiten" geschehen mag."*

**FRANCIS BRACELAND: „Kraepelin, his system and his influence“, 1957**

American Journal of Psychiatry, 113:871-876

FRANCIS BRACELAND hielt 1956 eine Rede mit dem umfassenden Titel „Kraepelin, his system and his influence“, die 1957 in „The American Journal of Psychiatry“ erschien. Neben Kraepelins Werdegang beleuchtet BRACELAND die Entwicklung der Lehre und die Dichotomie, beschreibt den Aufbau der Deutschen Forschungsanstalt und bewertet Kraepelins Lehre.

BRACELAND beginnt seine Rede mit einer Würdigung. Erst Kraepelins System „rettete die Psychiatrie aus Chaos und Verwirrung“ und Kraepelins Arbeit und Methode bieten unerreichte Beispiele von Hingabe an die Vollendung der Psychiatrie:

*"The system which he painstakingly built rescued psychiatry from chaos and confusion but, despite this, when he is identified now by many of our neophytes, it is as the Father of Descriptive Psychiatry and this, in turn, has some quarters the connotation of an epithet. (...). Both his work and his method offered, as they still do, an unrivaled example of devotion throughout life of the basic principles essential for psychiatric accomplishment."*

**Zustimmung zu Kraepelins Dementia praecox:**

BRACELAND beschreibt Entwicklung und System der Kraepelinschen Einteilung der Dementia praecox. Er erklärt, daß für Kraepelin Dementia praecox und

Paraphrenie Demenzzustände endogenen Ursprungs seien, die wie die manisch-depressive Gruppe aus der Konstitution entstünden. Intelligenzverlust könne bei der manisch-depressiven Erkrankung auftreten, sei jedoch nicht typisch für Dementia praecox und Paraphrenie. Desweiteren könne die Dementia praecox in von freien Intervallen getrennten Anfällen auftreten. Diese freien Intervalle würden heute als Remission bezeichnet, bedeuteten aber das gleiche und unterscheiden somit das Kraepelinsche System vom „therapeutischen Nihilismus“ der Anstaltspsychiatrie:

*"For Kraepelin, dementia praecox and paraphrenia were states of dementia of endogenous origin, acquired disorders, like those of the manic-depressive group which, though essentially recoverable, he pointed out, were of constitutional nature. Intellectual weakening may develop in time in manic-depressive patients, but it does not present the traits of dementia praecox and paraphrenia. Kraepelin did not fail to note that dementia praecox itself can appear in a succession of separate attacks separated by lucid intervals. Thus, as we speak today of remissions in the course of the psychosis, we mean practically the same thing as he described. Recognition of the fact that lucid intervals, or remissions, do occur did much to change the therapeutic nihilism of institutional psychiatry."*

BRACELAND ist der Meinung, daß das heutige System der psychiatrischen Diagnostik und Einteilung auf Kraepelins Ideen beruht. Das wird auch an den folgenden Sätzen deutlich, in denen BRACELAND beschreibt, wie trotz der anfänglichen Vorbehalte vieler psychiatrischer Schulen gegen die neue Lehre der Einfluß Kraepelins weiter gewachsen ist und einen Eindruck bei den nachfolgenden Generationen von Psychiatern hinterlassen hat:

*"The views of Kraepelin on both dementia praecox and manic-depressive psychosis were resisted at first in many influential quarters. But they advanced*

*inexorably, coloring the views of the contemporary generation of psychiatrists and making their impact upon succeeding observers."*

BRACELAND geht noch weiter ins Detail und erklärt, warum Kraepelins Thesen so kontrovers diskutiert wurden. Er glaubt, daß die Unterscheidungen in der Gruppe der manisch-depressiven Erkrankung sich über die Jahre besser gehalten haben als die der Dementia praecox, die auch bei ihrer Vorstellung für Diskussionsstoff gesorgt haben. Kraepelin sei aber eher bereit gewesen, der Gruppe der manisch-depressiven Erkrankung zuzugestehen, sie enthalte eine Gruppe von Störungen, die sich je nach Patient verändern könnten, auch wenn die Prognose in allen Fällen gleich gut sei bezüglich der plötzlichen Attacke:

*"Although the distinctions made by Kraepelin for the manic-depressive psychosis have held up better over the years than those appertaining to dementia praecox, they excited just as much controversy when he made them initially. The difference in their status (i. e. his concept of dementia praecox vs. that of manic-depressive psychosis) is perhaps related to the fact that Kraepelin was more prepared to admit that manic-depressive psychosis embraces a group of disorders with course varying considerably in different patients, even though the prognosis is practically uniform – good for the immediate attack."*

### **Bewertung der Kraepelinschen Lehre:**

Kraepelins Ansichten seien seiner Zeit voraus gewesen und sein Einfluß bleibt heute bestehen auch außerhalb von Nosologie, Diagnose und Prognose in den Gebieten der Anstaltspsychiatrie, der Statistik, der Körperbauforschung und der Genetik. Die klinische Forschung werde immer von ihm geprägt sein und man wird sich an ihn als großen Beschreiber einer psychiatrischen Systematik erinnern:

*"His views were far in advance of his time and who knows but mayhap in some respects in advance of our own. (...). The influence of Kraepelin continues*

*today in many areas outside of nosology, diagnosis and prognosis: in institutional psychiatry, in administrative statistics, in constitutional studies, in the field of genetics, which was of course a major research interest of his Institute. Clinical research will always be indebted to him for the clarity of his ideas and his unremitting search for truth. We remember him best as the great systematist of psychiatry, and he will always be entitled to that distinction. (...)."*

Allerdings deutet auch BRACELAND an, daß viele Dinge des Kraepelinschen System heute veraltet und verschwunden sind. In Europa sei Kraepelins Lehre immer noch im täglichen Gebrauch und die heutige Forschung orientiere sich an den Wegen, die er beschritten habe:

*"Much of Kraepelinian psychiatry is seemingly outdated in some respects; some of it has perished altogether. But in Europe the teachings of Kraepelin are still in daily use and research continues to be conducted along many of the avenues he pioneered."*

### **EUGEN KAHN: „The Emil Kraepelin Memorial Lecture“, 1959.**

In: Epidemiology of Mental Disorder (von B. Pasamanick), AAAS (Washington).

Neben einem Lebenslauf Kraepelins, seinem Werk und seiner Lehre enthält der Artikel auch eine Bewertung Kraepelins durch KAHN und andere Autoren.

KAHN schreibt zur **Bewertung von Kraepelins Lehre** über die drei Standbeine des Kraepelinschen Systems aus organischen Psychosen, endogenen Psychosen und Persönlichkeitsstörungen. Auf dem Gebiet der endogenen Psychosen seien Kraepelin die größten Fortschritte gelungen, die auch durch moderne Forschung nicht überholt wurden und sich als richtig erwiesen:

*"The backbone of Kraepelin's system can be seen in three categories of mental disorder: (1) the organic psychoses, (2) the endogenous psychoses, and (3)*

*the deviant personalities. Kraepelin worked on all three categories and enhanced our knowledge. In the second category he created most relevant groups. Here essential changes have not been achieved since Kraepelin. Many authors have chiseled on the manic-depressive psychoses, but Kraepelin's findings about them were verified."*

### **KLAUS CONRAD: „Das Problem der „nosologischen Einheit“ bei Kraepelin“, 1959.**

Der Nervenarzt, 30: 488-494

CONRAD beschreibt die Einordnungsprobleme der psychiatrischen Krankheiten in Kraepelins System anhand von Zitaten aus Kraepelins Lehrbuch und seiner Kritiker. Obwohl Kraepelin sein Lehrbuch der Psychiatrie immer weiter fortentwickelt und dem jeweiligen Stand der Forschung angepasst habe, gäbe es doch eine Reihe von Differenzen zwischen den heute gängigen Auffassungen und den Beschreibungen in Kraepelins Buch. CONRAD kritisiert die Dichotomie der großen Gruppen Schizophrenie und manisch-depressive Erkrankungen:

*"Die scharfe Scheidung zwischen Schizophrenie und Cyclothymie, so als seien es völlig verschiedene Krankheitskreise, scheint mir jenes Vermächtnis Kraepelins zu sein, das mir von allen am fragwürdigsten erscheint."*

Nach verschiedenen Beispielen geht CONRAD weiter ins Detail und kritisiert die zu scharfe Abgrenzung von Schizophrenie und manisch-depressiver Erkrankung, die wegen ihrer zahlreichen Übergangsformen nur unscharf sei. Eine Kritik, die schon Anfang des 20. Jahrhunderts durch THALBITZER geäußert wurde:

*"Die alte Kraepelinsche Nebenordnung der zwei großen Erkrankungskreise des Schizophrenen und Cyclothymen erfährt eine weitere Infragestellung durch*



*die seltsame Tatsache, dass wir häufig genug Fälle antreffen, wo cyclothyme Psychosen einer Schizophrenie vorherlaufen, so dass man sich später die Diagnose endogen-depressive oder manische Phase in Schizophrenie abzuändern gezwungen sieht. (...). Dies alles spricht meiner Erachtens dagegen, zwei toto coelo verschiedene Erkrankungen anzunehmen."*

Zusammenfassend erklärt CONRAD, dass eine gründliche Überlegung der bisher verwendeten Klassifikationen vonnöten ist. Kraepelins System sei zwar die Grundlage, müsse aber in vielen Punkten weiterentwickelt und dem Stand moderner Forschung angepasst werden.

# Auseinandersetzung mit Kraepelins

## Werk in den Jahren 1900 bis 1960

### Übersicht und zeitlicher Verlauf

Über den zeitlichen Verlauf zwischen 1900 und 1960 zeigen sich drei Perioden unterschiedlicher Perzeption von Kraepelins Lehre:

1. Periode 1900-1926: Umfassende Auseinandersetzung über Kraepelins Lehren mit scharfer Kritik oder völliger Zustimmung.
2. Periode 1926-1928: Zu Kraepelins 70. Geburtstag und nach seinem Tod erschienene Würdigungen mit meist kritikloser Verklärung von Werk und Persönlichkeit.
3. Periode 1929-1960: Retrospektive auf Werk und Persönlichkeit mit differenzierter, unterschiedlicher Darstellung von Ablehnung und Zustimmung. Die zu Kraepelins 100. Geburtstag (1956) erschienenen Schriften ordnen sein Werk in die moderne Psychiatrie ein.

Die **erste Periode 1900-1926** ist anfangs gekennzeichnet durch die massive Kritik an Kraepelins Dichotomie, die er in der 6. Auflage seines Lehrbuches 1899 deutlich formuliert hatte. Hauptgesichtspunkt ist dabei die von Kraepelin vollzogene Trennung der Melancholie von der Gruppe des manisch-depressivem Irreseins, daneben findet sich auch Kritik an der Unübersichtlichkeit der Gruppe der manisch-depressiven Erkrankungen. Verschiedene Meinungen finden sich über die Frage, ob einfache Manie und Depression angesichts der Aufstellung der Gruppe der manisch-depressiven Erkrankung weiterhin ihre Berechtigung als Einzelformen haben. Zur Dementia praecox gibt es deutlich weniger Stimmen als zur manisch-

depressiven Erkrankung, teils kritisch, teils ablehnend, aber allesamt mit verschiedenen Streitfragen. Bei der Formenlehre und den Krankheitseinheiten findet sich harsche Kritik neben milden Verbesserungsvorschlägen. Eine Würdigung von Kraepelins Werk in einem überblickenden Kontext ist in den ersten Jahren überhaupt nicht sichtbar, zu sehr war die Wissenschaft noch mit dem Streit über die Richtigkeit von Kraepelins Thesen beschäftigt. Während einige Psychiater sich auch schon vor 1914 positiv über Kraepelins Werk äußerten und SOUTZO (1906) Kraepelins Werk als die „Quintessenz“ moderner Psychiatrie betitelte, so stammt der erste Beitrag, der Kraepelins Werk mit gebührendem Abstand von den erwähnten Streitpunkten in einen historischen Kontext einzuordnen versucht, erst aus dem Jahre 1926 von GAUPP.

### **Kritik am Ausscheren der Melancholie aus der Gruppe des manisch-depressiven Irreseins:**

Bereits in der dänischen Originalausgabe seiner Doktorarbeit 1902 und in den weiteren Jahren, 1905 und 1908 (deutsche Fassung der Doktorarbeit), wendet sich THALBITZER gegen Kraepelins Einteilung, mit dem Vorwurf, die Abgrenzung der zirkulären Depression von der Melancholie als Psychose des höheren Lebensalters (Involutionmelancholie) sei unnatürlich und willkürlich. Die von Kraepelin in der manisch-depressiven Gruppe vorgesehenen zwei großen Hauptzustände, Manie mit motorischer Hemmung und Depression mit motorischer Erregung, hält THALBITZER (1908) für zu vereinfachend dargestellt und meint, daß es jede erdenkliche Kombination der Symptome geben könne. Außerdem ist THALBITZER (1905) der Ansicht, daß die Differentialdiagnose zwischen Melancholie als echter Stimmungspsychose und „depressivem Wahnsinn“, bei dem die Depression durch den Wahn motiviert ist, in jedem Fall gestellt werden müsse.

Auch andere Autoren äußern sich zur Trennungsfrage: Die Übergänge zwischen der manisch-depressiven Psychose und der einmaligen melancholischen Psychose seien so fließend, daß eine Abgrenzung nicht möglich sei (HÜBNER 1908), zudem könne man nicht von den zirkulären Symptomen grundsätzlich auf eine manisch-depressive Psychose schließen, sondern müßte auch an eine Dementia praecox denken, bei der ebenso zirkuläre Symptome vorkämen (PAITHAS 1907, URSTEIN 1909).

Das Ausscheren der Melancholie aus der Gruppe der manisch-depressiven Erkrankungen sorgt für Diskussionsstoff bei der Einordnung von Fällen juveniler Depression: FAUSER (1906) ist der Ansicht, prognostisch günstige Depressionen im Jugendalter ließen sich nicht immer in die manisch-depressive Psychose, Dementia praecox, Hysterie oder „Entartungsirresein“ einordnen, sondern gehörten in die Melancholie-Gruppe. Dem widerspricht HÜBNER (1908) mit der Ansicht, jugendliche Depressionen dürften nicht in die Involutionmelancholie eingereiht werden.

Neben den Differenzen bei der Melancholie-Frage findet sich auch starke **Kritik an der Gruppe der manisch-depressiven Erkrankung:**

Die Gruppe der manisch-depressiven Erkrankung sei zu groß und zu unübersichtlich (BUMKE 1909), sie sei auf Kosten der Dementia praecox erweitert worden und enthalte unrechtmäßig Teile von ihr (ABRAHAM 1909).

Gegen die von Kraepelin geforderte Ausschließlichkeit der manisch-depressiven Psychose, das heißt, Manie und Depression würden nicht als Einzelerkrankungen auftreten, sondern sich immer gegenseitig mit ihren Symptomen begleiten bis hin zu den Mischzuständen („état mixte“), die aus Manie und Depression zusammengesetzt seien, wendet sich RÉGIS (1907). Er erklärt, Manie und Depression hätten als Einzelbausteine der manisch-depressiven Psychose sehr wohl

ihre Berechtigung und könnten im Gegensatz zu Kraepelins Theorie allein in Einzelformen (état simple) vorkommen. Nach RÉGIS' Meinung würden nur 26% aller einfachen Formen rezidivieren, während Kraepelin davon ausgehe, daß nahezu alle rezidivieren. Außerdem wendet sich RÉGIS gegen die Auffassung Kraepelins, Manie und Depression hätten den gleichen „Ursprung“ und „Pathomechanismus“, seien also der gleiche Zustand. RÉGIS glaubt vielmehr, beide gehörten zwar in die gleiche Krankheitsfamilie, seien aber unterscheidbar und sogar entgegengesetzt. ABRAHAM (1909) ist der Ansicht, daß die Mischzustände von der manisch-depressiven Gruppe getrennt werden müßten.

Nur zwei Autoren, DENY und DREYFUS, **unterstützen die manisch-depressive Gruppe:**

Einfache Einzelformen („état simple“) der Manie und Depression existierten kaum, meistens fänden sich Rezidive der beiden Formen als manisch-depressive Mischzustände („état mixte“), deshalb sei die Bezeichnung manisch-depressive Erkrankung gerechtfertigt (DENY 1907).

Durch Kraepelins Einteilung würden viele „vordem unverständliche Krankheitsbilder gedeutet“, es ließen sich präzise Prognosen machen (DREYFUS 1909).

Meinungen zu Kraepelins Lehre der **Dementia praecox:**

BUMKE (1909) ist der Meinung, Dementia praecox sei bei Jugendlichen zu häufig fälschlich diagnostiziert worden, während WALKER (1907) begrüßt, daß durch Kraepelins Einteilung viele Fälle, die früher zur Manie, Melancholie oder zirkulären Psychosen gezählt wurden, nun der Dementia praecox zugerechnet würden, weil die melancholische oder manische Stimmung nur ein momentanes Zustandsbild darstelle, der Grundcharakter der Erkrankung aber „verblödend“ und „abstumpfend“ sei.

Die Dementia-*praecox*-Gruppe sei ein „wirklicher Krankheitsbegriff“ mit Einheitlichkeit und Abgrenzbarkeit nach außen (BLEULER 1911).

### **Kritik an der Formenlehre und Kraepelins Werk allgemein:**

Keinen Vorteil will ALFRED HOICHE an Kraepelins Lehre erkennen. Mit zynischen und polemischen Kommentaren verwirft er Kraepelins Formenlehre:

Die Formenlehre sei diagnostisch und prognostisch unbefriedigend, mit „zahllosen“ Übergangsformen und Verwischung der Grenzen (HOICHE 1906), es stelle sich überhaupt die Frage nach Krankheitseinheiten (HOICHE 1910). Die Suche nach reinen Typen in der Psychiatrie sei unzulässig (HOICHE 1906) und würde bei zahlreichen Einzelfällen die Prognose erschweren, weil bei der Aufsplitterung in reine Formen viele Grenzfälle nicht mehr einzuordnen seien (HOICHE 1912).

HOMBURGER (1911) schreibt in seinem zusammenfassenden Überblick über die einschlägige Literatur der vorangegangenen Jahre, dem System Kraepelins fehlten die Kausalketten aus Beginn, Verlauf und Ausgang einer Krankheit. Außerdem könne Kraepelins Einteilung „Psychisches nur an Psychischem“ messen.

JASPERS (1913) hinterfragt die Grundlagen von Kraepelins System. Er überlegt, ob Kraepelin bei der Erstellung seiner Gruppeneinteilung alle Aspekte der Krankheitsbilder und Übergänge unter ihnen berücksichtigt hat:

*"Die Diagnose aus dem Gesamtbild kann man nur machen, wenn man vorher von einer zu diagnostizierenden, abgegrenzten Krankheit weiß. Man kann aus dem Gesamtbild aber keine scharf abgrenzbaren Krankheiten finden, sondern nur Typen, die überall in den Einzelfällen "Übergänge" zeigen."*

Weiterhin erklärt JASPERS:

*"Der gleiche Ausgang ist noch kein Beweis für die gleiche Krankheit."*

JASPERS sieht in Kraepelins Krankheitseinheiten einen „bleibenden Wahrheitskern“ und die „Intensivierung diagnostischen Bemühens“, die „jedoch

keine erreichbare Aufgabe“ seien, sondern ein Orientierungspunkt zukünftiger Forschung.

Die **erste Epoche** wird geteilt durch den **Ersten Weltkrieg 1914-1918**. Während dieser Zeit finden kaum Debatten über Kraepelins Lehre statt, vor allem nicht im europäischen Ausland, eine Tatsache, die auch ION und BEER (2002) im Epilog ihrer Arbeit „The British reaction to Dementia praecox 1893 – 1913“ angemerkt haben, da die Psychiater mehr mit der Behandlung von Kriegstraumata beschäftigt waren als mit Grundlagendebatten.

Nach 1918 ist der Ton in der Besprechung von Kraepelins Werk verändert: Es scheint fast so, als sei die in der Vorkriegszeit zu findende harte Diskussion über Kraepelin – zumindest in Deutschland – durch den Krieg ausgetrocknet worden. HOFF (1994a) schreibt in seinem Artikel „Psychiatrische Diagnostik: Emil Kraepelin und die ICD-10“ über diese Beobachtung:

*"Nach dem Ersten Weltkrieg und insbesondere in den 20er Jahren ließ, um ein physikalisches Bild zu benutzen, die ursprünglich erhebliche "Gravitationskraft" der Kraepelinschen Krankheitslehre nach. Sie konnte immer weniger als programmatische Klammer fungieren, die im einzelnen zwar kritisiert, grundlegend aber akzeptiert wurde."*

ION und BEER (2002) nehmen für die allgemeine Verbreitung von Kraepelins Dementia praecox-Konzept in Großbritannien sogar das Jahr 1913 an, indem sie den Zeitraum ihrer Studie festlegen:

*"This two-part study focuses on the early British reaction to Kraepelin's concept, from 1893, when he first introduced it, to 1913 when it gained general recognition."*

Nach dem Ersten Weltkrieg findet sich **Kritik zur allgemeinen Formenlehre** nur noch bei KRETSCHMER und MEYER: Man benötige keine Krankheitseinheiten, sondern „**Krankheitsvielheiten**“, bei denen keine Gruppenabgrenzungen den Blick

auf das „Spiel freier seelischer Einzelkräfte“ verhindern (KRETSCHMER 1919), das monographische Konzept sei unbrauchbar (MEYER 1922). Die **Dichotomie sei ein zu starres System**, das dem klinischen Verlauf nicht gerecht werde, man benötige ein dynamischeres Modell (MEYER 1922).

HALBERSTADT (1922) verurteilt die übermäßige Erweiterung der Dementia praecox auf Kosten anderer Gruppen, während CLAUDE (1925) die Abgrenzung der Paranoia von der Dementia praecox für unklar hält.

KEHRER (1925) ist der Meinung, die Suche nach Krankheitsformen sei von vorne herein durch eine einseitige Festlegung der Suchkriterien falsch durchgeführt und die Ergebnisse nicht objektiv ausgewertet worden.

Dagegen findet GAUPP (1926) die **Kritik an Kraepelin als nicht gerechtfertigt**: Trotz der offensichtlichen Mängel in Kraepelins System müsse man den Fortschritt und die Eröffnung neuer Forschungsmöglichkeiten durch Kraepelins Arbeit sehen.

In der **zweiten Periode 1926-1928** finden sich sowohl Festschriften zu Kraepelins 70. Geburtstag als auch – nach Kraepelins überraschendem Tod – die wenig später erschienenen Nekrologe. Die meisten dieser Beiträge enthalten **Würdigungen von Kraepelins Werk, seiner Person und seiner Forschungsmethoden** (WIRTH, PLAUT, TRÖMNER, WEYGANDT, GAUPP, SPIELMEYER, LANGE, MAYER-GROSS, alle 1926/1927).

BUMKE (1926), der noch 1909 vor der leichtfertigen Übernahme von Kraepelins Thesen gewarnt hatte, ist nun der Ansicht, erst durch Kraepelins System von abgrenzbaren Krankheiten sei es möglich geworden, Überschneidungen von manisch-depressiv und schizopren, also Mischpsychosen zu finden.

Geringe Einwände zeigen die Nachrufe von HENNEBERG (1926) und CLAUDE (1927). HENNEBERG hält die Verknüpfung von Prognose und Diagnose für bedenklich, außerdem sind ihm die **Grenzen der Formenkreise zu weit und zu**



**unbestimmt.** CLAUDE ist der Ansicht, die Gruppe der **Dementia praecox** sei **unpräzise**, besonders bei der Paranoia, denn mit der Einführung der Paraphrenien durch Kraepelin seien so viele Änderungen vorgenommen worden, daß die genaue Einordnung der Gruppe schwierig sei.

Deutlichere Ablehnung zeigen HALBERSTADT (1927) und MEYER (1927). HALBERSTADT urteilt, daß Präsenilität und degenerative Formen zu Unrecht in der manisch-depressiven Gruppe eingereiht seien. Es ergebe sich die Notwendigkeit, in den einzelnen Formenkreisen Untergruppen zu erstellen. MEYER, ein Schüler Kraepelins, beschreibt **eine Reihe sachlicher Differenzen:** MEYER ist erstaunt über die Zusammenfassung von Manie und Melancholie (außer der Involutionmelancholie) in eine Gruppe periodischer, zirkulärer Leiden, die sich nicht verschlechtern und meist nur einmal im Leben auftreten. Schwer begreiflich findet MEYER die gemeinsame Einordnung von Schilddrüsenerkrankungen, progressiver Paralyse und Zuständen, die in terminale Demenz münden, in die Gruppe der Stoffwechselerkrankungen. Die Diagnose der progressiven Paralyse ist für MEYER zu häufig gestellt, außerdem fehle ein morphologisches Korrelat für Kraepelins Parallele zwischen progressiver Paralyse und Dementia praecox. An Kraepelins Forschungsmethode beklagt MEYER die fehlende Einbeziehung des konstitutionellen Hintergrundes.

BIRNBAUM (1928) stellt vergleichend die gängigen Schulen des beginnenden 20. Jahrhunderts dar und kommt zu Schluß, dass Kraepelins Werk zwar durch mehrdimensionale Kriterien erweitert werden müsse, in seiner Gesamtheit aber als diagnostisches Fundament gültig sei.

In die **dritte Periode 1929-1960** fällt Kraepelins 100. Geburtstag. Während die drei Jahre nach Kraepelins Tod 1926 erschienenen Schriften von GRUHLE und MAYER-GROSS die Unvollkommenheit von Kraepelins Werk und Methodik

beleuchten, sind die zum 100. Geburtstag 1956 geschriebenen Artikel im Großen und Ganzen wohlwollend und stellen Kraepelins Lebenswerk in eine historische Perspektive.

GRUHLE und MAYER-GROSS (beide 1929) kritisieren **die fehlende Einbeziehung der Psychologie** in Kraepelins Forschung, MAYER-GROSS nennt Kraepelins Arbeit eine „mächtige phrasenlose Hingabe an ein Lebenswerk“. Außerdem habe sich Kraepelin zu stark an klinischen Details orientiert, ohne diese in eine Theorie fassen zu können (MAYER-GROSS).

DE BOOR (1954) erklärt, daß sich Kraepelins endogene Formenkreise nur „Grundkonventionen“ seien und sich dem jeweiligen Forschungsstand anpassen müßten, indem immer neue Versuche unternommen werden, Einzelformen herauszuheben.

Im Jubiläumsjahr 1956 erschienen Artikel von GRUHLE, SCHNEIDER, KAHN und zwei Artikel von WYRSCH.

GRUHLE (1956) stimmt zwar der Kraepelinschen Schizophrenie zu, bringt aber andererseits **einige Meinungsverschiedenheiten** vor: Es sei ungeklärt, ob die Alkoholhalluzinose eine Alkoholerkrankung oder eine paranoide Schizophrenie ist, die Eingliederung von psychotischen Erkrankungen der Rückbildungsjahre (außer der Involutionmelancholie) sei undurchsichtig, die Darstellung der Paranoia sei undeutlich und könne ebenso für eine paranoide Schizophrenie stehen. GRUHLE relativiert diese Vorwürfe aber:

*"Von diesen Sonderfällen abgesehen, finde ich keinen Anlaß, den Generalgesichtspunkt Kraepelins aufzugeben."*

Er begrüße es geradezu,

*"daß neben allen kleinen vorüberziehenden dürftigen Einzelgesichtspunkten die großzügige Kraepelinsche Einteilung übrigbleibt."*

Ähnlich äußert sich SCHNEIDER (1956), der zwar der Meinung ist, daß Kraepelins Werk viel an Gewicht verloren habe, aber weiterhin Geltung habe:

*"Die Epoche Kraepelins ist noch nicht zu Ende. Die von ihm eingeschlagenen Pfähle stehen. Wenn sie, wie wir zeigten, schwanken, so schwanken sie nicht, weil etwa brüchig wären, sondern weil sie elastisch sind."*

Als einzigen deutlich formulierten Kritikpunkt nennt SCHNEIDER den aus seiner Sicht unpassenden Begriff des „Irreseins“ in der Beschreibung von psychiatrischen Erkrankungen, weil dieser mit „negativen Wertungen“ beladene Begriff dem „Anderssein etwa Schizophrener oder eigentümlicher Persönlichkeiten“ nicht gerecht würde. Davon abgesehen ist SCHNEIDER der Ansicht, Kraepelins Werk sei die **Grundlage moderner Diagnostik**.

KAHN (1956) lobt Kraepelins Hingabe an die klinische Forschung und nennt ihn **„the master builder of psychiatry“**.

WYRSCH (1956) beschreibt, daß Kraepelins **Abgrenzung von schizophrener und manisch-depressiver Gruppe** „irgendwie schief und unverbunden im System drinsteht“, denn alle anderen Gruppen, die organischen Psychosen, Entwicklungshemmungen, Vergiftungen, Hirnverletzungen und psychogenen Erkrankungen, seien der Biologie und Leistungspsychologie meßbar unterworfen, die „endogenen Verblödungen“ und die manisch-depressive Gruppe seien dies aber nicht. WYRSCH äußert sich insgesamt aber zuversichtlich über den **Fortbestand von Kraepelins Werk**:

*"Es steht auch heute noch da ohne gefährliche Risse und Fugen, und Kraepelin durfte 1918 in seiner kurzen Geschichte der Psychiatrie gleichsam einen Schlußpunkt hinter diese Entwicklung setzen."*

In seinem zweiten Artikel bezeichnet WYRSCH **Kraepelins Werk als „historisch“**.

Die 1957 erschienene Schrift von BRACELAND drückt die gleichen Ansichten aus. Kraepelins Lehre sei die **Basis moderner Diagnostik**, der Einfluß der Kraepelinschen Forschung habe sich auch auf die Gebiete der Anstaltspsychiatrie, der Statistik, der Körperbauforschung und der Genetik ausgedehnt.

KAHN (1959) ist der Meinung, daß in der Frage der endogenen Psychosen seit Kraepelin keine grundlegenden Veränderungen erreicht wurden und daß sich **Kraepelins Forschungsergebnisse bestätigt** hätten. Die zu Kraepelins 100. Geburtstag und in den darauffolgenden Jahren erschienenen Schriften stellen also Kraepelins Lehre überwiegend als Fundament moderner Psychiatrie dar. Eine Ausnahme bildet CONRAD (1959), der eine grundlegende Überarbeitung der psychiatrischen Klassifikationen fordert und speziell Kraepelins Dichotomie wegen der zu scharfen Trennung zwischen manisch-depressiv und schizophren angreift, die in der klinischen Betrachtung nicht haltbar sei.

## **Auseinandersetzung mit Kraepelins wissenschaftlicher Methodik und Nosologie im zeitlichen Vergleich:**

In der Einleitung wurde bereits MICHAEL SHEPERD (1995a, 1995b) erwähnt, der die Ansicht vertritt, Kraepelins Methodik sei durch das Fehlen einer verlässlichen Statistik und seine Nosologie von subjektiven Hypothesen geprägt. SHEPERD (1995b) nennt dies einen „kategorischen Fehler“. Aus diesen Unzulänglichkeiten seien bereits sehr früh nach Bekanntwerden von Kraepelins Nosologie verschiedene Gegenmodelle zu Kraepelins System aufgekommen, SHEPERD (1995a, 1995b) nennt hier WERNICKE (1906), HOCHÉ (1912), BUMKE (1924b), JASPERS (1913) und MEYER (1904, 1906, 1922). Diese genannten Autoren gehen aber nicht vom gleichen Ansatz wie SHEPERD aus, sondern stellen zum Teil gänzlich eigene psychopathologische Modelle vor (WERNICKE, JASPERS) oder vertreten konträre Ansichten in einzelnen Punkten der Kraepelinschen Dichotomie (HOCHÉ, BUMKE, MEYER). Diese Kritik bezieht sich in den wenigsten Fällen auf grundsätzliche Fragen wie Methodik, statistische Objektivität und wissenschaftliche Vorannahmen, sondern stützt sich auf die Diskussion von Kraepelins Einteilung und Zusammenfassung von Krankheitsbildern sowie den Vergleich von eigenem Krankengut mit den von Kraepelin vorgelegten Zahlen. Nahezu niemand stellte die Frage, ob das, was Kraepelin messen wollte, überhaupt messbar war, ob seine klinischen Fallstudien auf objektiven Untersuchungskriterien basierten und ob die Auswertung der Ergebnisse vorurteilsfrei erfolgte. Lediglich JASPERS (1913) wirft Kraepelin falsche Grundannahmen vor, indem er sagt, daß die Diagnose aus einem Gesamtbild nur dann gestellt werden könne, wenn man von einer abgrenzbaren Krankheit wisse. HOCHÉ (1906) nennt Kraepelins Suche nach reinen Krankheitsformen eine unzulässige Übertragung der Fragestellungen aus anderen klinischen Disziplinen. KEHRER (1925) glaubt, daß Suchkriterien einseitig gestellt und Ergebnisse nicht objektiv ausgewertet seien.

Die Besprechung von Kraepelins Wissenschaftsverständnis nimmt erst nach 1920 größeren Raum ein, während im umgekehrten Fall die Kritik an Kraepelins Dichotomie abnimmt. Der erste Angriff erfolgt von ADOLF MEYER (1922). Er lehnt die starre, voreinnehmende Einteilung in Krankheitsgruppen ab, die weder für Diagnose noch Prognose sinnvoll sei und besser durch „dynamic formulations“ ersetzt werden sollten. GAUPP (1926) beschreibt Kraepelins Forschungsmethode als „halb bewußt, halb unbewußt einseitig und unvollständig“, sie sei „zu sehr mit der Inventaraufnahme beschäftigt“ gewesen. GAUPP fordert, auch die Konstitutionsbiologie in die Forschung mit aufzunehmen, um atypischen Bildern gerecht zu werden. GRUHLE (1929) beklagt die fehlende Einbeziehung der psychologischen Forschung in Kraepelins Psychiatrie und bescheinigt Kraepelins Arbeitsmethode Naivität und Unbekümmertheit um wissenschaftliche Bedenken. Kraepelin seien alle methodologischen Erwägungen fern gewesen und sein unbekümmertes, robustes Zugreifen habe nicht zur Arbeitsweise eines Gelehrten gepaßt. MAYER-GROSS (1929) schiebt Kraepelins Unfähigkeit, die Psychiatrie mehrdimensional zu sehen, auf seine durch botanische Formenwelt und anatomische Sichtweise vorbestimmte wissenschaftliche Haltung.

Während also eine harte Diskussion über die Inhalte und Auswirkungen von Kraepelins Dichotomie bis zum Ersten Weltkrieg den Hauptteil der Beiträge umfaßte, war eine Besprechung der methodologischen Grundlagen von Kraepelins Nosologie praktisch nicht vorhanden. Eine Ausnahme bildet hier HOMBURGER (1911), der bereits sehr früh über Kraepelins Lehre sagte, sie könne „Psychisches nur an Psychischem“ messen. Nach dem Ersten Weltkrieg veränderte sich diese Situation, die „Gravitationskraft“ (HOFF 1994a) der Kraepelinschen Lehre ließ nach: Seine Einteilung der Geisteskrankheiten hatte sich in der Diagnostik durchgesetzt und wurde nur noch in einzelnen Punkten bemängelt, jedoch nahmen ab 1920 die Schriften zu, die sich kritisch über Kraepelins

Wissenschaftsverständnis äußern. Hauptgesichtspunkte sind hier die starre Dichotomie und die fehlende Einbeziehung der Psychologie.

### **Kraepelins Nosologie und die moderne Forschung:**

Die Stellung der modernen Psychiatrie zu Kraepelins Nosologie wurde bereits in mehreren Zitaten in der Einleitung dargestellt. Angesichts der überwiegenden Meinung, daß die heutige Psychiatrie nach wie vor auf Kraepelins System basiert, muß hinterfragt werden, warum Kraepelins Einfluß noch so groß ist.

JULES ANGST (1993) analysiert in seiner Festrede „Today’s perspective on Kraepelin’s nosology on endogenous psychoses“ anlässlich der Verleihung der Emil-Kraepelin-Medaille an ihn im Jahre 1993 die Stellung der modernen Psychiatrie zu Kraepelins Werk. ANGST hält es für „bemerkenswert“, daß Kraepelins Einteilung immer noch weltweit in Gebrauch ist und stellt fest, daß die Psychiatrie nicht weit über ihren „Meister“ hinausgewachsen ist:

*"Today, more than 60 years later, the question arises, where we stand. Today, more than 60 years later, it is noteworthy that this classification is still valid worldwide. Psychiatry did not grow much beyond her master. Does this mean that psychiatry, despite carefully preserving Kraepelin’s heritage, did not develop any further?"*

Während ANGST die – rhetorische – Frage aufwirft, ob sich die Psychiatrie seit Kraepelin nicht weiterentwickelt habe, betrachtet MATTHIAS M. WEBER (1997) den Einfluß von Kraepelins Nosologie von einer anderen Seite. Er ist vielmehr der Meinung, daß die Neo-Kraepelinianer bei der Bewertung Kraepelins und seiner Bedeutung die anderen Bereiche der wissenschaftlichen Ansichten und der Methodik Kraepelins außer Acht ließen. Denn eine Darstellung Kraepelins dürfe nicht nur über seine Nosologie erfolgen, sondern müsse auch die vorbestehenden klinischen Methoden, die institutionellen Bedingungen, die damaligen

Arbeitsweisen berücksichtigen, um die Unterschiede im Wissenschaftsverständnis der damaligen und heutigen Zeit zu verdeutlichen. Daraus resultiert nach WEBER dann auch eine zeitgemäße, an den modernen diagnostischen Möglichkeiten und wissenschaftlichen Erkenntnissen orientierte Bewertung Kraepelins:

*"According to some commentators, Kraepelin's nosology had a strong impact on clinical psychiatry because of its seeming simplicity, coherence and homogeneity. But this view is the result of a very one-sided reception of Kraepelin's ideas by his successors, especially the so-called neo-Kraepelinian school. What may subsequently have been useful for everyday clinical practice or medical education, neglects a number of important circumstances, for example the continuous alterations in Kraepelin's nosology until the end of his life. In the view of the importance of Kraepelin's nosology to our contemporary understanding of psychiatric disorders, it is worth reconsidering just how Kraepelin constructed his nosological system. Which clinical methods did he actually apply in order to evolve his disease categories? What were its necessary practical and institutional preconditions?"*

Im ersten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts erfolgte eine Bewertung von Kraepelins Arbeit auf der Basis der Welt- und Wissenschaftsbilder des ausgehenden 19. Jahrhunderts und brachte für die damalige Zeit korrekte und allgemein akzeptierte Ergebnisse. Die ab den 20er Jahren des 20. Jahrhunderts beginnende Grundlagendiskussion geht von einem durch Krieg, technischen Fortschritt und aufkeimenden psychopathologischen Lehren (FREUD, JASPERS, KRETSCHMER) veränderten Weltbild aus, das Kraepelins wissenschaftlichen Hintergrund außer Acht läßt.

Die von MATTHIAS M. WEBER geforderte „umfassendere“ Aufarbeitung Kraepelins, mit Einbeziehung seiner weiteren Forschungsansätze und seinem wissenschaftlichen Selbstverständnis, wird in Zukunft sicherlich die Einordnung von Kraepelins Werk in seine Zeitepoche erleichtern. Seine Gruppe der



„endogenen Verblödungen“ wird durch neue Forschungsergebnisse, vor allem vergleichende Forschung der damaligen und heutigen Krankenakten und institutionellen Voraussetzungen, einen neuen Bezug zur modernen Diagnostik erhalten, auf die Bedeutung von Kraepelins Werk als Grundlage moderner Psychiatrie wird dies aber keinen Einfluß haben. Die Dichotomie als Basis der klinischen Einordnung ist laut ENGSTROM und WEBER (2005) der Hauptgrund für das heutige Bild Kraepelins als Nosologen. In ihrer Arbeit „The Directions of Psychiatric Research“ schreibt ENGSTROM in der Einleitung:

*"The enormous influence of of Emil Kraepelin within the discipline of psychiatry is commonly attributed to the clinical methodology that he introduced as a means of isolating specific categories of madness. According to advocates and detractors alike, his unique powers of observation and empirical research techniques were decisive factors in the dichotomous delineation of the endogenous psychoses. So it is hardly surprising – and certainly not without some justification – that we have come to view Kraepelin as a clinical nosologist."*

JABLENSKY (1999) beschreibt in einer Übersicht über die Bewertung der Schizophrenie im frühen 20. Jahrhundert, daß Kraepelin sein System unter Berücksichtigung der Einwände seiner Kritiker weiter bearbeitete und damit ein Modell erstellte, das auch modernen Anforderungen genüge:

*"However, heeding his critics, Kraepelin modified considerably his earlier views and proposed a conceptual model of the pathogenesis of schizophrenia and affective psychosis that is consonant with present-day ideas arising out of neuroscience and genetics."*

JULES ANGST (2002) geht in einer Abhandlung über historische Aspekte der Dichotomie zwischen manisch-depressiver Erkrankung und Schizophrenie noch deutlicher auf die Bedeutung der Kraepelinschen Lehre als klinische Grundlage ein. Das Kapitel „The way forward“ beschließt ANGST mit dem Satz:

*"Over the years, the dichotomy has repeatedly been declared dead and buried, but it has survived and may even have a long future on a purely descriptive syndromal level."*

Vor dem Hintergrund der aktuellen Forschung zur Bedeutung Kraepelins als Nosologe und Begründer einer dauerhaften klinischen Einteilung hat SCHNEIDERs eingangs erwähntes Zitat von 1956 also auch für die moderne psychiatrische Diagnostik immer noch Gültigkeit.

*"Dauernd werden die zwei gewaltigen Säulen seines Systems ragen, die Gruppen der Dementia praecox und des manisch-depressiven Irreseins. Wohl werden sie modifiziert, aber nicht ersetzt werden."*

(WILHELM WEYGANDT auf dem Kongreß der Nordwestdeutschen Psychiater und Neurologen, Hamburg, 1926)

# Zusammenfassung

Kraepelins Nosologie hat nach ihrer erstmaligen, teilweisen Präsentation in der 5. Auflage des Lehrbuches 1896 und der vollständigen Vorstellung in der 6. Auflage des Lehrbuches 1899 zu vielen verschiedenen Reaktionen von Kraepelins Zeitgenossen, Schüler und Nachfolger geführt. Kraepelin hatte ein System aus zwei grossen Gruppen erstellt, das die bisherigen – auch bewährten – Einteilungen radikal zerstörte. Die Kritik an dieser Dichotomie aus Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein ist für viele Autoren der Hauptgesichtspunkt. Daneben findet sich Kritik am generellen, vom Weltbild des 19. Jahrhunderts geprägten Wissenschaftsverständnis Kraepelins, an seiner klinischen Methodik und der Vernachlässigung der psychologischen Komponente, der andere Schulen (BLEULER, FREUD, KRETSCHMER, JASPERS) wesentlich mehr Bedeutung zumessen.

Aufgabe der vorliegenden Arbeit war es, die Beurteilung und Akzeptanz von Kraepelins Konzept der Geisteskrankheiten über den Zeitraum von 1900 bis 1960, also von der Vorstellung der vollständigen psychiatrischen Lehre Kraepelins 1899 bis über seinen 100. Geburtstag hinaus darzustellen. Daneben sollte die Besprechung von Kraepelins wissenschaftlicher Grundeinstellung über diesen Zeitraum analysiert werden. Die verschiedenen Ansichten zu Kraepelins Nosologie und seinem Wissenschaftsverständnis lassen sich anhand von Kraepelins Lebensdaten, historischen Ereignissen und der Weiterentwicklung der psychiatrischen Forschung in drei Phasen einteilen.

In der ersten Phase nach Erscheinen der 6. Auflage des Lehrbuches 1899 bis etwa 1920 wurde Kraepelins Werk erbittert (THALBITZER) und polemisch (HOICHE)

bekämpft und von vielen weiteren Autoren bewertet. Während jedoch die meisten anderen Autoren mit Einzelgesichtspunkten, die die Einteilung in Subgruppen in Kraepelins Lehre betreffen, nicht einverstanden sind, sind Kraepelins Hauptkritiker HOCHÉ und THALBITZER mit dem Gesamtaufbau von Kraepelins System, der wissenschaftlichen Grundlage und Logik nicht zufrieden. Der Angriff THALBITZERS erfolgte gegen Kraepelins Sonderstellung der Involutionmelancholie gegenüber den manisch-depressiven Erkrankungen. Auch die Unterdrückung der Zustände von einfacher Manie und einfacher Depression ohne Rezidiv und ihre ausschließliche Auflösung in der rezidivierenden manisch-depressiven Psychose ist ein wichtiger Diskussionspunkt (RÉGIS 1907). HOCHÉs Polemik richtete sich gegen Kraepelins Krankheitsformen im allgemeinen, die er für nicht zielführend in der Diagnostik hält.

Lediglich SOUTZO (1906) sah Kraepelins Werk als „Quintessenz“ der modernen Psychiatrie an. Unterstützung für Kraepelins Werk kam von DENY (1907) und DREYFUS (1909) in der Frage der manisch-depressiven Psychosen und von WALKER (1907) in der Frage der Dementia praecox. JASPERS (1913) sieht in der Erstellung von Krankheitsformen eine nicht erreichbare Aufgabe.

Die Auseinandersetzung mit dem der Nosologie zugrunde liegenden Wissenschaftsverständnis Kraepelins ist vor 1920 spärlich (HOCHÉ 1906 und JASPERS 1913). Während HOCHÉ den gesamten wissenschaftlichen Ansatz Kraepelins mit Polemik überzieht, ohne Verbesserungsvorschläge machen zu können, geht JASPERS von einem vielschichtigeren psychopathologischen Modell aus, als das strenge morphologisch und klassifikatorisch geprägte Verständnis Kraepelins.

Nach 1920 scheint Kraepelins Werk anerkannt. Nur noch ein Artikel mit harscher Verurteilung der fehlenden Dynamik der Kraepelinschen Dichotomie erscheint (MEYER 1922), es überwiegen leichte Meinungsverschiedenheiten

(KRETSCHMER 1919, GAUPP 1926) über methodische Fragen. Schon 1926 stellt GAUPP Kraepelins Werk – trotz der bemerkten Mängel – als historische Leistung dar und beschreibt die alle anderen Lehren verdrängende Wirkung von Kraepelins Nosologie auf die Diagnostik der modernen Psychiatrie.

Die zweite Phase beginnt mit Kraepelins Tod im Jahre 1926 und endet 1928. Werk und Persönlichkeit des Forschers Kraepelin werden in den Nachrufen mit Ruhm und Lob überhäuft, die Leistungen Kraepelins werden bereits als epochal eingeschätzt (BIRNBAUM 1928). Deutliche Ablehnung zeigen nur wenige Autoren (HENNEBERG 1926, CLAUDE 1927, HALBERSTADT 1927) Die schärfste Kritik kommt ein weiteres Mal von MEYER (1927), der eine Reihe sachlicher Differenzen beleuchtet und an Kraepelins Forschungsmethode die Vernachlässigung des konstitutionellen Hintergrundes bedauert.

Zu Beginn der dritten Phase, 1929, erscheinen zwei Artikel von GRUHLE und MAYER-GROSS mit Meinungsverschiedenheiten in einzelnen Punkten. Beide bedauern die fehlende Einbeziehung der Psychologie in Kraepelins Werk. Die von MEYER (1922) begonnene Diskussion über das statisch-anatomische Wissenschaftsverständnis Kraepelins ist hier auf dem Höhepunkt. Dieser systematische Fehler in Kraepelins Nosologie wird jedoch mit dem wissenschaftlichen Verständnis des 19. Jahrhunderts und den damaligen Ansichten über den psychisch kranken Menschen entschuldigt, denen sich Kraepelin nicht entziehen konnte.

Das Festjahr 1956 findet Kraepelins Werk in eine historische Perspektive gestellt, die Kritik – sofern überhaupt vorhanden – fällt milde aus. Kraepelins Werk gilt für die Autoren GRUHLE, SCHNEIDER, WYRSCH (alle 1956), BRACELAND (1957) und KAHN (1959) als Grundlage moderner Psychiatrie, Kraepelins Werk

gilt als unentbehrlich für die moderne Diagnostik. Ein – im Hinblick auf die in den 60er Jahren beginnende Debatte der „Neo-Kraepelinianer“ – früher Denkanstoß zur Überarbeitung des Systems wegen der zu scharfen und klinisch nicht haltbaren Trennung zwischen manisch-depressiv und schizophren kommt von CONRAD (1959).

Kraepelins Nosologie hat sich innerhalb von zwei Dekaden gegen die vorhandenen Lehrmeinungen durchgesetzt und gilt ubiquitär seit etwa 1920, wurde zwar abgewandelt durch den „Neo-Kraepelinianismus“ und moderne Forschungsergebnisse, ist aber als konkurrenzloses Fundament der Psychiatrie für die Diagnostik in ICD-10 und DSM-IV unverzichtbar. Die Anreicherung von Kraepelins System durch die moderne Forschung zeigte zwar den Mangel des Systems an Variabilität, aber erst durch diese Anreicherung wurde erkannt, daß Kraepelins Nosologie kein abgeschlossenes Kapitel einer wissenschaftlichen Meinung ist, sondern die wandlungsfähige, weiterhin gültige Grundlage einer klinischen Einteilung.

# **Auseinandersetzung mit Kraepelins Werk in den Jahren 1900 bis 1960**

## **Literaturverzeichnis**

- Angst, J.: (1993) Today's perspective on Kraepelin's nosology of endogenous psychoses. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 243:164-170
- Angst, J.: (2002) Historical aspects of the dichotomy between manic-depressive disorders and schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 57:5-13
- Antheaume, Régis, Gilbert, Ballet, Vallon, Paithas, Deny, Dupré:  
(1907) Les psychoses périodiques. *L'Encéphale*, II:189-206
- Berrios, G., Hauser, R.:  
(1988) The early development of Kraepelin's ideas on classification: a conceptual history. *Psychological Medicine*, 18:813-821
- Birnbaum, K.: (1928) Zur Revision der psychiatrischen Krankheitsaufstellungen. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie* , 68:80-101

- Bleuler, E.: (1911) Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Deuticke (Leipzig)
- Bornstein, M.: (1911) Über die Differentialdiagnose zwischen manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Originalien, 5:145-177
- Braceland, F.: (1957) Kraepelin, his system and his influence. American Journal of Psychiatry, 113:871-876
- Bresler, J.: (1916) Zu Emil Kraepelins sechzigstem Geburtstag. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, 18:39-48
- Bumke, O.: (1909) Über die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 32:381-403
- Bumke, O.: (1924a) Über die gegenwärtigen Strömungen in der klinischen Psychiatrie („Innsbrucker Referat“). Münchener Medizinische Wochenschrift, 71:1595-1599
- Bumke, O.: (1924b) Die Auflösung der Dementia praecox. Klinische Wochenschrift, 3. Jahrgang I:437-440
- Bumke, O.: (1926) Emil Kraepelin †. Klinische Wochenschrift, 5:2238-2239



- Claude, H.: (1925) Les psychoses paranoïdes, L'Encéphale, 20:137-149
- Claude, H.: (1927) Nécrologie – Émile Kraepelin. L'Encéphale, 22:77-78
- Conrad, K.: (1959) Das Problem der „nosologischen Einheit“ in der Psychiatrie. Der Nervenarzt, 30:488-494
- De Boor, W.: (1954) Psychiatrische Systematik – ihre Entwicklung seit Kahlbaum. Springer (Berlin)
- Delgado, H.: (1956) Kraepelin y Freud a cien años de su nacimiento. Revista de Neuro-Psiquiatria, 19:452-473
- Dreyfus, G.: (1907) Die Melancholie – ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins. Fischer (Jena)
- Dreyfus, Urstein, Abraham, Forster:  
 (1909) Diskussion über das manisch-depressive Irresein. Neurologisches Centralblatt, 5:162-165 und 276-284
- Fausser, A.: (1906) Zur Kenntnis der Melancholie. Centralblatt für Nervenheilkunde, 29:880-886
- Fish, F.: (1967) [Besprechung des Buches Recent Developments in Schizophrenia]. British Journal of Psychiatry, 113:1321

- Fish, F.: (1968) Kraepelin's Nosology. *British Journal of Psychiatry*, 114:356
- Gaupp, R.: (1915) Die Klassifikation in der Psychopathologie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 28:292-314
- Gaupp, R.: (1926) Emil Kraepelin †. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 105:347-348
- Gaupp, R.: (1939) Die Lehren Kraepelins in ihrer Bedeutung für die heutige Psychiatrie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 165:47-75
- Guilarowsky, W.: (1928) Professor Kraepelin und die russische Psychiatrie. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin*, 88:180-186
- Gruhle, H. W.: (1929) Kraepelins Bedeutung für die Psychologie. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 87:43-49
- Gruhle, H. W.: (1956) Emil Kraepelins 100. Geburtstag. *Der Nervenarzt*, 27:241-244
- Halberstadt, G.: (1922). Une Question de doctrine psychiatrique. La psychose délirante dégénérative aiguë. *Annales médico-psychologiques*, 12. Serie, II:100-117

- Halberstadt, G.: (1927) L'oeuvre psychiatrique de Kraepelin. Annales médico-psychologiques, 12. Serie, I:336-366
- Hecht, D.: (1905) A study of Dementia praecox. Journal of Nervous and Mental Disease, 32:689-712 und 762-790
- Hellpach, W.: (1919) [Besprechung von Kraepelins Lehrbuch der Psychiatrie]. Zeitschrift für angewandte Psychologie, 14:333-351
- Henneberg, O.v.: (1926) Emil Kraepelin †. Medizinische Klinik, 22:2018-2020
- Hippius, H., Möller H.-J., Müller N., Neundörfer G.:  
(2005) Die Psychiatrische Klinik der Universität München 1904-2004, Springer (Heidelberg)
- Hoenig, J.: (1968) Kraepelin an his approach to nosology. British Journal of Psychiatry, 114:125-126
- Hoesslin, C. v.: (1909) Beitrag zur Kenntnis des Verlaufes und Ausganges des manisch-depressives Irresein. Centralblatt für Nervenheilkunde, 32:823-829
- Hoche, A.: (1906) Kritisches zur psychiatrischen Formenlehre. Neurologisches Centralblatt, 25:430-432

- Hoche, A.: (1910) Die Melancholiefrage. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 33:193-203
- Hoche, A.: (1912) Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie,. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 12:540-551
- Hoff, P.: (1994a) Psychiatrische Diagnostik: Emil Kraepelin und die ICD-10. Psychiatrische Praxis, 21:190-195
- Hoff, P.: (1994b) Emil Kraepelin und die Psychiatrie als klinische Wissenschaft. Springer (Berlin)
- Homburger, A.: (1911) Die Literatur des manisch-depressiven Irreseins 1906-1910. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 11:753-784 und 865-885
- Hübner, H.: (1908) Klinische Studien über Melancholie. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 43:504-559
- Ion, R. M., Beer, M. D.:  
(2002) The British reaction to Dementia praecox 1893-1913. History of Psychiatry, 13:285-304 und 419-431

- Jablensky, A., et al.:  
 (1993) Kraepelin revisited: a reassessment and statistical analysis of dementia praecox and manic depressive insanity in 1908. *Psychological Medicine*, 23:843-858
- Jablensky, A.:  
 (1999) The conflict of the nosologists: Views on schizophrenia and manic-depressive illness in the early part of the 20<sup>th</sup> century. *Schizophrenia Research*, 39:95-100
- Jaspers, K.:  
 (1913) *Allgemeine Psychopathologie*. Springer (Berlin)
- Jelliffe, S. E.:  
 (1931) Some historical phases on the manic-depressive synthesis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 73:353-374
- Jelliffe, S. E.:  
 (1932) Emil Kraepelin, the man and his work. *Archives of neurology and Psychiatry*, 27:761-775
- Kahn, E.:  
 (1956) Emil Kraepelin. *American Journal of Psychiatry*, 113:289-294
- Kahn, E.:  
 (1959) The Emil Kraepelin Memorial Lecture. In: *Epidemiology of Mental Disorder* (von B. Pasamanick), AAAS (Washington)
- Kehrer, F.:  
 (1925) Die Stellung von Hoches „Syndromenlehre“ in der heutigen Psychiatrie. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 24:427-456

- Kohl, F.: (1999) Die Anfänge von Emil Kraepelins Systematik der Psychosen. *Psychiatrische Praxis*, 26:105-111
- Kolle, K.: (1957) Emil Kraepelin 1856-1926. Thieme (Stuttgart)
- Kraepelin, E.: (1896). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. 5. Auflage. Barth (Leipzig)
- Kraepelin, E.: (1899). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. 6. Auflage. Barth (Leipzig)
- Kretschmer, E.: (1919) Gedanken über die Fortentwicklung der psychiatrischen Systematik. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 48:370-377
- Kreuter, A.: (1996) *Deutschsprachige Neurologen und Psychiater – ein biographisches-bibliographisches Lexikon*. Saur (München)
- Krupinski, M.: (1990) *Das Konzept der Dementia praecox bei Emil Kraepelin*. Med. Diss., Ludwig-Maximilians-Universität (München)
- Lange, J.: (1926) Emil Kraepelin zu seinem 70. Geburtstage. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 73:288-290
- Lange, J.: (1926) Emil Kraepelin †. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 73:1805-1806

- Leonhard, K.: (1948) Grundlagen der Psychiatrie. Enke (Stuttgart)
- Mauz, F., Gaupp, R.:  
(1926) Krankheitseinheit und Mischpsychosen. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 101:1-44
- Mayer, W.: (1956) Emil Kraepelin. American Journal of Psychotherapy, 19:273-276
- Mayer-Gross, W.: (1926) Emil Kraepelin zum 70. Geburtstag. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 52:330-331
- Mayer-Gross, W.: (1926) Emil Kraepelin †. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 52:1955-1956
- Mayer-Gross, W.: (1929) Die Entwicklung der klinischen Anschauungen Kraepelins. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 87:30-42
- Meyer, A.: (1904) A few trends in modern psychiatry. Psychological Bulletin, 1:217-240
- Meyer, A.: (1906) Fundamental conceptions of dementia praecox. British medical journal, II:757-759
- Meyer, A.: (1922) Constructive Formulation of Schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 1:355-362

- Meyer, A.: (1927) In Memoriam: Emil Kraepelin. American Journal of Psychiatry, 151:6:141-143 (1994), Sesquicentennial Supplement
- Pichot, P.: (1982) The diagnosis and classification of mental disorders in french-speaking countries: background, current views and comparison with other nomenclatures. Psychological Medicine, 12:475-492
- Plaut, F.: (1927) Worte der Erinnerung an Kraepelin. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 108:1-9
- Plaut, F.: (1927) Gedenkworte auf Emil Kraepelin. Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 46:141-142
- Rehm, E.: (1910) Der depressive Wahnsinn. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 33:41-49
- Schmidt, G.: (1940) Der Wahn im deutschsprachigen Schrifttum der letzten 25 Jahre (1914-1939). Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 97:113-143
- Schneider, K.: (1918) Die Lehre vom Zwangsdanken in den letzten zwölf Jahren. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Referate, 16:113-146 und 193-251



- Schneider, K.: (1932) Über die Abgrenzung und Seltenheit der sog. manisch-depressiven Irreseins. Münchener Medizinische Wochenschrift, 39:1549-1552
- Schneider, K.: (1956) Kraepelin und die gegenwärtige Psychiatrie. Fortschritte in Neurologie und Psychiatrie, 24:1-7
- Scholz, W.: (1952) Emil Kraepelin. Mitteilungen der Max-Planck-Gesellschaft, Heft 4
- Schroeder, J.: (1910) Über gedankenflüchtige Denkhemmung. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Originalien, 2:57-76
- Sheperd, M.: (1995a) Kraepelin and modern psychiatry. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 245:189-195
- Sheperd, M.: (1995b) Two faces of Emil Kraepelin. British Journal of Psychiatry, 167:174-183
- Soutzo: (1906) La psychiatrie moderne et l'oeuvre du professeur Kraepelin. Annales médico-psychologiques, 9. Serie, III:243-257 und 403-420
- Spielmeier, W.: (1927) Kraepelin und die naturwissenschaftlich-medizinische Forschung in der Psychiatrie. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 108:10-20

- Stransky, E.: (1904) Dementia praecox. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 27:1-19
- Stransky, E.: (1911) Über Kraepelins Stellung zur Entwicklung des Krankheitsbegriffes. In: Handbuch der Geisteskrankheiten (von G. Aschaffenburg), Deuticke (Leipzig)
- Thalbitzer, S.: (1902) Den manio-depressive psykose – stemningssindssygdom. Med. Diss., Gyldendal (Kopenhagen)
- Thalbitzer, S.: (1905) Melancholie und Depression. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin, 62:775-786
- Thalbitzer, S.: (1908) Die manio-depressive Psychose – das Spannungsirresein. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 43:1071-1111
- Thalbitzer, S.: (1910) Manischer Wahnsinn. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Originalien, 1:341-349
- Thomsen: (1907) Dementia praecox und manisch-depressives Irresein. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin, 64:631-654
- Trömner, E.: (1927) Nachruf auf Emil Kraepelin. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 96:1-7

- Wagner, W.: (1953) Emil Kraepelin und die Münchner Psychiatrie. Münchener Medizinische Wochenschrift, 95:347-348
- Walk, A.: (1968) What Kraepelin really said. British Journal of Psychiatry, 114:643-644
- Walker, R.: (1907) Über manisch-depressive Psychosen. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 42:788-868
- Weber, M. M., Engstrom, E.:  
(1997) Kraepelin's diagnostic cards: the confluence of clinical research and preconceived categories. History of Psychiatry, VIII:375-385
- Weber, M. M., Engstrom, E.:  
(2005) The Direction of Psychiatric Research by Emil Kraepelin. History of Psychiatry, 16(3): 345-364
- Wernicke, C.: (1900, 1906) Grundriß der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. Thieme (Leipzig)
- Weygandt, W.: (1927) Emil Kraepelin. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin, 85:443-458

- Weygandt, W.: (1927) Nachruf auf Prof. Kraepelin (Rede auf dem Kongreß der Nordwestdeutschen Psychiater und Neurologen, Hamburg, 1926). Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 79:563-567
- Wirth, W.: (1927) Emil Kraepelin zum Gedächtnis. Archiv für die gesamte Psychologie, 58:1-23
- Wyrsh, J.: (1956) Zur Geschichte und Deutung der endogenen Psychosen. Thieme (Stuttgart)
- Wyrsh, J.: (1956) Über die Bedeutung von Freud und Kraepelin für die Psychiatrie. Der Nervenarzt, 27:529-535

# Lebenslauf

## PERSÖNLICHE DATEN

Geburtsdatum: 14. März 1978

Geburtsort: Rosenheim

Familienstand: ledig

Staatsangehörigkeit: deutsch

## AUSBILDUNGSDATEN

*1988-1997* Ignaz-Günther-Gymnasium Rosenheim, Abitur  
*1997-1998* Wehrdienst in der deutsch-französischen Brigade, Donaueschingen  
*1998-1999* Krankenpflegepraktikum im Klinikum Rosenheim, Ausbildung zum Helfer in der Pflege  
*1999-2001* Studium der Humanmedizin in Erlangen (Vorklinik, Physikum)  
*2001-2005* Studium der Humanmedizin in München, LMU (Klinik, 1. - 3. Staatsexamen)  
*9/2001* Famulatur in der Klinik für Innere Medizin und Onkologie, Klinikum Rosenheim  
*10/2001* Beginn der Doktorarbeit "Auseinandersetzung mit Kraepelins Werk in den Jahren 1900 bis 1960"  
*9/2002* Famulatur in der Klinik für Anästhesie der Charité, Berlin  
*10/2002* Famulatur in der Klinik für Psychiatrie der Charité, Berlin  
*3/2003* Famulatur in einer Praxis für Allgemeinmedizin  
*9/2003* Praktikum im Referat "Gesundheit" in der Ständigen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland bei der Europäischen Union, Brüssel  
*10/2003* Praktikum im Rettungsdienst, Klinikum Rosenheim  
*3/2004* 2. Staatsexamen.  
Praktisches Jahr.  
*4/2004* - Innere Medizin am Kantonsspital Luzern  
*8/2004* - Chirurgie am Hôpital Hôtel-Dieu, Paris  
*11/2004* - Pädiatrie am Klinikum Rosenheim  
*04/2005* 3. Staatsexamen, Approbation  
*seit 09/2005* Assistent in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU, Station C1