

Linguistische Perspektiven auf das Demarkationsproblem in der Psychiatrie: Empirische Untersuchungen zur Bearbeitung des Un(ter)bestimmten

(Britt-Marie Schuster unter Mitarbeit von Joel Feldkamp)

Wenn wir den Versuch machen wollen, uns einen Überblick über ein bestimmtes Gebiet der Psychopathologie zu verschaffen, so wird unser erstes Bestreben sein müssen, nach den natürlichen Grenzen unseres Arbeitsfeldes zu tasten [...] In der Mehrzahl der Fälle werden wir jedoch gezwungen sein, zwischen einzelnen festen Punkten Hilfslinien einigermaßen willkürlich zu konstruieren, ohne zu wissen, ob diese Linien wirklich natürlichen Grenzen entsprechen. Aber wir haben wenigstens die festen Punkte und ahnen den Verlauf der Grenzlinien zwischen ihnen, wenn wir ihn auch nicht genau kennen (Birnbaum 1928).¹

Gliederung

Einleitung

- 1 Grundlagen
 - 1.1 Der Stellenwert des Un(ter)bestimmten in der Psychiatrie aus transdisziplinärer Perspektive
 - 1.2 Linguistische Perspektiven
 - 1.2.1 Muster, Prozeduren, Praktiken
 - 1.1.2 Konzepte als Deutungsmuster
- 2 Sprachliche Praktiken zur Bearbeitung des Un(ter)bestimmten
 - 2.1 Die empirische Bedeutung des Demarkationsproblems
 - 2.2 Quantitative Befunde zu sprachlichen Mustern mit *Grenzen* und *Abgrenzung*
 - 2.3 Qualitative Befunde zum Verb *abgrenzen*
- 3 Störungen benennen, Betroffene beschreiben: Der Aufbau lexikalischer Demarkationslinien
 - 3.1 Referenzierungspraktiken
 - 3.2 Zuschreibungspraktiken
 - 3.3 Graduierungspraktiken
- 4 Fazit – mit einem Ausblick auf epistemische und evidentielle Positionierungen
- 5 Literatur
 - 5.1 Quellenverzeichnis Gesamtkorpus (GK)
 - 5.2 Quellenverzeichnis Spezialkorpus (SK)
 - 5.3 Forschungsliteratur

Anhang: Überblick über das Tagset für die explorative pragmatische Annotationen historischer psychiatrischer Fachtext

Einleitung

Die nachfolgenden Darstellungen basieren auf einem Gesamtkorpus von psychiatrischen Texten aus den Jahren 1803 bis 2024 (8.440.845 Tokens, im Folgenden: GK). Auf der Grundlage dieses Korpus wurde ein Teilkorpus, bestehend aus Monografien, Lehrbüchern, Fachaufsätzen und Auszügen aus Klassifikationen und Diagnosemanualen, gebildet, die eine Gruppe von Persönlichkeitsstörungen zum Gegenstand haben, die gegenwärtig als anti- bzw. dissoziale

¹ Dieses Arbeitspapier stellt einen momentanen Arbeitsstand im Juli 2026 dar.

Persönlichkeitsstörungen bezeichnet werden (4411335 Tokens, im Folgenden: SK).² Die Korpora sind im Rahmen des von der DFG geförderten Projektes FAKT (Faktizitätskonstruktion: Unterbestimmtheit als Motor der Fachkommunikation³) entstanden, wobei ein Teilkorpus manuell unter sprachpragmatischen Gesichtspunkten mittels CATMA 7.2.4 annotiert worden ist (31.152 Tokens). Die digital zur Verfügung stehenden Korpora und Annotationen sind Hilfsmittel, um die Konzeptualisierung dieser Persönlichkeitsstörungen in der gesamten Zeitspanne nachzuzeichnen und dabei quantitative und qualitative Methoden miteinander zu verzahnen (i.S.v Haaf/Schuster 2023). Dies erfolgt auch vor dem Hintergrund, dass ein weiteres Projektziel darin besteht zu untersuchen, wie in Gerichtsprozessen einerseits die Psychiater in Form von Gutachten⁴ ein Verständnis dieser Störungen anbieten, andererseits das Recht diese Gutachten gemäß seiner Entscheidungslogiken ‚zubereitet‘. Ein weiteres Anliegen des Projektes ist es, die Postulate der linguistischen Fach-/Wissenschaftsforschung zu hinterfragen, die im Gegensatz zu den sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen und philosophischer Wissenschaftstheorie, ein teils vereinfachtes Bild von Fach- und Wissenschaftskommunikation, orientiert an möglicher Exaktheit und Eindeutigkeit, bieten, und die gesellschaftlichen Anschluss- und Anwendungsfelder einer Fachdisziplin weniger betrachtet werden.

Im Folgenden steht das erstgenannte Projektziel, die Entwicklung des Konzepts „anti- bzw. dissoziale Persönlichkeitsstörungen“ im Zentrum. Schon an dieser Stelle soll betont werden, dass der hier vorgeschlagene linguistische Zugriff ein gebrauchtsprachlinguistischer ist, der sich nicht für die isolierte Inventarisierung von Lexemen oder sprachlichen Formen versteht, sondern sich prinzipiell dafür interessiert, mit welchen sprachlichen Mustern welche kommunikative Aufgaben gelöst bzw. kommunikative Strategien verfolgt werden und wie sich fachspezifische Praktiken herausbilden; methodisch ist das Projekt der Korpuspragmatik (vgl. Felder/Müller/Vogel 2012) verpflichtet. Nach Hiltunen/Taavitsainen umfasst eine korpuspragmatische Sichtweise auf historische medizinische Texte Folgendes:

Through empirical analysis of a wide range of texts, they demonstrate (1) how sociohistorical, cultural and disciplinary changes in medicine are reflected as linguistic, stylistic, and terminological changes in medical texts, (2) how data-based methods can be used to identify specific instances of linguistic/discursive change driven by cultural change, and (3) how findings obtained by quantitative analysis can be verified using qualitative analysis and triangulated against evidence from the history of science and medicine (Hiltunen/Taavitsainen 2022: 5).

Wenn also nach der Konzeptualisierung einer Störung gefragt wird, so bedeutet dies, ein Geflecht sprachlich-kommunikativer Praktiken und der ihnen zugrunde liegenden Muster zu identifizieren, mit denen ein Störungsbild sprachlich erzeugt wird (s. Guidelines des Tagsets⁵). Weil die Herausarbeitung der Gesamtentwicklung den Rahmen auch eines längeren Arbeitspapiers sprengen würde, liegt der Fokus darauf zu verstehen, mittels welcher sprachlich-kommunikativen Praktiken, das sog. Demarkationsproblem (s.u.) von Psychiatern reflektiert und v.a. bearbeitet wird und ob sich unter einer diachronen Perspektive Unterschiede ergeben. Damit soll

² Ein diachron angelegtes Lehrbuchkorpus von 1827-1931 ist über: https://www.deutschestextarchiv.de/sammlung_psyleko auffindbar und bildet einen Teil des Deutschen Textarchivs und somit für alle linguistischen Abfragen offen.

³ <https://www.uni-paderborn.de/forschungsprojekte/faktizitaetskonstruktion>

⁴ Auch die entsprechenden Gutachten liegen uns digital vor.

⁵ https://www.uni-paderborn.de/fileadmin/faktizitaetskonstruktion/Texte_FAKT/FAKT_Guidelines_final_version_15.07.2026.pdf. DOI: <https://doi.org/10.82165/3m4g-gw28>

gezeigt werden, dass die Abgrenzung von Störungen von Gesundheit und Normalität, jedoch auch von anderen Störungsgruppen nicht nur theoretisch reflektiert wird, sondern zu fachspezifischen Praktiken zur Bearbeitung des Demarkationsproblems geführt haben.

Ausgangspunkt für dieses Arbeitspapier waren zwei, auf den ersten Blick gegenläufige Beobachtungen: Auf der einen Seite verändern sich allein schon die Benennungen dieser Störungen ständig. Auf der anderen Seite lässt sich erkennen, dass frühe Beschreibungen der Störungen den heutigen ähneln und sich offensichtlich bestimmte sprachliche Beschreibungsroutinen herausgebildet und stabilisiert haben – sprachliche Dynamik und Stabilität wirken also zusammen. Psychiater beklagen sich dennoch häufig über die ‚babylonische Sprachverwirrung‘/ ‚the Psychiatric Babel‘ (vgl. Demazeux/Singy 2015) und sind sich uneins, ob es im Rahmen der antisozialen Persönlichkeitsstörungen (APS)⁶ überhaupt die Möglichkeit gebe, Grenzen zur Normalität oder zu anderen Störungen zu ziehen. So konstatiert einerseits Bleuler:

Die hierher gehörenden Krankheitsbilder haben weder untereinander noch gegen das Normale hin scharfe Grenzen — ich möchte sagen Grenzen überhaupt (Bleuler 1918: 441).

Andererseits wird wiederholt behauptet, dass sich auch in diesem Bereich Grenzen ziehen lassen:

Zunächst: Was versteht man eigentlich unter diesen psychopathischen Grenzformen? Welche Art pathologischer, zwischen Gesundheit und Krankheit stehender Fälle sind mit ihnen gemeint? Nun, gewiß nicht alle möglichen Bilder, die an der Grenze des Normalen liegen [...]. Sondern nur eine ganz bestimmte psychiatrisch eindeutig festgelegte und begrenzte Gruppe: die auf abnormer Veranlagung beruhenden, durch leichtere seelische Abweichungen charakterisierten krankhaften Formen, die sogenannten konstitutionellen Psychopathien (Birnbäum 1926: 2).

Die (Un)Möglichkeit, klare Grenzen zwischen dem Normalen und Pathologischen zu ziehen, einzelne Störungen voneinander abzugrenzen oder die Grade einer Störung zu bestimmen, begleitet die Psychiatrie nicht nur seit ihrer Konstitution in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts (vgl. Schuster 2010), sondern hat transdisziplinär, insbesondere in der Philosophie der Medizin Aufmerksamkeit auf sich gezogen und wird dort als „demarcation problem“ (Keil/Stocker 2017: 49) bezeichnet. In diesem Diskurs spielt Sprache auf unterschiedlichen Ebenen eine Rolle: Da nicht davon auszugehen ist, dass psychische Störungen „natural kinds with sharp boundaries“ (Keil/Keuck/Hauswald 2017: 4), die aufzufinden und dann in einem einmaligen Taufakt zu benennen sind, spielt die Konstitution von Störungen bzw. das Herausbilden eines veränderbaren „scientific phenomenon“ (Hauswald/Keuck 2017: 107) mittels Sprache eine zentrale Rolle. Allerdings ist zu konstatieren, dass Sprache, allein schon bedingt durch die Vagheit etlicher natürlichsprachlicher Ausdrücke, auf der einen Seite zwar ein flexibles, weil kontext- und deutungsoffenes Instrument der Konstitution von Störungen ist, auf der anderen Seite nicht immer den von Fachleuten erwünschten Grad von Präzision ermöglicht. Wie bedeutend die Nutzung vager natürlichsprachlicher Ausdrücke und wie schwierig ihre Einschätzung ist, lässt sich einleitend vielleicht an der folgenden Definition ermes sen:

Eine Persönlichkeitsstörung stellt ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten dar, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht, tiefgreifend und unflexibel ist,

⁶ Es wird hier behelfsmäßig die heutige Benennung gewählt. Zur Vielfalt der Benennungen siehe Abschnitt 3.

seinen Beginn in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter hat, im Zeitverlauf stabil ist und zu Leiden oder Beeinträchtigungen führt (DSM-V : 883)

In diesem Zitat ist auffällig, dass mit *überdauernd*, *unflexibel* und *im Zeitverlauf stabil* die Konstanz eines Erlebens- und Verhaltensmusters festgestellt wird, wobei der Beginn dieses „Musters“ keinen konkreten Zeitpunkt, sondern lediglich einen möglichen Zeitraum benennt. Demnach – was sicherlich nicht gemeint ist –, dürfte es nicht möglich sein, schon im frühen Erwachsenenalter an dieser Störung zu leiden. Die Formulierung *Erwartungen der soziokulturellen Umgebung* erfordern zu ihrem Verständnis an dieser Stelle nicht expliziertes Weltwissen, einen common ground, bspw. hinsichtlich der relevanten Akteure, die Erwartungen besitzen (etwa Eltern) oder hinsichtlich nicht explizierter gesellschaftlicher Verhaltensstandards. Aus linguistischer Perspektive ist u.a. das *merklich* interessant. Es handelt sich um einen evidentialen Marker, der zwar eine Wissensquelle nennt, den Träger der Wissensquelle jedoch nicht spezifiziert, so dass geschlossen werden kann/muss, dass es sich potentiell um einen intersubjektiv geteilten Eindruck handelt. Auch diese sprachlichen Einheiten können als vage bezeichnet werden (Keil/Keuck/Hauswald 2017: 13). Darüber hinaus stellt sich die prinzipielle Frage, ob und in welcher Weise Sprache und Kommunikation einen Zugang zum *inneren Erleben* ermöglichen (zu diesem „psychophysischen Problem“ u.a. Feer 1987: 14–21).

An diesem Zitat wird Folgendes deutlich:

- a. Neben den in der Sprachphilosophie und linguistischer Semantik angeführten vagen Ausdrücken (etwa Dimensionsadjektive oder Graduierungen) eröffnen viele Begriffe Wissensrahmen (Frames), die nicht expliziert werden, prinzipiell bestimmbar wären und in der Alltagskommunikation selbstverständlich mitverstanden werden; daneben werden jedoch auch Ausdrücke relevant, die ihre Wissensquellen allenfalls andeuten, nicht aber spezifizieren und dabei auf ein gemeinsam geteiltes Verständnis von Normalität rekurren. Dabei dürfte es wesentlich sein, was für ein Common Ground eröffnet wird und inwieweit er als fachlich zu verstehen ist.
- b. Die Einschätzung un(ter)bestimmter sprachlicher Einheiten steht in Abhängigkeit davon, welcher Grad von Generizität in Abhängigkeit von welcher Textsorte üblich ist und von welchen Rezipient:innen ein Text verstanden werden soll. Wenn man sich vor Augen führt, dass das Diagnostizieren eine komplexe Handlungsabfolge ist (vgl. Felder/Schuster/Spranz-Fogasy 2021), die ebenso von bestimmten literalen Praktiken (etwa Notizen) begleitet ist, sich an historisch variablen Klassifikationen orientiert, Erfahrungswissen erfordert und darüber hinaus von zwischenmenschlichen Interaktionen bestimmt ist, dann scheinen es gerade solche eher vagen Angaben zu sein, die eine komplexe Praxis hochfunktional synthetisieren.
- c. Es dürfte sich erhebliche Spannungsfelder zwischen Psychiatrie und Recht ergeben, die mit dem folgenden Zitat nur angedeutet werden sollen:

The concepts of disease and disorder are not designed to draw stark distinctions between the normal and the pathological across diverse contexts. Their undeniable vagueness and their clustered nature leave room for thoughtful consideration of normative issues and help us to avoid prejudging such issues. The debate about preventive detention has revealed that there are non-medical and non-psychiatric reasons for turning a blind eye to irresolvable vagueness, for treating the fuzzy boundary between disease and normality as a sharp one, and for attaching severe social and legal conse-

Das heißt: Der hier gewählte sprachwissenschaftliche Zugang zu Un(ter)bestimmtheit⁷ ist ein empirischer und, wie oben schon erwähnt, ein gebrauchslinguistischer. Gebrauchslinguistische Ansätze entkoppeln sprachliche Ausdrücke nicht von ihren Ko(n)texten und fragen auch danach, für wen zu welcher Zeit ein Text von wem geschrieben und welche sprachlichen Möglichkeiten und Traditionen dafür zu Verfügung stehen. Diese Ansätze haben wiederum Berührungspunkte zur Praxeologie der Wissenschaftskommunikation, die danach fragt, mittels welcher sprachlich-kommunikativen Praktiken die für eine Disziplin relevanten Gegenstände, etwa auch die Maßstäbe richtigen fachlichen Handelns, konstituiert werden.

Im folgenden Arbeitspapier, das einen korpuslinguistisch-quantifizierenden Zugang⁸ und manuelle, qualitativ-hermeneutische Zugänge verknüpft, soll das ‚Demarkationsproblem‘ unter mehreren Gesichtspunkten beleuchtet werden: Nach einer kurzen Einführung in das Problem (vgl. 1.1) und seine Implikationen sowie in neuere linguistische Zugangsweisen zur Wissenschaftskommunikation (vgl. 1.2) soll gezeigt werden, wie das Problem metakommunikativ reflektiert und habituell bearbeitet wird. Dazu werden zunächst die sprachlichen Musterbildungen, die sich um das Basismorphem {grenz-} gruppieren, und die mit der Einführung von *Grenzen* verbundenen Praktiken (sog. Grenzziehungspraktiken Merten et al. 2023: 7) quantitativ und qualitativ beleuchtet (vgl. 2.1 – 2.3). Eine mögliche Konsequenz des ‚Demarkationsproblems‘ ist es, wie der darauffolgende Abschnitt zeigen soll, dass sich nicht nur Störungsbezeichnungen ändern, sondern das Verhältnis der Persönlichkeitsstörungen untereinander häufig neu geordnet wird, wobei sich auch Verschiebungen des Symptomwortschatzes ergeben. Motive für (Neu)Ordnungen und leichte Bedeutungsverschiebungen liegen zumeist nicht in Versuchen der fundamentalen Neu-Konzeptualisierung von Daten/Beobachtungen, sondern in den sozialen Dimensionen des Sprachgebrauchs (etwa Orientierung an einer prestigeträchtigen Schule) (vgl. 3.1/3.2), deren Dynamik am Aufbau lexikalischer Demarkationslinien deutlich wird. Auffällig sind dabei Vagheitsindikatoren, u.a. im Bereich der Graduierungen und anderer sprachlicher Gestaltungen (vgl. 3.3). In einem letzten Abschnitt (vgl. 4) sollen die Ergebnisse zum ‚Demarkationsproblem‘ synthetisiert werden und ein kurzer Ausblick auf ein anderes auffälliges Merkmal der psychiatrischen Texte gerichtet werden: die Verfahren der epistemischen und evidentialen Positionierung, die größtenteils von epistemischer/evidentialer Sicherheit und nicht, wie vielleicht erwartbar, viele von epistemischer Unsicherheit zeugen. Dieses Arbeitspapier geht von folgenden Thesen aus:

- a. Die in psychiatrischen Texten sichtbare (metakommunikative) Thematisierung von *Grenzen* ist ein Ausweis von Professionalität und Glaubwürdigkeit (i.S.v. Janssen/Jucks 2023: 86). Die hohe Frequenz des Grenzwortschatzes und der damit verbundenen kommunikativen Praktiken deuten darauf hin, dass Sprache flexibel genutzt wird, um Übergänge zu kennzeichnen und gleichzeitig an der Begrenzbarkeit psychischer Störungen festzuhalten.

⁷ Wie sich die Klammerschreibung begründet, vgl. Abschnitt 1.2.

⁸ Wir nutzen ebenso die Analysesoftware AntConc 4.3.1, eigens erstellte Python-Skripte von Joel Feldkamp wie ein von Christopher Georgi erzeugtes Word-2-Vec-Modell, einschließlich Kollokationsanalysen, für das Spezialkorpus der Antisozialen Persönlichkeitsstörungen. Darüber hinaus sind die im Deutschen Textarchiv liegenden Texte nutzbar.

- b. Das Bewusstsein für *verschwimmende Grenzen*, so eine charakteristische Formulierung, steht in einem Zusammenhang damit, andere Verständnisse der antisozialen Persönlichkeitsstörungen einzuführen, wobei sich auf der Ebene der Symptome sprachliche Routinen herausbilden, die eine größere Stabilität zeigen. Die Instabilität der Störungsbezeichnungen steht in einem Kontrast zu pragmatischen Regularisierungen beim Zuschreiben von Eigenschaften etc. und folgt v.a. sozialen Motiven (Prestige etc.).
- c. die Verwendung von Vagheitsindikatoren lässt sich nicht automatisch und nur gelegentlich mit epistemischer Unsicherheit gleichsetzen. Teils stehen keine anderen sprachlichen Mittel zur Verfügung, die womöglich einen höheren Grad an Präzision gewährleisten könnten (s. das Beispiel *Bewußtseinstörung* in Abschnitt 1.1), teils ist mit ihnen verbunden, dass – wahrscheinlich notwendigerweise – v.a. Indizien für das Vorliegen der einen oder anderen Störung als Erfahrungstatsachen konzeptualisiert werden. Aus Erfahrung und Beobachtung gewonnenes Wissen wird prämiert, wobei auch nicht-fachliches Common-Sense-Wissen einfließen kann.

1 Grundlagen

1.1 Der Stellenwert des Unbestimmten in der Psychiatrie aus transdisziplinärer Perspektive

Der Sammelband „Vagueness in Psychiatry“ (2017) beginnt mit den Worten:

Many philosophers of psychiatry agree that in psychiatry there is no sharp boundary between the normal and the pathological [...] For example, many disorders and diseases come in degrees. Definitions of 'sub-threshold disorders' and of the 'prodromal stages' of diseases are notoriously contentious. Medical classification systems and diagnostic manuals may define thresholds, but such definitions are often stipulative and do not claim to carve nature at its joints (Keil/Keuck/Hauswald 2017: 3).

In einer Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbegriff der Psychiatrie, der sich vom medizinischen Krankheitsbegriff unterscheidet (vgl. Hucklenbroich 2017), wird die Unmöglichkeit, scharfe Grenzen zu ziehen, als „demarcation problem“ bezeichnet:

notorious problem in psychiatric nosology that can be called *the demarcation problem*: the problem of where to draw the line between the pathological and the non-pathological. It is a rarely disputed fact that, for many mental disorders and diseases, there is a *continuum* between 'normal' and 'pathological' states, however defined. (Keil/Stocker 2017: 49)⁹

Keil/Stocker (ebd.: 50) gehen davon aus, dass das Demarkationsproblem „can be reframed in terms of *vagueness*“ (Keil/Stocker 2017: 50). Dieser Einschätzung, dass Störungskategorien-vage (fuzzy) seien und auch ein potentieller wissenschaftlicher Fortschritt dies nicht beseitigen könne (Keil/Keuck/Hauswald 2017: 8), schließen sich unterschiedliche Beiträge an. Zur Illustration, wann es sich besonders schwierig erweist, zwischen dem Normalen und Pathologischen zu unterscheiden, werden u.a. die antisozialen Persönlichkeitsstörungen angeführt, die sich in einer „twilight zone between health and disease“ befinden würden (Keil/Stocker 2017: 57). Sie weisen ferner daraufhin, dass die diesen zugeschriebenen Persönlichkeitsmerkmale evaluativ aufgeladen seien und beschreiben dies als „prescriptive force“, was in der Linguistik zumeist unter den Begriff der „Deontik“ fällt.

⁹ Soweit nicht anders vermerkt, sind die Hervorhebungen von der Verfasserin des Textes.

Die Auseinandersetzung mit Vagheit in der Psychiatrie bzw. in etablierten Klassifikationssystemen (ICD, DSM) schließt sich an eine Vorstellung von Vagheit an, die in der linguistischen Semantik und Sprachphilosophie an als *soritical* bzw. *als degree vagueness* bezeichnet und auf das Haufen-Paradox des Sorites verweist. Von dieser skalaren Vagheit ist wiederum die epistemische Unsicherheit zu unterscheiden, die nicht in dem Sammelband, aber sehr wohl in unserem Korpus eine Rolle spielt. Die skalare Vagheit betrifft eine große Anzahl natürlichsprachlicher Ausdrücke, darunter etwa Adverbien/Partikel zur Graduierung, aber auch eine Reihe von Adjektiven (darunter etwa dimensionale, antonyme Adjektive wie *klein/groß*, die Pole einer Skala bilden) und Substantive (*Haufen*), auch Schwellenwerte und entsprechende Formulierungen wie *gerade noch* zählen darunter. Ein wesentliches Moment dieser Form von Vagheit ist die Existenz von „borderline cases“ (Kennedy 2019: 254) – und sind von dem Faktum zu unterscheiden, dass viele auch unauffällige Ausdrücke unbestimmt in dem Sinne sind, dass sie bestimmte Informationen schlichtweg offenlassen (*cousin* ist im Englischen unbestimmt in Hinsicht auf Geschlecht und Alter, was im Deutschen bei *Cousin* nicht der Fall ist, vgl. Kennedy 2019: 237). Die degree vagueness soll insbesondere Teil des psychiatrischen Fachwortschatzes, so die Bestimmung von Schweregraden (*leicht/mild – mittel – schwer*), die Annahme von Stadien und Stufen betreffen. Auch die Markierung einer Abweichung von einem Normalmaß, etwa von einem Durchschnitt, etwa *unterdurchschnittlich* oder *unter/über dem Durchschnitt* kann vage sein. Aus einer sprachwissenschaftlichen Perspektive ist zu beachten, dass prinzipiell unterschieden werden könnte zwischen (hier nenne ich nur die Hauptgruppen):

- a. solchen sprachlichen Einheiten, die Skalen eröffnen, was prinzipiell nicht nur für Adjektive, einschließlich der Komparativ- und Superlativstufe (*schwach – stark, am schwächsten*), sondern auch für Adverbien/Deiktika gelten kann (etwa *immer – nie, nah – fern*); in diesem Zusammenhang sind ebenfalls alle sprachlichen Muster des Vergleichens, die häufig, jedoch nicht nur mit Adjektiven möglich sind, zu betrachten.
- b. solchen sprachlichen Einheiten, die eine unbestimmte Trennlinie zwischen Krankheit und Störung nahelegen (bspw. *übererregt*), so dass auch kleinste bedeutungstragende Einheiten, etwa Wortbildungsmorpheme (etwa {über-}) zu beachten sind. Auch relevant sind Verben, die einen Anfangs- und Endpunkt implizieren, der nicht notwendig spezifiziert ist, interessant (etwa *erhöhen, erhöhte Temperatur*); in diesen Zusammenhang gehören auch Approximatoren (etwa *ungefähr, ca.*, vgl. Sauerland/Staeva 2011: 124).
- c. sprachliche Einheiten, die auf eine unbestimmte Menge rekurren (etwa *viele, wenige, einige, man*) (vgl. zum Zusammenhang von Vagheit und Quantifizierung: Solt 2011)

- d. und solchen sprachlichen Einheiten, v.a. Konzepte, die vielfältige Sinnbezüge eröffnen und die etwa mit Bollenbeck (1994: 11-30) als Deutungsmuster fungieren können. Es wird hier dafür plädiert, psychische Störungen als derartige Deutungsmuster zu verstehen (siehe 1.2.1).

Die genannten sprachlichen Ausdrücke unterscheiden sich: Während die Vagheit in der Semantik der Dimensionsadjektive unumgänglich ist, lässt von den Indefinita (*viele, einige* etc.) zumindest annehmen, dass sie, etwa durch Zahladjektive, präzisiert werden könnten. In diesen Fällen lässt sich fragen, warum die Informationen nicht präzisiert werden. Dies kann unterschiedliche Gründe haben, etwa den, dass es in irgendeiner Form nicht im Interesse des Schreibenden liegt oder er es nicht für relevant erachtet, genauere Informationen zu geben - bspw. wenn davon ausgegangen werden darf, dass die möglichen Rezipient:innen über ausreichendes Wissen verfügen, um vage Informationen kontextualisieren zu können. In diesem Sinne lässt sich die Frage stellen, welche kommunikativen Bedingungen und welche kommunikative Praxis vorliegt: Es lässt sich also danach fragen, wann das Demarkationsproblem überhaupt als relevant erachtet wird (s.u.). In diesem Sinne möchte ich auch das titelgebende un(ter)bestimmt verstanden wissen – semantische Unbestimmtheit (Vagheit) und Unterbestimmtheit („underspecification“ i.S.v. Egg 2019) werden integriert. Es werden also ebenso Einheiten behandelt, die unumgänglich unbestimmt sind, und solche die es nicht prinzipiell sind.

Von Keil/Keuck/Hauswald (2017) wird die Vagheit von Ausdrücken, die, wie hier auch gezeigt werden soll, eine große Anzahl von frequenten Lexemen betrifft, nicht als Zeichen für die mögliche Unreife des Faches, dem durch verbesserte medizinische Erkenntnisse abzuhelfen wäre, interpretiert und auch nicht als epistemische Unsicherheit gewertet, sondern:

the use of vague expressions is arguably more appropriate or useful when describing a continuous domain of reality, while precise expressions are better suited for describing discrete phenomena (Keill/Keuck/Hauswald 2017: 11).

Dabei gehen sie davon aus, dass psychische Störungen unscharfe Grenzen haben:

Ordinary language and communication have not evolved in a Lego or a Minecraft world. Nor has psychiatry. The vague terms 'game', 'heap', 'mountain', 'dementia', and 'post-traumatic stress disorder' are useful precisely because the areas of reality that their use partitions exhibit continuous transitions rather than sharp cut-offs (Keil/Keuck/Hauswald 2017: 12).

Vagheit kann in diesem Sinne Motor für sprachlichen Wandel (vgl. Dension 2017) und sogar als Chance (vgl. Felder 2022) begriffen werden.

Von der degree vagueness wird eine *combinatory vagueness* (in Anlehnung an Alston 1967) unterschieden. Damit sind „cluster concepts“ gemeint, die sich durch das Vorliegen mehrerer Merkmale auszeichnen (zur Auseinandersetzung, was ein cluster-Konzept in linguistischer Perspektive ist, s.u.). Ein typisches cluster-Konzept soll der Begriff „Krankheit“ selbst sein, der sich ebenso ätiopathogenetisch wie als Form sozialer Beeinträchtigung und als individuelles Leiden definieren lässt. Diese Begriffe sollen sich dadurch auszeichnen, dass die Grenze, wann ein Sachverhalt unter diesen Begriff fällt, sie also eine Extensionsunschärfe besitzen, zum einen nicht klar bestimmbar ist bzw. zum anderen nicht deutlich ist, welche Merkmale in welcher Kombinatorik vorhanden sein müssen, wenngleich es sicher Prototypen gibt, die mit einer Störung verbunden sind. Neben Diskussionen, was noch nicht oder schon als Störung be-

zeichnet werden kann (bspw. hinsichtlich der Trauer um eine geliebte Person), ist oft nicht zu bestimmen, welches Symptom in welcher Kombination mit anderen vorhanden sein muss. Dieses Problem kann als ein Grundproblem psychiatrischer Diagnostik verstanden werden, da es damit korrespondiert, ob Störungsgruppen kategorial oder dimensional definiert werden. Es darf ggfs. grundsätzlich konstatiert werden, dass sich eher operationale, polythetische Definitionen durchgesetzt haben (jedenfalls bei der Erfassung antisozialer Persönlichkeitsstörungen), die sich am Vorliegen von Symptomen orientieren und auf eine genauere Kennzeichnung der Ätiologie verzichten, wobei sich aktuell eine bestimmte Sichtweise der Persönlichkeitsstörung durchgesetzt hat:

(DSM-V : 885) – Die dimensionale Perspektive stellt eine alternative Möglichkeit zum kategorialen Ansatz dar. Sie lässt Persönlichkeitsstörungen als unangepasste Varianten von Persönlichkeitszügen mit fließenden Übergängen sowohl zur Normalität als auch zueinander auf

Eine kategoriale Vorstellung ist hingegen mit einer bestimmten Anzahl von Symptomen verbunden, während dimensionale Herangehensweisen bestimmte Dimensionen, etwa Dissozialität, ansetzen. Die Schwierigkeit ergibt sich wiederum bei der Skalierung: Es ist zu betonen, dass kaum betrachtet wird, wie diese Dimensionen sprachlich konstituiert werden (und ob sich dabei nicht selbst schon wieder Vagheit zeigt, s. unten die Auseinandersetzung mit *Haltlosigkeit*), sondern es geht um prinzipielle Selektion und Gewichtung bei vorliegenden Klassifikationen und Anforderungskatalogen.

Die Auseinandersetzung mit Unbestimmtheit richtet auf die Klassifikation psychischer Störungen bzw. entzündet sich an dem Wegfall, der Veränderung oder der Neuaufnahme von Störungen sowie auf die Gliederung und Gliederungsprinzipien von Klassifikationen. Die Auseinandersetzung mit den Symptomen/Syndromen ist v.a. deshalb wichtig, weil sie einen großen Stellenwert in operationalen Definitionen einnehmen. Allerdings ist am FAKT-Gesamtkorpus ersichtlich, dass auch die Symptomebene bisweilen in das Blickfeld von Psychiatern gerät:

„Bewußtseinstörung“ ist kein klar definierbarer Begriff. Das metaphorische Bild der ‚Trübung‘ läßt sich nicht scharf gegen die ‚Nicht-Trübung‘ abgrenzen. Bei der Flüssigkeit wird die Feststellung, ob sie schon leicht getrübt oder gerade noch klar sei, oft schwierig sein. Nun aber bezieht sich die ‚Trübung‘ nicht auf eine sichtbare, evtl. sogar meßbare optische Gegebenheit, wie es eine Flüssigkeit oder ein anderes transparentes Medium ist, vielmehr auf das ‚Bewußtsein‘, von dem niemand sagen kann, was es eigentlich ist [...] Sicher ist es keine transparente Materie, an der sich eine ‚Trübung‘ feststellen ließe (Benda 1960 : 412).

Insgesamt bilden die Reflexionen psychiatrischer Terminologie, wie sie häufiger anhand von Klassifikationen diskutiert wird, einen Rahmen für die nachfolgenden Fallstudien. Sie motivieren empirische Untersuchungen, die als komplementär zur theoretischen Auseinandersetzung mit Demarkation und Vagheit zu verstehen sind, und versuchen die Relevanz von Grenzziehungen auch in Texten nachzuweisen, die sich in ihrer Verbindlichkeit jedoch von heutigen internationalen Klassifikationen unterscheiden.

1.2 Linguistische Perspektiven

Es scheint immer dann intensiv über die Besonderheiten der psychiatrischen Fachsprache nachgedacht zu werden, wenn internationale Klassifikationen und Manuale verändert werden sollen. Aber auch in anderen Fächern, sei es in einer Geschichtswissenschaft in der Nachfolge Foucaults (vgl. Sarasin 2001) oder bei der Betrachtung medizinischer Texte in der Linguistik, sind etablierte Klassifikationen oft Anlaufstellen, um etwas Verallgemeinerungsfähiges über eine Disziplin zu sagen.¹⁰

Die Attraktivität der Untersuchungen von Klassifikation und „psychiatrischen Aufschreibesystemen“ (vgl. Hess 2015) dürfte darin liegen, dass sie eine institutionalisierte Praktik des "doing difference" sind (Hirschauer/Boll 2017: 9)¹¹. Klassenbildungen basieren auf Kategorien ("Modi formierter Zugehörigkeiten" – Hirschauer 2017: 144), postulieren eine Ähnlichkeit zwischen Menschen, die unter eine Klasse fallen, und stehen in Abhängigkeit von theoretisch abgesicherten Klassifikationskriterien, die mehr oder weniger deutlich Normalitätsmaßstäbe voraussetzen. Je enger sie sind, umso mehr verschwimmende Grenzen zur Normalität gibt es – je präziser Werte sind, umso mehr lässt sich die Frage nach ihren Toleranzbereichen stellen. Darüber hinaus erwecken Klassifikationen – schon aufgrund ihrer Abstraktheit und postulierten Allgemeinheit – den Eindruck der Reifizierung und besitzen das sozialsymbolische Potential, für eine ‚Verdinglichung‘ der Welt selbst oder der Moderne zu stehen. Damit soll insgesamt nicht in Frage gestellt werden, dass es sinnvoll ist, Klassifikationen und deren Dynamik zu untersuchen. Klassifizieren stellt allerdings nur *eine* literale Praktik dar, deren Ergebnisse ein strukturierendes Moment in Kommunikationsprozessen bilden und für Menschen, sofern sie entsprechend kategorisiert und klassifiziert werden, mit gravierenden Auswirkungen verbunden sein können.

Allerdings: Wenn man – und von dieser (sozialkonstruktivistischen) Prämisse gehen wir aus – annimmt, dass psychische Störungen nicht als diskrete, voneinander leicht zu unterscheidende Einheiten vorzufinden sind und dies Psychiater immer wieder zwingt, Sprache nicht als bloße (manuelle) „Etikettiermaschine“ zu betrachten, sondern als ein gleichermaßen sperriges und flexibles Instrument, dann kann/sollte eine Betrachtung von Demarkationsproblemen auch das sprachliche Tun von Psychiatern beleuchten. Dieses Tun ist zwar nur noch durch historische Texte überliefert, lässt sich jedoch differenziert betrachten, indem unterschiedliche Textsorten, eher wissensvermittelnde wie Lehrbücher oder eher wissenskonstituierende wie Aufsätze zu Spezialthemen, betrachtet werden. Außerdem wird es korpusbasiert möglich, Traditionsanschlüsse zu identifizieren und musterhafte, aber doch variable, teils sogar vom Individuum abhängige Lösungsmöglichkeiten zu analysieren. Während Klassifikationen auf einen breiten Konsens angelegt sind, lässt sich nur mit dem Blick auf den psychiatrischen Diskurs die Agonalität (Strittigkeit) von Meinungen und deren Vitalität und Dynamik erkennen.

Deshalb möchte das Projekt etwas weg von der wissenschafts- und erkenntnistheoretischen Auseinandersetzung mit Klassifikationsmöglichkeiten hin zum Tun der Wissenschaftler:innen

¹⁰ Das ist etwa so, als ließe sich von den GAT2-Richtlinien für die Transkription von Gesprächen auf die interaktionale Linguistik erschließen.

¹¹ Die Autoren interessieren sich für Prozesse der Differenzierung und stellen die folgenden Fragen: „Welche Differenz ist wann und wo in Kraft? Aber auch: Welche zugeschriebene Zugehörigkeit ist wann und wie lange auch affektiv besetzt? Welche Faktoren bestimmen solche Konjunkturen in Institutionen und Interaktionen? Unter welchen historischen Bedingungen setzt sich eine Unterscheidung durch, welches Bedingungsgefüge setzt sie außer Kraft? Wie spielen doing und undoing difference ineinander?“ (Hirschauer/Boll 2017: 13).

in diesem Feld, hin auf eine empirische, korpusbasierte Auseinandersetzung mit Unbestimmtheit, auf die angedeutete Vielfalt der sprachlichen Realisierungsmöglichkeiten und auf die damit verbundenen Praktiken richten.

1.2.1 Muster, Prozeduren, Praktiken

Im Projektzusammenhang arbeiten wir mit historischen Texten. Textsorten sind eine durch Wiederholung ratifizierte Angebotsstruktur, die in der psychiatrischen Fachkommunikation durch Zwecke wie das Verstehen von abweichenden Phänomenen und deren Vermittlung ebenso gesteuert werden wie von dem Zweck, Erkrankten zu helfen. Zwecke sind nicht unabhängig von den Institutionen und von institutionalisierten und damit immer auf in einer Kommunikationspraxis situierten sozio-diskursiven, mit unterschiedlicher Autorität bedachter Positionen zu begreifen. Textsorten weisen in unterschiedlichen Graden und mit unterschiedlicher Verbindlichkeit verfestigte Textmuster auf. Dies meint nicht nur, dass sie eine bestimmte Struktur (etwa unterschiedliche Gliederungsebenen) besitzen, sondern dass sie selbst unterschiedliche Ebenen („Bausteine“) besitzen, bspw. eine übliche Abfolge von Themen oder die Verwendungen von Texthandlungstypen (etwa das Argumentieren, Beschreiben, Instruieren etc.); dies lässt sich in kommunikative Aufgaben zerlegen.

Für diesen Beitrag ist zentral, dass sich im Wechselverhältnis mit bestimmten Aufgaben, bspw. einen Gegenstand einführen oder eine Argumentation ausführen, Muster herausbilden, die mit diesen Aufgaben korrespondieren. Ist eine Textsorte einmal etabliert, so ergeben sich auch sprachliche Muster, die diese Textsorte als solche und/oder eine textsortenspezifische Position kontextualisieren könnten, wie dies bei *es war einmal ein X* der Fall ist. Ähnlich wie bei einem Märchen, bei dem sich erklären lässt, warum es gerade zu dieser Formulierung gekommen, so zum expletive *es*, Gebrauch des Präteritums, zur Verwendung unbestimmter Personenkategorisierung als typische Stilmerkmale des Märchens, so reflektieren sprachliche Muster auch bei Fachtextsorten kommunikative Aufgaben.

Im Sinne von Rezat/Feilke (2025: 13-35) könnten derartige Muster als Prozeduren begriffen werden. In einer etwas früheren Definition, da noch unter dem Begriff der Textroutine, werden diese bestimmt als „textkonstituierende sprachlich konfundierte literale Prozeduren, die jeweils ein textliches Handlungsschema (*Gebrauchsschema*) und eine saliente Ausdrucksform (Routineausdruck) semiotisch koppeln“ (Feilke 2012: 11). Wenn also die Psychiatrie tatsächlich ein Demarkationsproblem besitzt, so sollten sich entsprechende musterhafte Routinen ermitteln lassen. Wie oben angedeutet, eignen sich dazu Muster, die in ihren lexikalischen Bezugspunkt im Basismorphem {grenz-} haben.¹²

Textroutinen lassen sich auch unter dem Gesichtspunkt einer kommunikativen Praxis verstehen. Praktiken lassen sich grundsätzlich als repetitive, eingeübte Handlungsweisen verstehen, die im Praxisvollzug erworben und angeeignet werden, miteinander verbunden sind, aufeinander folgen und mit einem impliziten – die Verkörperung und Materialität von Praktiken einschließenden – praktischem Wissen verknüpft sind (so etwa Reckwitz 2003: 293 u.v.a.). Sie lassen sich als „kulturelle Basisphänomene“ (Vogel 2007: 251) oder „Kulturtechniken“ (Reckwitz 2016: 34) verstehen, die jedoch nicht starr sind, sondern Spielräume lassen, um es ‚anders‘ zu

¹² Ausgeklammert bleiben in diesem Arbeitspapier, was allerdings Gegenstand einer weiteren Auseinandersetzung sein könnte, multimodale Aspekte, etwa Bilder von Patient:innen, durch die Grenzzustände visualisiert werden, oder auch vereinzelte Grafiken und Tabellen.

machen (vgl. u.a. Schäfer 2016a/b). Attraktiv insbesondere für eine diachrone Darstellung ist die Vorstellung, dass man in der sekundären Sozialisation in eine Wissenschaftspraxis, die gleichsam immer auch eine kommunikative Praxis ist, durch Ausübung lernt und auch das implizite Wissen erwirbt, das für diese Praxis wesentlich ist. Wissenserwerb ist damit ebenso gebunden an das Beteiligtsein an einer Praxis einer bestimmten Art, bei der man Vorgefundenes nachahmt, ohne den sozialen Sinn immer schon voll verstanden zu haben (man kann zitieren, ohne den Sinn des Zitierens schon wohl verstanden zu haben), als auch an der eher gesteuerten Aneignung etwa kanonischer Texte einer Disziplin. Dabei gehe ich davon aus, dass man im Beteiligtsein an einer Praxis die dieser Praxis inhärenten Güter, deren Maßstäbe und Richtlinien erwirbt. Gemünzt auf die für eine Praxis zumeist wichtigen kommunikativen Praktiken, die durch ihre Existenz schon intersubjektive Gültigkeit beanspruchen dürfen (etwa dass wir einander grüßen), dürfte ebenfalls das Verhältnis von Adaption und bewusster Aneignung und Reflexion wichtig sein. Weiterhin spricht für den Begriff der kommunikativen, sprachlich oft musterhaften Praktik, dass durch diese Aspekte des Schriftmedium wie etwa Layout und typographische Hervorhebungstechniken ins Blickfeld geraten. Textuelle Praktiken und ihnen u.a. zumeist zugrunde liegenden sprachlichen Muster zeichnen sich ebenfalls durch Wiederholung, Routinisierung, Historizität (gleichermaßen Tradier- und Wandelbarkeit), Multimodalität, potentielle Sozialsymbolik und Indexikalität aus (vgl. Deppermann et al. 2016: 3-11).

1.2.2 Konzepte als Deutungsmuster

Nun haben die ausgewählten Texte auch einen spezifischen thematischen Fokus: Sie beschäftigen sich jeweils mit einer Störungsgruppe, die erst relativ spät einen mehr oder weniger verbindlichen Namen bekommt, den der antisozialen bzw. dissozialen Persönlichkeitsstörungen. Folgt man den Erörterungen oben, so ließen sich diese auch als ein „cluster concept“ verstehen, der ja auch mit der „combinatory vagueness“ in Verbindung gebracht wird. Aus der hier favorisierten gebrauchslinguistischen Perspektive lässt das Demarkationsproblem vielleicht etwas anders charakterisieren: Begriffe (Konzepte) sind nicht einfach in der Welt, sondern sie stehen mit den Verwendungsweisen sprachlicher Ausdrücke in einem engen Zusammenhang bzw. lassen sich als ihr Produkt verstehen. Die in der Framesemantik übliche Vorstellung, dass ein Begriff einen Verstehensrahmen eröffnet, der jeweils über „slots“ verfügt, die in der Verwendungssituation oft nur teilweise gefüllt wird, legt eine Betrachtungsweise nahe, die danach fragt, was alles unter die Konzeptualisierung einer Störungsbezeichnung fallen kann. Nicht in jeder und auch nicht in jeder fachlichen Situation ist es notwendig, einen Prototyp abzurufen.

Im Projektzusammenhang operationalisieren wir Deutungsmuster und damit verbundene Konzeptualisierungsvorgänge, indem wir davon ausgehen, dass:

- a. schon Benennungen selbst einen Hinweis darauf geben, unter welcher Perspektive ein Phänomen betrachtet werden soll,

- b. auch die Bezeichnung von Betroffenen, die nur selten als *Kranke* bezeichnet werden, aufschlussreich ist,
- c. das Zuschreiben von Symptomen – sowohl in generischen Definitionen und bei Fallschilderungen – ein wesentliches Element der Konzeptualisierung ist,
- d. von Belang ist, auf welche Ursachen einer Störung zurückgeführt wird und wie eine Störung erklärt wird
- e. schließlich, was über den Ausgang einer Störung in Form von Prognosen behauptet wird (s. auch Tagset¹³).

Der Begriff der Deutung zieht in Betracht, das in fachlichen Textsorten ein perspektiviertes Verständnis einer Störung deutlich wird, die wesentlich vom Verstehen eines Phänomens abhängig ist. Dabei sind erlernte Verwendungsweisen und intersubjektive Anschlussmöglichkeiten wesentlich, die nicht beliebige Verständnisse eines Ausdrucks zulassen, aber es doch *andere* Verständnisse ermöglichen (Streupotential eines Ausdrucks, vgl. Knobloch 1992). Auf allen genannten Ebenen ergibt sich ein Zusammenspiel von Veränderungen und Konstanz, die zeigen, dass das Verständnis sich beständig leicht modifiziert. Das heißt: Die Verständnisse verändern sich, was vor allem zeigt, dass ein eingeführter Begriff für andere, neuartige Deutungen offen ist. Dass es nie gelingt, die Deutungen konstant zu halten, ist sicherlich dem Umstand geschuldet, dass es psychische Störungen abweichendes und schwer zu greifendes Verhalten zum Gegenstand haben, es sind jedoch auch ganz andere Prozesse daran beteiligt, die auf die sozialen Dimensionen der Kommunikationspraxis zurückverweisen. Diese seien für den Moment nur angedeutet:

- a. fachliche Auseinandersetzungen, die Ausbildung von Denkschulen sowie neue Befunde,
- b. Anlehnung an prestigeträchtige andere wissenschaftliche Disziplinen oder ausländische Traditionen (so die Vorrangstellung der französischen Psychiatrie in der ersten Hälfte des 19. Jh. siehe Schuster 2010), die
- c. Image(bildung) eines bestimmten Klinikdirektors oder der Einfluss übergreifender Entwicklungen und Diskurse (andere Normalitätskonzeptionen).

Ferner ist zu bedenken, dass der Erhalt eines Begriffes sich nicht nur dadurch erklärt, dass er etwas besser fasst als ein anderer, sondern dass Begriffe nach Knobloch auch dann erfolgreich sind, wenn sie über ein starkes Inklusionspotential o.Ä. verfügen. Dies alles scheint uns dazu geeignet, Deutungsmuster anzunehmen. Die potentielle Neubestimmbarkeit von psychiatrischen Ausdrücken ist also auch dann möglich, wenn sie bereits als Termini gefasst sind und das kann zusammen mit den sozialen Dimensionen als wesentlicher Motor der Fachkommunikation aufgefasst werden.

Die potentielle Neubestimmbarkeit verdankt sich der Tatsache, dass es sich bei psychischen Störungen um ein Phänomen handelt, das auch dadurch inkommensurabel ist, weil „inneres Erleben“ und die entsprechende Fassung dieses Erlebens revisionsbedürftig sein können, und es mit den Mitteln der natürlichen Sprache wohl nie gelingen wird, alle potentiell relevanten As-

¹³ https://www.uni-paderborn.de/fileadmin/faktizitaetskonstruktion/Texte_FAKT/FAKT_Guidelines_final_version_15.07.2026.pdf. DOI: <https://doi.org/10.82165/3m4g-gw28>

pekte zu erfassen. Darüber hinaus ist jedoch die Tatsache zentral, dass viele Ausdrücke der natürlichen Sprache im Sinne der *degree vagueness* vage sind. Adverbien wie *häufig* oder *oft* eröffnen immer die Frage, gemessen an welcher Gesamtanzahl und ab welcher absoluten Zahl etwas als *häufig* oder *oft* bezeichnet wird. Ließe sich das Auftreten eines Symptoms vielleicht noch quantifizieren, so eröffnen Zuschreibungen wie *willensschwach* oder *antriebslos* immer einen Deutungshorizont, der nicht unabhängig von der Relevanz dieser sprachlichen Ausdrücke zu denken ist.

2 Sprachliche Praktiken zur Bearbeitung des Un(ter)bestimmten

2.1 Die empirische Bedeutung des Demarkationsproblems

Sprachliche Muster sind, wie oben ausgeführt, mit kommunikativen Praktiken eng verwoben. Aufgrund der angenommenen Virulenz des Demarkationsproblems werden hier zunächst Muster mit {*grenz*} thematisiert und in Hinblick auf ihre Funktionalität für die psychiatrische Kommunikation hin analysiert.

Der sprachliche Ausdruck *Grenze*, folgt man dem DWB, hat zwei grundlegende Bedeutungen, die sowohl wörtlich als auch metaphorisch verwendet werden. Das DWB setzt beide Lesarten zueinander in Bezug:

während der begriff der grenze im ursprünglichen sinne auf der vorstellung eines raumes diesseits und jenseits der scheidelinie fuszt, entwickelt sich wesentlich erst seit dem 18. jh. ein gebrauch, der von dem raum jenseits der grenze mehr oder weniger absieht und das wort so den bedeutungen 'schränke, abschluss, ziel, ende' zuordnet (Bd. 9, Sp. 124).

Die Formulierung *die Grenze zwischen X und Y*, die in Psychiatrietexten häufig verwendet wird, entspricht der ersten Lesart, während eine Attribuierung durch ein Genitivattribut, etwa *die Grenzen des Normalen*, mit der zweiten Lesart verbunden ist. Der Ausdruck *Grenze* verbindet sich generell mit der Vielzahl von Kollokationen, die im Zusammenhang mit der einen oder anderen Lesart stehen. Die Muster *Grenzen setzen*, *festlegen*, *erweitern* oder *verengen* fokussieren die Grenze selbst, die als eine ‚Schränke‘ oder als ein ‚Zielpunkt‘ verstanden wird. Die Grenze schließt hier das Angemessene, Erlaubte oder auch Rechtmäßige ein, was auch an solche Mehrwortverbindungen wie *jmdn. Grenze setzen* oder *jmdn. in die Grenzen weisen* deutlich wird. Mit dem Konzept einer Trennlinie zwischen zwei Räumen sind Mehrwortverbindungen wie *Grenzen aufheben* oder *Grenzen verschwimmen* verbunden. Mit dem Verb *grenzen* verbindet sich die Bedeutung, sich einem – wie auch immer gedachten Endpunkt – anzunähern (etwa *grenzt an Wahnsinn*). Die verbalen Wortbildungen mit dem Morphem {*grenz*}, so etwa *abgrenzen*, *eingrenzen* oder *umgrenzen*, schließen sich wiederum an das Konzept der Trennlinie bzw. an die voneinander zu trennenden Räume an. Neben dem Ausdruck *Grenze* ist die Derivation *Abgrenzung* in den psychiatrischen Texten vorhanden. Mit dem Verbalabstraktum wird sowohl die Tätigkeit der Grenzziehung fokussiert als auch nahegelegt, dass etwas zu etwas anderen anderem in Bezug gesetzt wird. Wesentlich seltener werden *Begrenzung*, *Umgrenzung* oder *Begrenzung* verwendet.

Die Relevanz des *Grenzwortschatzes* ist für die psychiatrische Fachkommunikation kaum zu unterschätzen – es handelt sich um Schlüsselwörter. *Grenze* und die entsprechenden Verbindungen sind metaphorisch zu verstehen und konzeptualisieren psychische Krankheiten als *prinzipiell* begrenzbar und auch klassifizierbare Entitäten. Wie wir sehen werden, ist es mit entspre-

chenden Verbindungen auch möglich, fehlende oder vorhandene Übergänge sprachlich zu kennzeichnen. Im Folgenden soll v.a. gezeigt werden, dass die Verwendung von *Grenze* mit allen denkbaren Verbindungen und die Verwendung von *Abgrenzung* es erlaubt, mit dem Demarkationsproblem so umzugehen, dass *Bestimmbares* evoziert, jedoch etwas noch nicht vollständig *Bestimmbares* formuliert wird (bspw., dass sich etwas hart der Grenze der Normalität befindet). Diese Praktiken, die häufig damit verbunden sind, nicht vorhandene oder verschwimmende Grenzen fest-zustellen, werden dabei in diesem Beitrag als Anzeichen psychiatrischer und auch rhetorischer Professionalität gewertet. Diese Darstellung basiert ebenso auf linguistischen Suchabfragen an das Spezialkorpus „antisoziale Persönlichkeitsstörungen“ mit AntConc (Anthony 2022), auf einem Word2Vec-Modell (Wordembeddings¹⁴) sowie auf explorativen manuellen Annotationen eines Teilkorpus.

Durch die Auswertung der o.g. Belegkorpora ergibt sich, dass sich bestimmte Präferenzen für bestimmte sprachliche Muster ausbilden. Diese Muster werden im Folgenden zunächst dargestellt, im zweiten Teil erfolgt anhand der Verwendung des Verbs „abgrenzen“ und der mit ihm gebildeten sprachlichen Muster sowie anhand der Derivation *Abgrenzung* eine qualitative Interpretation.

2.2 Quantitative Befunde zu sprachlichen Mustern mit *Grenze* und *Abgrenzung*

Der folgenden Auswertung liegen 4930 Belege zum Basismorphem {grenz-} aus dem Zeitraum von 1803 bis 2016 zugrunde; 2100 Belege stammen aus dem Spezialkorpus Psychopathie. Die Beleganzahl basiert auf einer linguistischen Suchabfrage zum entsprechenden Basismorphem. In die Erhebung geht auch auf die Berechnung häufiger Kookkurrenzen ein. Dem Spezialkorpus wurden Metadaten zugewiesen, die sich einerseits auf das Erscheinungsdatum eines Dokuments, andererseits auf die gewählte Textsorte beziehen. Hinsichtlich der zweiten Kategorie wurden grob die folgenden Kategorien zugeteilt: Lehrbuch – Handbuch – Monographie – Fachaufsatz – Klassifikationen und Manuale zugewiesen. Diese Zuordnungen ermöglicht es neben der Anzahl der Belege, die auf einen Autor entfallen, einige Tendenzen zu bestimmen:

An der Abb. 1 ist zu erkennen, dass die Auseinandersetzung mit *Grenzen* im Rahmen der Darstellungen von Psychopathie relativ kontinuierlich erfolgt:

¹⁴ Abrufbar unter <https://doi.org/10.5281/zenodo.21220825>.

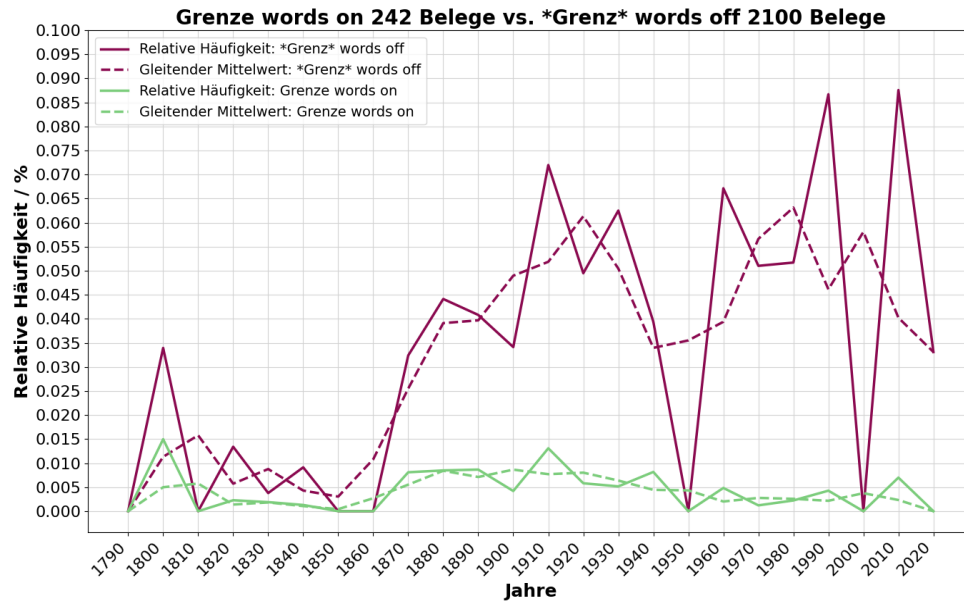


Abb.1 Verteilung der Grenzbelege (relative Häufigkeit) [SK]

Es wird an diesem Spezialkorpus deutlich, dass die Thematisierung von Grenzen sprunghaft mit der zunehmenden Konsolidierung der Psychiatrie ab den 1870er Jahren ansteigt. Das Gesamtkorpus macht zudem deutlich, dass ein Höhepunkt der Beschäftigung im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts erfolgt, in der die Psychiatrie als medizinisches Fach und gesellschaftliche Institution akzeptiert und ausgebaut worden ist.

An der Abb. 2 ist nun ersichtlich, dass die Reflexion und Bestimmung von Grenzen im Gesamtkorpus v.a. in Lehr- und Handbüchern, weniger jedoch in spezialisierten Fachaufsätzen erfolgt:

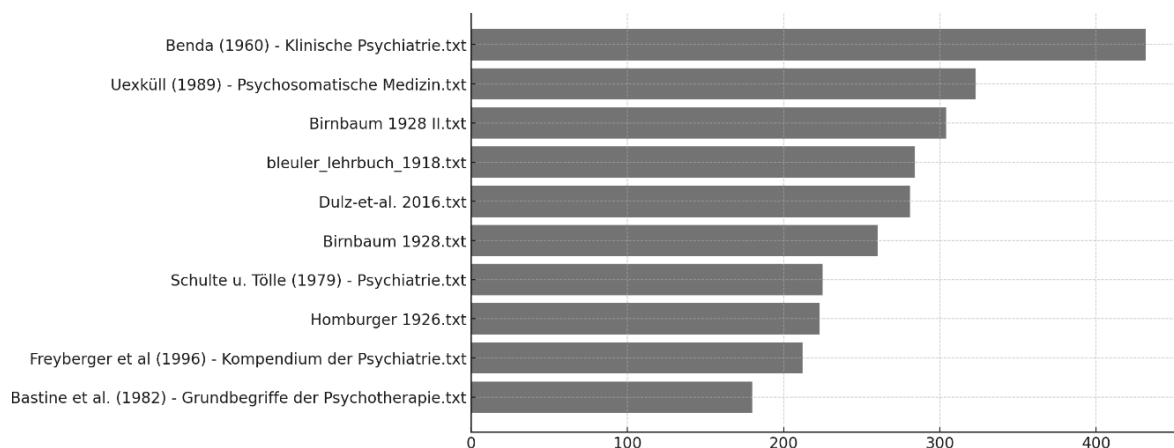


Abb.2: Verteilung der Belege für {grenz} [GK]

Es ist deutlich, dass die Auseinandersetzung mit Grenzen die Lehr- und Handbuchtradition bis in die Gegenwart hinein prägt. In der Fachsozialisation richtet sich das Augenmerk auf die Bedingungen, Möglichkeiten und Grenzen des eigenen Tuns, und es werden Schwierigkeiten der psychiatrischen Diagnostik bewusst gemacht. Dies wird durch den interessanten Befund gestützt, dass an Paarformeln erinnernde Verknüpfungen von Substantiven wie *Möglichkeiten und Grenzen der X* titelgebend sind.

Grundsätzlich zeigt sich, dass viele Aspekte, die in der Philosophie der Medizin diskutiert wer-

den, so die Auseinandersetzung, mit welchem Phänomen man es zu tun hat, wie es erfasst werden kann oder wie leistungsfähig Sprache ist, auch im psychiatrischen Diskurs selbst thematisiert werden. Diese Reflexionen finden sich gehäuft im ersten Drittel des 20. Jhs. Bei Hoffmann (1921 : 129) wird betont, dass man „einem fließenden, vielfach unfaßbaren Geschehen gegenüber[stehe], das scheinbar keine Grenzen zu ziehen erlaubt“. Die Diagnose wird in einigen Fällen von der Erkenntnis begleitet, dass Grenzziehungen künstlich seien: „muß man natürlich, was gar nicht leicht ist, eine künstliche Grenze machen, entweder zwischen krank und nicht-krank“ (Bleuler 1918 : 478). Ähnlich formuliert auch Birnbaum (1928 : 116)

Auch der Psychiater muß sich aber darüber klar sein, daß sein Urteil über krank oder gesund, zumal wenn es gezwungen ist, sich lediglich auf das Kriterium der Quantität zu stützen, von einem gewissen, prinzipiell nicht fixierbaren Augenblick an mehr und mehr Sache der Willkür oder der heuristischen Zweckmäßigkeit wird.

Noch 2001 konstatieren Franke/Kämmerer, im Rückgriff auf Bastine (1998 : 175) „Psychische Störungen lassen sich auch nicht durch naturgegebene Grenzen von psychischer Normalität“ abgrenzen. Wiederholt wird bestritten, dass es überhaupt möglich sei, Krankheitsentitäten im Sinne von Kategorien zu bestimmen: „was man bisher für die Grenze ausgab, sind Grenzen von Zustandsbildern, nicht von Krankheitseinheiten“ (Schulte/Tölle 1979 : 173). Unter den kritischen Kommentaren, dass es unmöglich sei, Grenzen zu ziehen, finden sich, wenngleich selten, auch sprachreflexive Kommentierungen, die schon früh die Vagheit und Deutungs Offenheit psychiatrischer Klassifikationen und Termini mit der Vagheit von anderen abstrakten Begriffen wie *Staat* oder *Land* parallelisieren (vgl. Bleuler 1918 : 51). Uexküll (1979 : 52) übernimmt die Feststellung Wittgensteins, dass die Grenze unserer Sprache auch die unserer Welt sei. Häufiger wird das Spannungsfeld zwischen Theorie und praktischen Erfordernissen umrissen:

Homburger (1926 : 463) – unterscheiden wir aber mit einer an das Grundsätzliche grenzenden Schärfe wenigstens theoretisch einen endogenen und einen exogenen Faktor

An diesem Zitat lassen sich vorgehend sprachliche Praktiken demonstrieren, die fachspezifischen Praktiken nahekomen: Es wird hier, mit einer Einschränkung (*wenigstens theoretisch*), an der Existenz von Endo- und Exogenität festgehalten. Dieses vorsichtige Festhalten zeigt sich nun auch an *Faktor*, da Faktor als ‚mitwirkender Umstand‘ paraphrasiert werden kann und vorsichtiger als die Annahmen von Ursachen ist. Allerdings zeigt *mit einer an das Grundsätzliche grenzenden Schärfe*, dass sich der Verfasser sicher zu sein scheint, dass sein Urteil zutrifft; dieses Zusammenspiel von epistemischer Vorsicht und Gewissheit ist interessant und möglicherweise fachspezifisch, und es soll gezeigt werden, dass die hier eröffnete Ambivalenz charakteristisch für die psychiatrische Fachkommunikation zu sein scheint.

Aus dem Word2Vec-Modell auf der Basis des SK lässt sich anhand der 50 „nearest neighbours“ erkennen, dass sowohl *Grenze* als *Grenzen* semantisch äquivalent zu *Übergängen* und *Schranke/n* sind, womit die im DWB erscheinenden Lesarten bestätigt werden. Bedeutungsähnlich zu *Grenze/n* ist auch das von der nominal-verbalen Verbindung *Grenzen ziehen* gebildete Kompositum *Grenzziehung*.

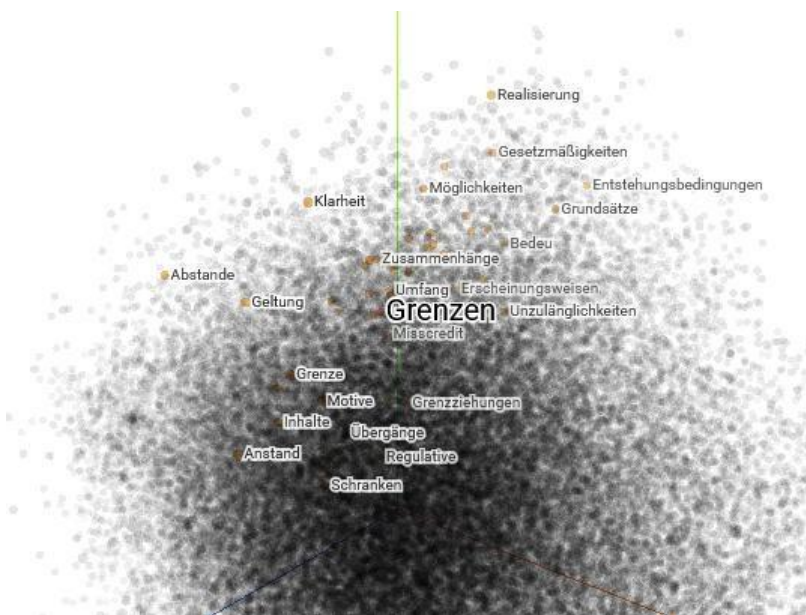


Abb.3: Word2Vec-Modell zu *Grenze* [GK]

Es ist auffällig, dass mit diesem Basismorphem kaum Determinativkomposita gebildet werden, bei dem *Grenze* das Determinatum ist; eine Ausnahme bildet *Toleranzgrenze* – es zeigt sich dadurch, dass Grenzen kaum spezifiziert werden. Allerdings wird eine Fülle von Komposita gebildet, bei denen Grenze das Bestimmungswort (Determinans) ist. Dazu gehören solche Ausdrücke wie *Grenzgebiet*, *Grenzbereich* oder *Grenzbezirk*, deren gemeinsames semantisches Merkmal ‚Übergangszone‘ ist. Ausdrücke wie *Grenzscheide*, *Grenzlinie* und *Begrenzungslinien* bilden alternative Ausdrücke für die Grenze als ‚Trennlinie‘. Ferner ist auffällig, dass v. a. *abgrenzen*, seltener Verben wie *eingrenzen*, *umgrenzen* oder *begrenzen* verwendet werden. Adjektive mit dem Basismorphem {grenz-} werden *bis auf grenzenlos* selten verwendet. Neben dem häufig verwendeten Verb *abgrenzen*, das grammatisch dreistellig ist (‚jemand grenzt etwas von etwas anderem ab‘), was es insbesondere für die Differentialdiagnose nutzbar macht, lässt sich eine Reihe von usualisierten nominal-verbale-Verbindungen wie *Grenzen ziehen* oder *Grenzen überschreiten* ausmachen.

Zu den nächsten Nachbarn gehören auch Lexeme wie das Adjektiv *scharf*, das sich auch in Bi-/Trigramm-Cluster wiedererkennen lässt.

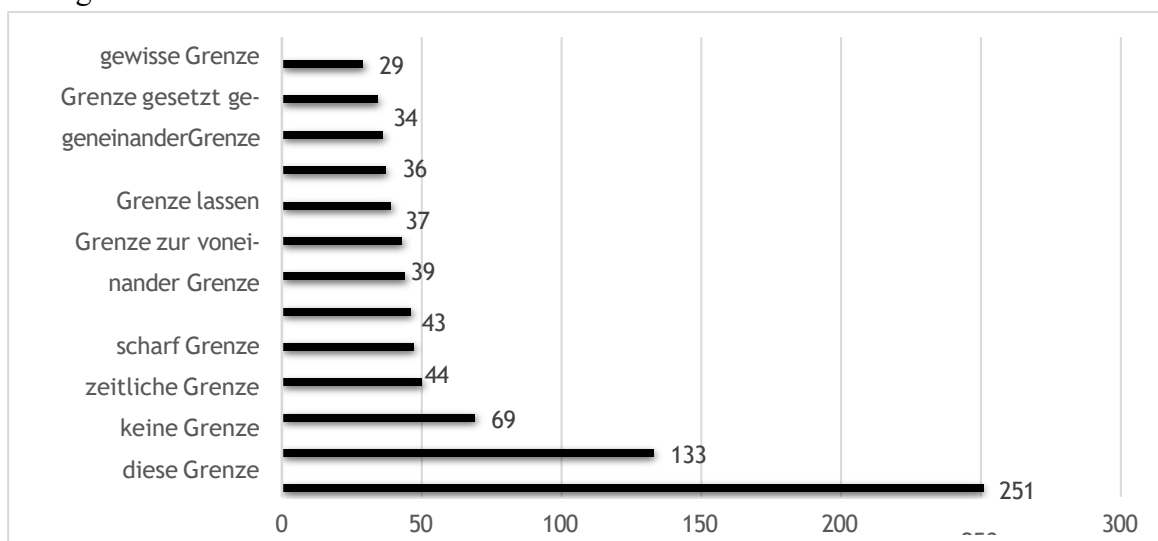


Abb. 4: Bi-Gramm-Cluster (15 häufigste Tri-Gramme) zu {grenz-} [GK]

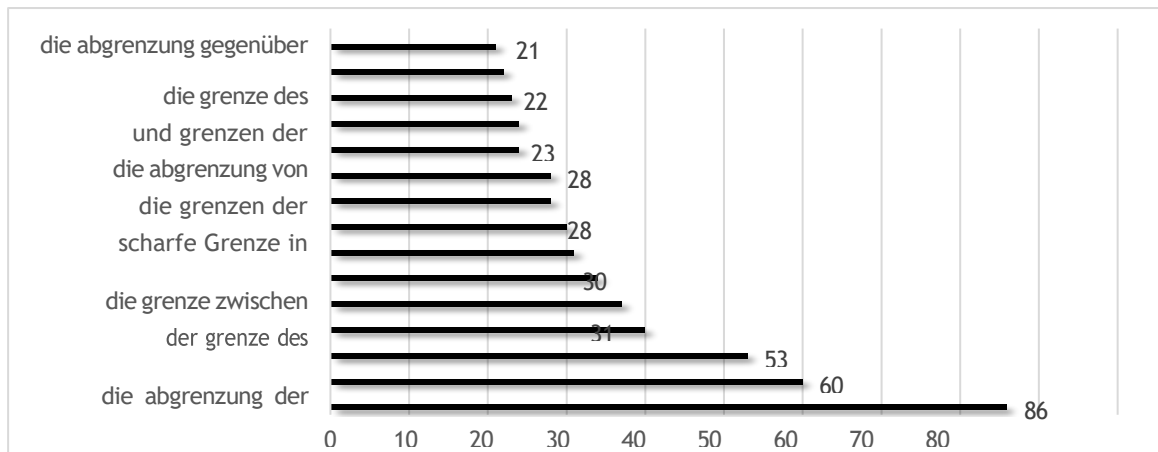


Abb. 5: Tri-Gramm-Cluster (15 häufigste Tri-Gramme) zu {grenz-} [GK]

An diesen Clustern ist wiederum erkennbar, dass einerseits Grenze als ein Ziel oder Ende konzeptualisiert wird, erkennbar an den häufig folgenden (explikativen) Genitivattributen, dass jedoch auch, sichtbar an dem Cluster *die grenzen zwischen*, eine Abgrenzung zwischen Gebieten gezogen wird. Daneben ist erkennbar, dass *scharf* (und auch *zeitlich*) Grenzen spezifizieren. Was Abb. 4 und Abb. 5 nicht erkennen lassen, ist, dass auch verbale Cluster mit einerseits Vollverben wie *ziehen*, *setzen* und *haben* (als Vollverb gebraucht) erkennen lassen, die zusammen mit Auxiliärverben und Modalverben Cluster wie *gezogen werden*, *ist gezogen* oder *kann gezogen werden* bilden. Darüber hinaus verbinden sich die Präpositionen *ohne*, *gegen*, *durch* und *gegen-einander* mit *Grenze/n* und *Abgrenzung*.

Auf der Basis der Belegkorpora ergeben sich für die ASP nun folgende charakteristische sprachliche Muster, die auch enge Verbindungen eingehen. Charakteristischer als das Heranreichen an eine imaginäre Grenze ist das Formulierungsmuster *ohne Grenzen in X übergehen*, was zeigt, dass unterschiedliche Stufen und Stadien nur mangelhaft voneinander abgegrenzt werden können:

Kraepelin (1883: 356) – Rechthaberei, der Streitsucht aufweisen und in der That *ohne scharfe Grenzen stetig in die Breite der gesunden Individualitäten übergehen*

Benda (1960 : 78) – einerseits als Vorstufe schwererer Störungen anzusehen sind, andererseits *ohne scharfe Grenze in das Gebiet der persönlichen Veranlagungen übergehen*.

Schneider (1973: 17) – Überall *gehen abnorme Persönlichkeiten ohne Grenze in die als normal zu bezeichnenden Lagen über*

Huber (1974: 248) – mehr übercharakterlichen oder mehr charakterogenen Persönlichkeitsentwicklungen *gehen ohne scharfe Grenze in die neurotischen über*

Siemerling/Schulze (1926 : 243) – Stumpfe und erregte Formen, die wiederum *ohne scharfe Grenze ineinander übergehen*

Schneider (1973 : 5) – Akute und chronische Bilder dieser Gruppen *gehen ohne Grenze ineinander über*.

Saß (1987 : 73) – Delinquenten die unterschiedlichen Ausprägungsgrade von Psychopathie und Dissozialität *ohne eindeutige Grenzen kontinuierlich aus einem unauffälligen Normalbereich über Zwischenstufen bis hin*

Das frequenteste Muster des Gesamtkorpus basiert auf der Attribuierung von *Grenzen* durch

das Adjektiv *scharf* und eines mit *zwischen* eingeleitetes präpositionales Attribut, das sich ebenfalls im Längsschnitt verfolgen lässt: *keine scharfen Grenzen zwischen X und Y ziehen (lassen)*. Zu diesem Muster sind die unterschiedlichsten Varianten vorhanden, die daraus resultieren, dass bedeutungsähnliche Adjektive gewählt werden, so *unscharf*, *verschwimmend*, *verschwommen* oder auch *flüssig*, jedoch auch *strikt* oder *schroff*. Auch andere Verben sind möglich, etwa *bestehen* oder *verwischen*:

Kill (1921: 827) – der zu einer gewissen Vorsicht mahnt, wenn man eine *scharfe Grenze ziehen will* zwischen periodisch depressiver Verstimmung und zirkularem Irresein.

Birnbaum (1928: 349) – auch nach der Seite der Ängstlichen und Mißmutigen *keine scharfen Grenzen gezogen werden können*, sondern die mannigfachsten Übergänge Vorkommen müssen

Siemerling/Schulze (1926: 70) – und die chronischen Erschöpfungen (Neurasthenie, Erschöpfungstupor usw.). *Eine scharfe Grenze zwischen beiden* läßt sich, wie die Erschöpfungsamentia lehrt, nicht ziehen

Schulte/Tölle (1979 : 44) – Auch hier *ist keine scharfe Grenze zu ziehen*. Zur Abgrenzung der Neurosen von endogenen Psychosen

Siemerling /Schulze (1926: 20) – ihrer Phantasie die Zügel schießen zu lassen. *Eine strikte Grenze zwischen physiologischer und pathologischer Lüge besteht nicht*.

Homburger (1926: 505) – Vorreifezeit. In beiden Abschnitten *verwischt sich ja besonders leicht die Grenze der Gesundheitsbreite und des Abnormen* gerade hinsichtlich der motorischen [...]

Benda (1960 : 418) – vor allem SPECHT, der, noch weitergehend, selbst *die scharfen Grenzen zwischen Endogenem und Exogenem verwischen wollte*.

Die frequentesten Muster im SK und GK sind also solche, die Übergänge und ‚Grenzüberschreitungen‘ thematisieren. Mit diesen wird das erste Konzept von *Grenze*, die Scheidelinie zwischen zwei abstrakten Gebieten, evoziert. Es wird konstatiert, dass sich Störungen und Symptome zwar voneinander abgrenzen lassen, aber es bleibt unbestimmt, wann oder durch was, sich eine ‚scharfe‘ Grenze auszeichnen würde. Es ist interessant, dass die ‚Gebiete‘ letztlich als etwas konzeptualisiert werden, das sich wahrnehmen und beobachten lässt, so dass eine mögliche bessere Bestimmbarkeit oft auch in den Raum der Beobachtung und Erfahrung verlegt wird: „Beobachters überlassen bleibt, wie weit oder wie eng er die Grenze der Geisteskrankheit stecken will“ (Kraepelin 1883 : 150) oder „Im Gegenteil muss man schärfer beobachten, wenn man die sicheren Grenzen sehen will“ (Leonhard 1986 : 159).

Die bisher thematisierten Muster präsupponieren die Existenz von Grenzen, womit auch der Vorstellung festgehalten wird, dass Phänomene sich gliedern lassen. Gleichzeitig wird angezweifelt, dass sich diese Grenzen je exakt bestimmt lassen werden und Übergänge zwischen einzelnen Störungsbildern möglich sind. Analog finden sich wiederholt Formulierungen, die das nahe Heranreichen an Gewissheiten, nicht aber Gewissheiten selbst verbalisieren: „der krankhafte Charakter der incriminierten Handlung mit an Bestimmtheit grenzender Wahrscheinlichkeit erhellt“ (Fritsch 1887 : 216). Die Angabe von Normwerten etwa ist auch im Gesamtkorpus nur selten vertreten:

Benda (1960 : 577) – Sein Querdurchmesser überschreitet schließlich die von verschiedenen Autoren *unterschiedlich festgesetzte „Normgrenze“ von 6 oder 8 mm* [...]

Schulte & Tölle (1979 : 281) – *auf 1/3 der Norm reduziert. Wo das Sauerstoffangebot die kritische Grenze unterschreitet*, kommt es zu Nekrosen der Hirnsubstanz

Die bisher thematisierten Muster fußen auf dem Konzept von *Grenze* als einer Scheidelinie zwischen zwei Gebieten und konnten zeigen, dass sich die Psychiater über die Jahrzehnte des

Demarkationsproblems bewusst sind. Auch dafür, Grenze als einen Zielpunkt zu konzeptualisieren, gibt es Muster, zu denen *an der/die Grenze der X stehen, liegen* oder *heranreichen* gehören. Die entsprechenden Verben sind entweder atelisch, in diesem Fall die Zustandsverben *liegen* und *stehen*, oder solche, die Prozesse beschreiben. Während *an der Grenze* verwendet wird, um einzelne Störungen und die sie charakterisierenden Zustände zu verbalisieren und die Grenze selbst durch Attribute wie *untere, obere* oder *äußere* qualifiziert wird, wird *auf der Grenze*, insbesondere begleitet durch eine mit *zwischen* eingeleitete Präpositionalphrase, zur Differentialdiagnostik genutzt.

Heinroth (1825: 312) – Daher zornmüthige Perfonen immer *an der Grenze der Manie stehen*

Schneider (1921: 40) – besonders der schwere Psychopath ähnlich wie der Epileptiker *an der Grenze der Zurechnungsfähigkeit steht* [...]

Homburger (1926: XII) – des Kindes von Gefühlsvorgängen und Motivverknüpfungen in Gemütsbewegungen *an der Grenze* der Norm.

Birnbaum (1931: 213) – Die kriminellen psychischen Anlagen *stehen an der Grenze zwischen Kriminalbiologie und -psychologie*.

Es ist zu betonen, dass Formulierungen wie *Es gibt eine Grenze* [Genitivattribut] [zwischen NN KONJ NN] noch Formulierungen wie *Es gibt keine Grenzen* kaum erscheinen.¹⁵ Teil unseres Korpus bilden auch ICD/DSM in unterschiedlichen Ausgaben: Es zeigt sich, dass in diesen kaum Grenzen thematisiert werden. In anderen Schriften ist die Grenze ein unbestimmter Bereich, ein unbestimmtes Grenzgebiet: So kann etwas *hart an dem Grenzen des Normalen, Pathologischen* oder *des Irrsinns liegen/stehen, sich wenig von der Grenze des Normalen entfernen* oder diese Grenze *überschreiten* oder *über eine Grenze hinausgreifen*. Typisch für die psychiatrischen Handbücher und Lehrbuchtexte sind also Formulierungen wie:

Siemerling/Schulze (1926: 99) – leichter Manie noch in gewissen, an das normale Verhalten streifenden Grenzen hält, erfährt bei den schweren Formen die hochgradigste Steigerung

Adjektive wie *leicht, schwer* und *hochgradigst* sind unbestimmt, was ebenso für *gewisse* und *normal* gilt. Während *leicht* und *schwer* der Fachlexik angehören und das Problem von Vagheit in der Psychiatrie, verstanden als unklare Anfangs- und Endzustände, zwar deutlich machen, jedoch dem Erfahrungswissen offenstehen dürften, ist *gewisse* unbestimmt. Bei *normal* wird prinzipiell ein Deutungsrahmen eröffnet, von dem sich vermuten lässt, dass er sich an psychologischen Bestimmungen orientiert. Ebenfalls ist interessant, dass die Manie im Singular steht, jedoch mehrere schwere Formen angenommen werden. Streifen bedeutet alltagssprachlich ‚etwas wenig, kaum wahrnehmbar, flüchtig zu berühren‘. Übertragen heißt das, dass leichte Manie in einer moderaten Form vorhanden ist, die teilweise den Klienten als normal erscheinen lässt. Dies korrespondiert ferner mit der Tatsache, dass Präpositionalattribute mit *durch*, durch die Mittel der Grenzbestimmung spezifiziert verwenden kaum verwendet werden, wie dies etwa bei folgendem Beleg aus der DSM-IV der Fall ist: „Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung läßt sich von einer Gemischten Episode abgrenzen durch das charakteristische Ersterkrankungsalter vor dem 7. Lebensjahr“. Es ist auch zu betonen, dass Präpositionen und Partikel, die nahelegen, dass eine Grenze bestimmbar (definierbar) sei, so auch durch festlegende ist-Prädikationen, kaum realisiert werden. Neben den noch zu thematisierenden Sprachgebrauchsmustern mit *abgrenzen* soll erwähnt werden, dass *grenzenlos* das einzige Adjektiv mit dem Basismorphem {grenz-} ist. Es handelt sich jedoch nicht um eine Alternativformulierung

¹⁵ Eine Ausnahme bildet jedoch der folgende Beleg: Schneider (1973 : 105) – Hier lassen aber dann letztlich alle Kriterien im Stich, eine Grenze gegenüber anderen „unwiderstehlichen Trieben“ gibt es nirgends.

zu *ohne Grenzen in etwas übergehen*. Vielmehr wird *grenzenlos* zur Charakterisierung (Symptomzuschreibung) von Personen genutzt, die eine antisoziale Persönlichkeitsstörung haben. Es handelt sich um ein Adjektiv, das dazu verwendet wird, Extremzustände zu verdeutlichen und ein Überschreiten von Normgrenzen anzuzeigen:

Birnbaum (1928: 475) – Stand ihrer Intelligenz erstaunlich kindlich erscheint und die in *ihrer grenzenlosen psychopathischen Eitelkeit* lächerlich und unerträglich sein können, besonders dann

Dulz et al. (2016: 35) – Richtigkeit ihres Hasses auf Schwarze und somit auch *fähig zu grenzenloser sadistischer Grausamkeit*.

Aus diesen Befunden lässt sich vorsichtig schließen, dass die Autoren mit *Grenz*-Sprachgebrauchsmustern eher demonstrieren, dass sie sich der Grenzen der Psychiatrie/Psychologie, der psychiatrischen Diagnostik und ihres eigenen Tuns bewusst sind, als dass sie genau bestimmen wollen, wie Grenzen zu ermitteln sind. Gibt es möglicherweise eine Grenzheterik, die für das psychiatrische Schreiben konstitutiv ist? Es lässt sich darüber hinaus beobachten, dass sich die Thematisierung von *Grenzen* ähnlich wie der Topos der babylonischen ‚Sprachverwirrung‘ zwar durch die Psychiatrie zieht, dass jedoch auch auffällig ist, dass sich Psychiater zu den Vorschlägen anderer positionieren. Dies wird einerseits an adversativen Konnektoren wie *aber*, *doch*, *dennoch* oder *sondern*, mit denen einer anderen Auffassung widersprochen wird, aber auch durch konditionale Konnektoren wie *wenn* mit denen eine Regel formuliert werden kann.

2.3 Qualitative Befunde zum Verb *abgrenzen*

Im Folgenden wird das Verb *abgrenzen* (‚etwas von etwas anderem abgrenzen‘) in seinen unterschiedlichen Formen betrachtet. Die Verwendung von *abgrenzen* legt nahe, dass Störungen oder damit verbundene Symptome voneinander abzugrenzen sind. Die qualitative Untersuchung bezieht grundsätzlich den Kontext ein und betrachtet die jeweiligen Äußerungen vor dem Hintergrund, mit welchen anderen Äußerungen diese verknüpft werden.

Wichtige Fragen sind,

- a. ob ein Verfasser durch Verwendung von Pronomina (etwa *ich*, *wir* oder *man*) erkennbar wird oder non-agentive Sprachmuster, so das Passiv, gebraucht werden.
- b. ob und inwieweit epistemische Indikatoren erkennbar werden, die epistemische Sicherheit oder Unsicherheit erkennen lassen oder diese Frage prinzipiell offenlassen.
- c. ob die Feststellung, dass etwas von etwas anderem abzugrenzen sei, durch weitere subsidiäre Handlungen gestützt wird und schließlich:
- d. ob sich bestimmte kommunikative Aufgaben und deren Lösungen im Sinne fachspezifischer Praktiken erkennen lassen.

Zunächst ist auffällig, dass im gesamten Zeitraum im Gesamtkorpus die Verwendung von *abgrenzen* als sprechaktsbezeichnendes Verb, also *Ich/Wir grenze/n X von Y ab* kaum verwendet wird. Die Autordeixis *ich* hat kaum Relevanz¹⁶, wohingegen sich die Autorgruppendeixis *wir* bisweilen nachweisen lässt. Diese bezieht sich entweder auf die wissenschaftliche Gemeinschaft oder auf eine Allianz zwischen Leser und Adressat:innen. Dabei unterscheiden sich v. a.

¹⁶ Vgl. aber den folgenden Fall: „das psychische Infantilbleiben dieses Typus gegenüber der Geistesart der Schwachsinnigen abzugrenzen versucht und haben, wie ich glaube, einiges Wesentliche zutreffend [...]“ (Homburger 1926 : 442)

Lehrbücher des frühen 20. Jahrhunderts (Weygandt, Bleuler, Sommer, Homburger)¹⁷ von den anderen Texten aus dem 19. und späteren 20. Jahrhundert, vgl. dazu etwa die folgenden Belege:

Sommer (1901: 231) – Tobsucht steigern. Um diese richtig gegen andere Arten von Tobsucht abzugrenzen, müssen wir einen Blick auf die zweite Wirkung des

Weygandt (1902: 205) – *Wir* können ihn nur insofern abgrenzen, als die Gesamtbildung nicht gestört worden war

Homburger (1926: 254) – die *wir* nach einem gewissen Übereinkommen oder einer durchschnittlichen Einteilung abgrenzen

Jedoch ist auch bei den genannten Autoren deutlich, dass entweder das Indefinitum *man* und/oder non-agentive Passivkonstruktionen verwendet werden; letztere sind im SK und GK eindeutig dominant. Niemann merkt an, dass die Non-Agentivität ein charakteristisches Merkmal der Unterbestimmtheit ist. Textproduzenten machen zwar Aussagen, beziehungsweise Assertionen, diesen liegen aber, aufgrund ihrer primären Darstellungsfunktion, keine sprachlich markierte Handlungsinstanz zugrunde. (vgl. Niemann 2018: 95f.)

Es lassen sich im Wesentlichen zwei sprachliche Muster identifizieren, die als Nukleus für weitere sprachliche Muster fungieren. Es handelt sich zum einen um das Cluster (1) *lassen sich [nicht] abgrenzen* und (2) *ist/sind abzugrenzen von/gegen*. Die Nicht-Kennzeichnung eines Agens akzentuiert grundsätzlich die intersubjektive Gültigkeit der getroffenen Feststellung und evoziert, dass jeder Fachmann zu einer ähnlichen Einschätzung kommen könnte/sollte. Dies unterscheidet dieses Verb von teils agentivischen Verwendungen in anderen Belegreihen im vorherigen Abschnitt. Es überwiegt die Darstellung, dass sich etwas *nicht, schwer/schwierig, nicht scharf/eindeutig/befriedigend abgrenzen lässt* gegenüber der Darstellung, dass sich etwas abgrenzen lässt. Gerade die Feststellung, dass sich etwas abgrenzen lässt, werden mit *relativ gut, fast immer, nicht immer leicht* oder mit *teilweiser Berechtigung* in ihrer Geltung eingeschränkt, vgl. auch:

Birnbaum (1928: 628) – diesen Zwischenformen *lassen sich* fünf Syndrome mit *leidlicher Schärfe gegeneinander abgrenzen*: Dämmerzustand, Delir, Halluzinose, Rausch, Amentia.

Lassen-Konstruktion ohne ein Hedging, das den Wahrheitsgehalt einer Feststellung einschränken könnte, und deontische Infinitivkonstruktionen (*ist/sind abzugrenzen*) sind ein Anzeichen dafür, dass der jeweilige Psychiater eine bestimmte Einteilung von psychischen Störungen prolongieren möchte, wobei es sich nicht um eine eigene Einteilung handeln muss, sondern auf andere Klassifikationen Bezug genommen wird:

Dulz et al. (2016: 206) – Außerdem lassen sich antisoziale Probanden mittels clusteranalytischer Methoden von "Psychopaths" abgrenzen (Mokros, Hare et al. 2015)

Siemerling/Schulze (1926: 191) – In anderen Fällen (Erschöpfungspsychosen, RAECKE) lassen sich noch weitere Stadien des Verlaufes abgrenzen.

Um also Abgrenzungen zu kommunizieren, bedarf es der Ratifizierung durch einen fachlichen Konsens oder durch die persönliche Autorität. Auch bei dieser Analyse zeichnet sich ab, dass tendenziell vorsichtig mit verallgemeinernden Aussagen umgegangen wird. Dies wird auch daran deutlich, dass (vermeintlich) sichere Urteile immer wieder relativiert werden. Darüber hinaus wird durch Folgeäußerungen deutlich, dass Grenzen, wenn sie nicht ohnehin wieder als *schwer* klassifiziert werden, wiederum relativiert werden. Dies geschieht dadurch,

¹⁷ Dulz et al. (2016) zeigen auch einen häufigen Gebrauch des *Wir* insgesamt.

- a. dass Ausnahmsbedingungen – zumeist realisiert durch ein Konditionalgefüge und einen adversativen Konnektor (*wenn aber/jedoch, dann*) – gezeigt werden,
- b. dass nicht alle Mitglieder einer Kategorie davon betroffen sein müssen („nicht alle von jedem Mitglied der Kategorie erfüllt sein müssen“ – Saß 1987: 18)
- c. in irgendeiner Form Varianten und Spielarten aufgeführt werden.

Neben der Nennung von Ausnahmsbedingungen spielt auch das Vergleichen von Grenzziehungen eine Rolle:

Schulte/Tölle (1979: 222) – häufig bereits in gesunden Zeiten eine hyperthyme Wesensart aufweisen. Die Grenze zwischen Manie und hyperthymen Persönlichkeit *ist weniger scharf als*

Birnbaum (1928: 476) – schließlich die Großzahl der psychopathischen Gewohnheits- und Berufsverbrecher. Wie die Grenzen der Saturierung *zum Scheinsieg nicht scharf gezogen werden können*

Ein weiteres Verfahren ist das, die Voraussetzung zu benennen, unter denen eine Grenze gezogen werden kann:

Siemerling/Schulze (1926: 322) – Katatonikern sind *oft nur nach längerer Anstaltsbeobachtung* von epileptischen Dämmerzuständen *abzugrenzen*

Krafft-Ebing (1894: 158) – Die beiden Erscheinungen *sind* aber auch wieder klar gegeneinander *abzugrenzen*, und zwar sind sie nicht graduell, sondern qualitativ verschieden

Insgesamt erschließt sich aus den Belegkorpora, dass dem Feststellen einer Abgrenzung nur selten entweder die Spezifizierung, Illustration oder die Begründung dieser Abgrenzung unmittelbar folgt. Da sich in unserem Korpus auch sämtliche ICD/DSM-Texte befinden, lässt sich demonstrieren, dass in Klassifikationen und Diagnosemanualen Grenzen etwas schärfer gesetzt werden. Charakteristisch dafür sind etwa die folgenden Äußerungen:

(DSM-IV: 414-f.) – Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung lässt sich von einer Gemischten Episode abgrenzen durch das charakteristische Ersterkrankungsalter vor dem 7. Lebensjahr

(DSM-V: 901) – einer Schizotypen Persönlichkeitsstörung von der heterogenen Gruppe einsamer, auffälliger Kinder abzugrenzen, deren Verhalten durch soziale Isolation, Exzentrik oder Sprachgewohnheiten geprägt

Dennoch lässt sich heute auch das Schwanken zwischen Formulierungen sehen, die auf eine Abgrenzung zielen, und solchen, die Abgrenzungen wiederum relativieren:

(DSM-V : 917) – Andere Persönlichkeitsstörungen können mit der Histrionischen Persönlichkeitsstörung verwechselt werden, weil sie bestimmte Persönlichkeitsmerkmale gemeinsam haben. Daher ist es wichtig, diese Störungen anhand von Unterschieden in ihren charakteristischen Persönlichkeitsmerkmalen *voneinander abzugrenzen. Dennoch können, wenn eine Person Persönlichkeitsmerkmale aufweist, die die Kriterien für eine oder mehrere Persönlichkeitsstörungen neben der Histrionischen Persönlichkeitsstörung erfüllen, alle diese diagnostiziert werden.* Obwohl die Borderline-Persönlichkeitsstörung ebenfalls durch die Suche nach Aufmerksamkeit, manipulatives Verhalten und rasch wechselnde Emotionen gekennzeichnet ist, unterscheidet sie sich durch Selbstschädigung, Wutausbrüche gegenüber engen Vertrauenspersonen, ein chronisches Gefühl der Leere sowie Identitätsstörungen. Betroffene mit Antisozialer Persönlichkeitsstörung und Histrionischer Persönlichkeitsstörung haben die Tendenz, impulsiv, oberflächlich, aufregungssuchend, rücksichtslos, verführerisch und manipulativ zu sein; *jedoch neigen Personen mit Histrionischer Persönlichkeitsstörung dazu, in ihren Emotionen übertriebener zu sein, und lassen sich nicht charakteristischerweise auf antisoziale Verhaltensweisen ein.* Personen mit Histrionischer Persönlichkeitsstörung verhalten sich manipulativ, um Zuwendung zu erhalten, während Personen mit Antisozialer Persönlichkeitsstörung manipulativ sind, um Profit, Macht oder eine andere materielle Belohnung zu erhalten (Hervorhebungen von der Verf. -B.M. Schuster).

Das „Demarkationsproblem“ ist in psychiatrischen Texten präsent. Wie dargestellt, betrifft dies nicht alle Autoren, Zeiträume und Textsorten gleichermaßen. Es ist erkennbar, dass es unter allen denkbaren Verbindungen mit {grenz-} Präferenzen zu bestimmten Mustern gibt. Darüber

hinaus wird deutlich, dass die Möglichkeit, einzelne Störungen und ihre Zustandsbilder voneinander abzugrenzen, eher angezweifelt als bejaht wird. Dennoch wird an den unterschiedlichen Konzeptualisierungen von Grenze und an der Vorstellung separierbarer Zustände festgehalten, selbst wenn eine hohe Sensibilität für einen mindestens unvollständigen Krankheitsbegriff auszumachen ist (gerade auch im Bereich der antisozialen Persönlichkeitsstörungen). Ebenso wird deutlich – allen medizinischen Untersuchungen und Daten zum Trotz –, dass die Möglichkeit oder Unmöglichkeit der Grenzziehung von der Beobachtung oder etwas weiter von der klinischen Erfahrung abhängig ist. In die Texte des Korpus hat sich die Vorstellung eines phänomenalen, vielleicht auch ganzheitlichen Verstehens eingeschrieben. Am entferntesten von diesem Verstehen scheinen nun die Klassifikationen entfernt zu sein. Sprachliche Muster sind keine bloßen Oberflächenphänomene, sondern leiten und richten das Verstehen von Gegenstand und professioneller Rolle. Neben der Bedeutung von sprachlichen Mustern als Kanälen professioneller Wirklichkeitswahrnehmung lässt sich jedoch auch konstatieren, dass die Beschäftigung mit Grenzen ein – vielleicht auch noch rhetorischer – Ausweis von Professionalität in der Beschäftigung mit den „known unknown“ (Merton 1987) ist.

3 Störungen benennen, Betroffene beschreiben: Der Aufbau von Demarkationslinien

Folgt man der DSM-V (2022) bildet die antisoziale Persönlichkeitsstörung heute eine Untergruppe der Persönlichkeitsstörungen. Sie hat Ähnlichkeit mit der historionischen Persönlichkeitsstörung und den Borderline-Störungen und wird durch die folgenden Merkmale definiert: – Versagen in Bezug auf gesetzesgemäßes Verhalten, – Falschheit und Lügenhaftigkeit, – Impulsivität, – Reizbarkeit und Aggressivität, – Rücksichtslosigkeit sowie – Verantwortungslosigkeit. Das Fehlen von Empathie stellt ein weiteres zusätzliches Diagnosemerkmal dar. Es handelt sich also um ein Verhalten, das v.a. schädigenden Einfluss auf andere Personen hat und deshalb antisozial, prinzipiell eine Störung des Sozialverhaltens ist – die Betroffenen können ihr Leben nicht so gestalten, dass sie in Gesellschaften integrierbar sind. Die APS soll ebenso durch genetische wie Umwelteinflüsse bedingt sein, betrifft häufiger Männer und ist häufiger in einem tendenziell sozial schwachen, großstädtischen Milieu anzutreffen (ein Befund, der schon im letzten Drittel des 19. Jhs. erscheint). Die Persönlichkeitsstörung wird heute nicht kategorial, sondern dimensional bestimmt.

Das DSM V (2005: 903) verweist darauf, dass das „Verhaltensmuster“ auch als *Psychopathie*, *Soziopathie* oder als *dissoziale Persönlichkeitsstörung* bezeichnet wird. Diese Benennungen, wie im Folgenden gezeigt wird, verweisen auf unterschiedliche Traditionsschichten und dokumentieren schon ansatzweise, dass der uns interessierte Sachverhalt durch unterschiedliche sprachliche Ausdrücke konstituiert worden ist. Der Wandel von Störungsbenennungen lässt sich allein schon mit allen methodischen Vorbehalten am lexikalischen Wandel in den Klassifikationssystemen demonstrieren (vgl. Abb. 6), wird jedoch noch deutlicher, wenn das 19. Jh. und das erste Drittel des 20. Jhs. betrachtet werden (s. die nachfolgenden Erörterungen). Der Terminus „antisoziale Persönlichkeitsstörung“ setzt voraus, dass ein Konzept von Persönlichkeit zugrunde gelegt wird, das die Abweichungen vom normalen Denken (Kognition), Fühlen (Affekt) und Verhalten (Impulskontrolle) verbalisiert.

Autor	Bleuler (1916)	ICD 6 (1948)	ICD 8 (1968)	ICD 9 (1975)	ICD 10 (2024)
Störungsgruppe	<i>Psychopathische Persönlichkeiten</i>	<i>Antisoziale Persönlichkeit</i>	<i>Antisoziale Persönlichkeitsstörung</i>	<i>Persönlichkeitsstörungen mit vorwiegend soziopathischer und asozialer Manifestation</i>	<i>Dissoziale Persönlichkeitsstörung</i>
Störungen	<i>Gesellschaftsfeinde, Antisoziale, Asoziale</i>	<i>Psychopathische Persönlichkeit mit antisozialer Neigung, konstitutioneller psychopathischer Zustand, asoziale Persönlichkeit mit den Untergruppen Moralischer Defekt, psychopathische Persönlichkeit mit asozialer Neigung, pathologischer Lügner</i>	<i>Asozialer Defekt; Moralischer Defekt</i>	<i>Amoralische Persönlichkeit, Antisoziale Persönlichkeit, Asoziale Persönlichkeit</i>	<i>Amoralische, Antisoziale, Asoziale, Soziopathische, Psychopathische, Persönlichkeit</i>

Abb. 6: Untergliederung der APS in unterschiedlichen Klassifikationssystemen

Im Folgenden soll nachgezeichnet werden, wie sich das Konzept der APS entwickelt. Trotz einer teils verwirrenden Vielfalt von Bezeichnungsalternativen und trotz der Existenz konkurrierender Termini lässt sich demonstrieren, dass sich Beschreibungsroutinen und damit verbundene Zuordnungsrelationen entwickeln, die sich des Unbestimmten zwar nicht entledigen (können), die aus einem Unbestimmten etwas relativ Bestimmbares und damit eine Grundlage für wissenschaftliches Arbeiten bzw. ein „wissenschaftliches Phänomen“ (scientific phenomenon) machen. Ich gehe zunächst jeweils von der manuellen Annotation ausgewählter Lehrbücher von 1827 bis 1931 (Annotationskorpus) aus und perspektiviere dies dann mit dem Blick auf SK und GS.

3.1 Referenzierungspraktiken

Im Zeitraum von 1827 bis 1931 wird erkennbar, dass unterschiedliche Bezeichnungen für die Störungsgruppe verwendet:

- Psychiater verwenden einerseits Bezeichnungen, durch die perspektiviert wird, dass es sich um eine Störung des moralischen Verhaltens handelt: *moral insanity*, *folie morale*, *moralisches Irresein/Schwachsinn*, *moralische Oligophrenie* sowie *Gemütswahnsinn* und *Psychopathie*. Letzterer Begriff wird über den gesamten Zeitraum verwendet, wird in seiner Bedeutung jedoch erheblich verengt, da er etwa bei Heinroth (1830) noch als Oberbegriff für alle psychischen Störungen verwendet wird. Zu dem Genannten gesellen sich okkasionelle Bezeichnungen wie *psychische Invalidität* oder Mehr-Wort-Verbindungen wie *Störung des Gemüts mit Exaltation*.
- Andererseits werden Bezeichnungen gewählt, die fokussieren, dass es sich um Zustände handelt, die sich durch eine affektive Erregung ohne Wahnvorstellungen und eigentliche ‚Verrücktheit‘ auszeichnen. Hierfür werden die Bezeichnungen *manie sine* (auf Pinel 1809 zurückgehend) bzw. die deutsche Übersetzung *Manie ohne Irrwahn* gewählt; vereinzelt wird auch *Tobsucht* als „die sogenannte Mania sine delirio“ verstanden.

Den Psychiatern ist in Abhängigkeit vom Zeitpunkt, an dem sie ihre Urteile äußern, bewusst, dass es aus unterschiedlichen Traditionslinien entstammende Bezeichnungen gibt, vgl.

Griesinger (184 : 207) – Gemütswahnsinn, als mania sine delirio, als folie raisonnante, moral insanity.

Bleuler (1926: 447)– Als moral insanity bezeichnete PRICHARD vor langer Zeit Krankheiten, bei denen das „Moralische“ im weiten Sinne des englischen Ausdrucks affiziert schien, d. h. bei denen unrichtig gehandelt wurde, obschon eine Verwirrung der Gedanken nicht nachweisbar war. Dahin gehörten vor allem die Submanien (folie raisonnante der Franzosen), dann auch Zwangsimpulse u. a. In die deutsche Psychiatrie wurde der Name in der Bedeutung des Defektes der moralischen Gefühle herübergenommen. Name und Begriff sind wegen vielfachen praktischen und theoretischen Mißbrauches in Mißkredit gekommen. Der Begriff ist immerhin in der Psychiatrie nicht zu entbehren, weil er eine bestimmte Krankheit bezeichnet; daß aber der Name ersetzt werden sollte, darüber ist man einig.

Quantitative Auswertungen zum Spezialkorpus erlauben es, lexikalisch-semantische Entwicklungen näher zu spezifizieren. Zunächst ergibt sich, dass die Lexeme *Manie* und *Psychopathie* im psychiatrischen Diskurs erhalten bleiben, wenngleich sich ihr Stellenwert und ihre Bedeutung verändern (vgl. Abb. 7 und Abb. 8).

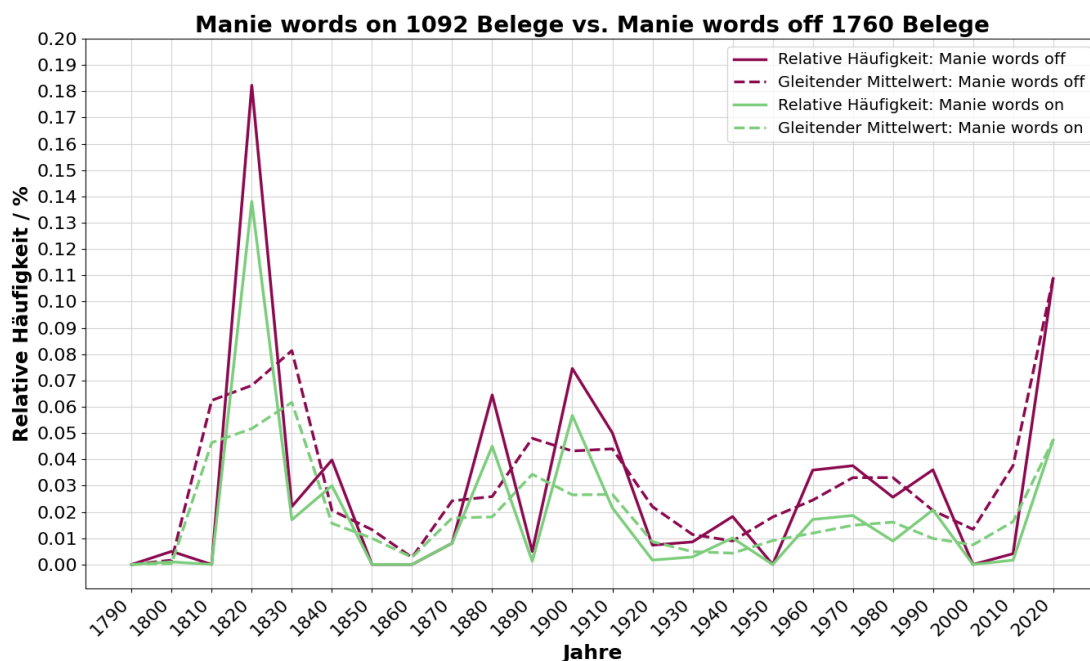


Abb. 7 Die lexikalische Entwicklung von {manie} [SK]

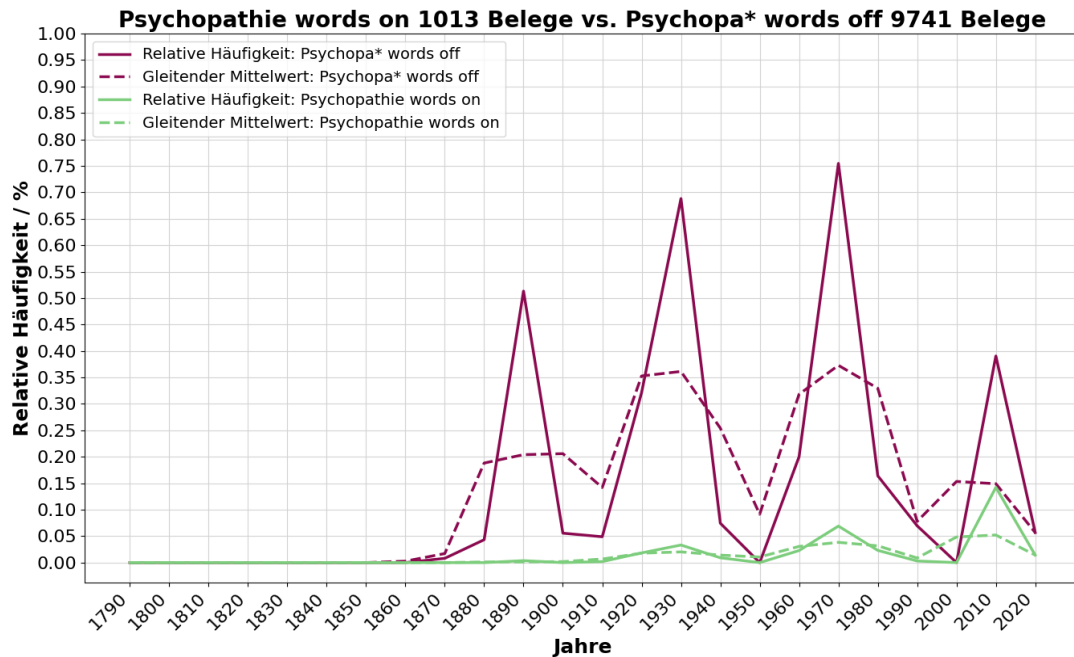


Abb. 8: Die lexikalische Entwicklung von {Psychopathie} [SK]

Die in Abb. 7 sichtbare Ansteigen der Trendlinie nach 2000 verfälscht das Bild etwas, da sich der Anstieg nicht dadurch erklärt, dass es sich um einen vermehrt verwendeten Ausdruck handelt, sondern dass vermehrt über die Geschichte der APS geschrieben wird (etwa auch im Standardwerk von Saß 1987). Allerdings ist *Manie* dennoch noch Teil des psychiatrischen Fachwortschatzes. Sie bildet heute keine eigene Störungsgruppe, sondern bezeichnet Zustandsbilder wie etwa die *Hypomanie*, eine moderate Form der Manie, die als Begleiterscheinung der APS ebenso ausgewiesen werden kann wie die *Klepto-*, *Pyro-* oder *Dipsomanie*. Durch die Belegkorpora wird ersichtlich, dass die Tradition der Manie heute keinen übergreifenden Deutungsrahmen für die APS darstellt. Dies kann neben anderen Gründen auch dadurch motiviert werden, dass es sich um einen alten Begriff handelt, der ähnlich wie Melancholie auch auf nichtfachliche Dimensionen und einen alltagssprachlichen Gebrauch verweist (vgl. Feldkamp/Markewitz 2026). Anders als Manie wird Psychopathie mit absteigender Tendenz verwendet und der Begriff der Psychopathie heute eher gemieden. Anhand des Word2Vec-Modells (Abb. 10) lässt sich nachweisen, dass Manie anders als Psychopathie nicht semantisch funktional (also bedeutungsähnlich) zu den sich ab der Mitte des 20. Jhs. durchsetzenden Begriffen der Soziopathie bzw. der (antisozialen) Persönlichkeitsstörungen ist (s. weitere Abb. 9 und 10), die erst mit den 1960er Jahren erscheinen.

Persönlichkeitsstörung words on 2417 Belege vs. Persönlichkeitsstörung* words off 3354 Belege

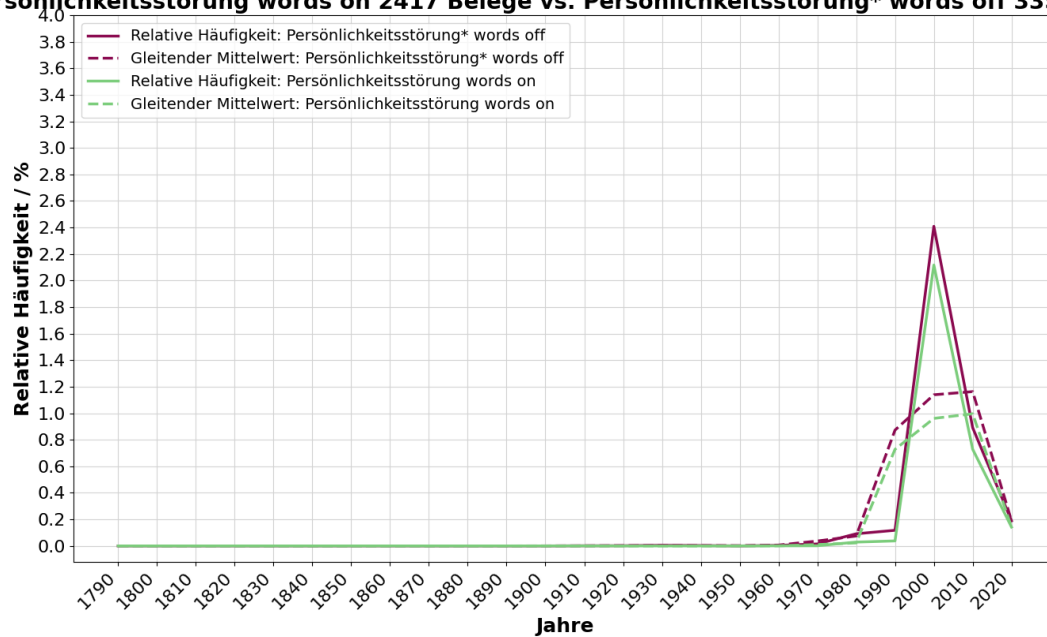


Abb. 9: Lexikalische Entwicklung des Lexems {Persönlichkeitsstörung} [SK]

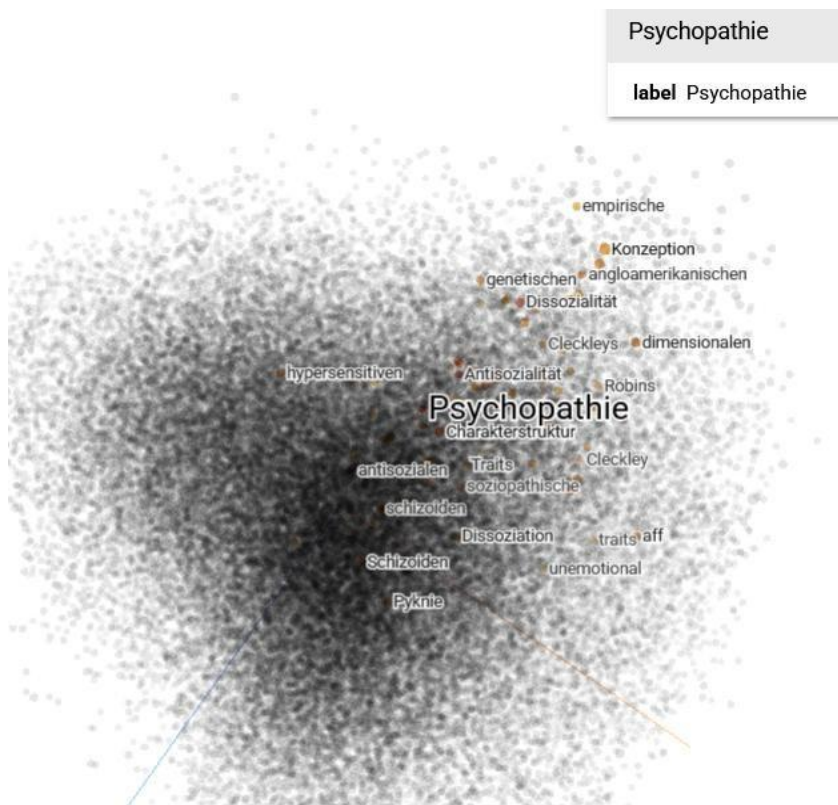


Abb. 10: Word2Vec-Modell-10K zur Psychopathie [GK]

Es fällt also auf, dass es im 19. Jh. noch eine Vielzahl konkurrierender Störungsbezeichnungen ergibt, die sich im Laufe des 20. Jhs. zumindest verengen. Es ist auch deutlich, dass einmal eingeführte Begriffe nicht vollständig verschwinden, sondern jeweils in ihrer Bedeutung verengt werden. Der Kollokationsgraph Abb. 11 verdeutlicht, dass die Thematisierung von *Manie*

(rechts oben) und die Thematisierung von ASP (links unten) wenig Berührungspunkte und wenig ähnliche Kollokationspartner besitzen. Auffällig ist aber die relative Nähe des Kriminalitätsclusters zu dem der ASP.

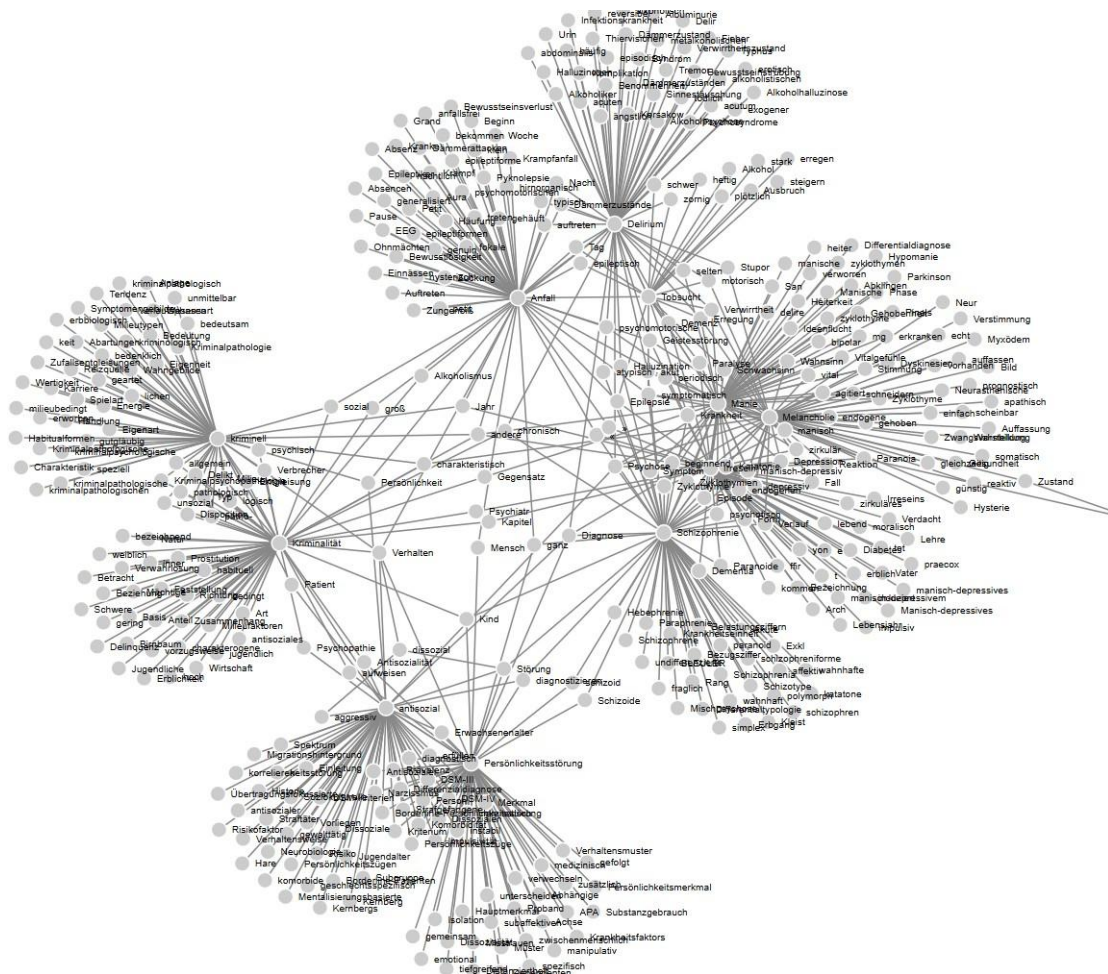


Abb. 11: Kollokationsgraph zum SK anhand ausgewählter Lexeme wie *Manie* und *Psychopathie* [SK]

Die obige Abbildung 10 macht jedoch auch deutlich, dass sich die Lexeme *antisozial*, *soziopathisch* und *Psychopathie* offensichtlich bedeutungsähnlich sind. Was das Modell ebenfalls verdeutlicht, ist jedoch, dass *psychopathisch* eine andere Bedeutung als soziopathisch und v.a. mit Charakterdefiziten identifiziert wird, während *soziopathisch* eine enge Verknüpfung zur Sozialität aufweist. Insgesamt zeigt sich sowohl am SK als auch am GK eine interessante Entwicklung: Soziale Aspekte verdrängen moralische Aspekte immer stärker. Ein im Diskurs relativ konstantes Wort ist das Lexem *Moral*, wohingegen Wortbildungen mit {sozial} (oder auch mit {sozio}) bis weit in die Mitte des 20. Jahrhunderts randständig sind. Aus den entsprechenden Belegen (Abb. 12) ist erkennbar, dass *asozial* mit geringen Belegen für die Zeit bis 1930 nachweisbar ist und heute – jedenfalls in unserem Korpus – nicht mehr verwendet wird, während *antisozial* und *dissozial* charakteristisch für den aktuellen Diskurs sind. Umgekehrt wird erkennbar, dass der sprachliche Ausdruck moralisch im Kontext dieser Persönlichkeitsstörungen nie ganz verschwindet, zunehmend an Bedeutung verliert (Abb. 13).

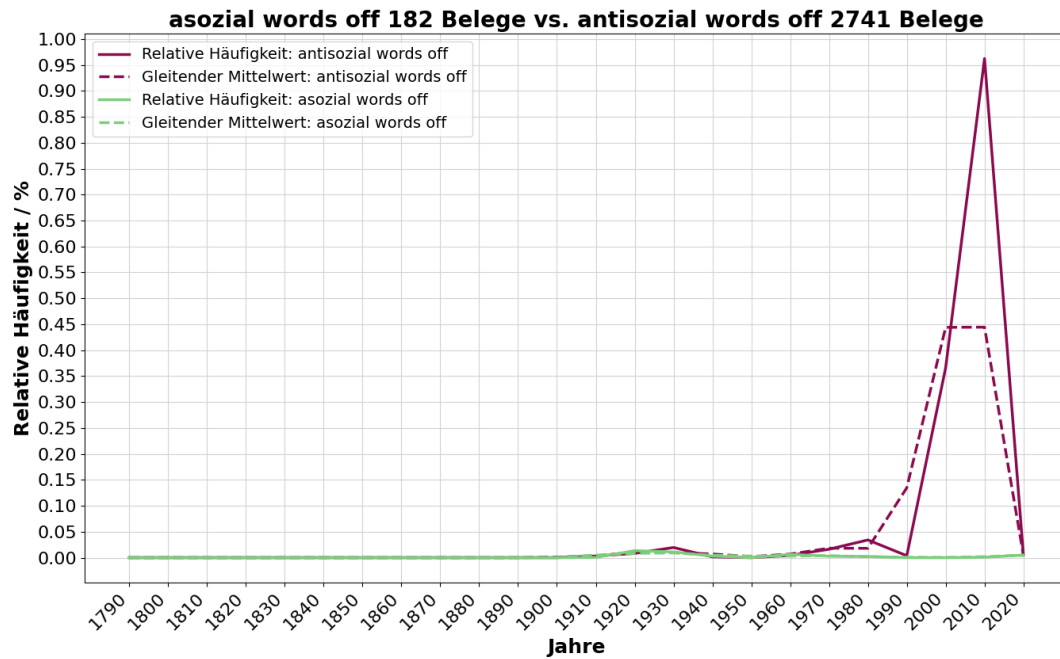


Abb. 12: Verteilung von *asozial* vs. *antisozial* [SK]

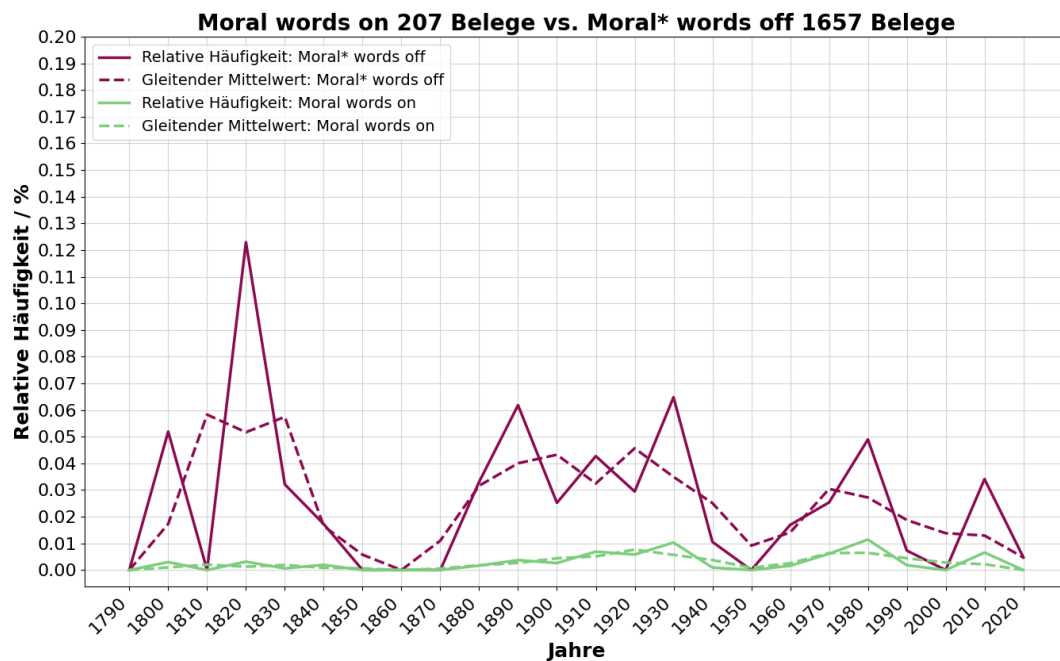


Abb. 13: Lexikalische Entwicklung von {moral-} [SK]

Interessanterweise ergibt sich eine große semantische Ähnlichkeit von *Psychopathie*, *Moralität* und *Verbrechertum/Kriminalität* für die Zeitspanne von 1870 bis 1930. Bleuler beklagt sich über die Verwendung der Formulierung *moralischer Defekt* (auch: *Moraldefekt*). In der Tat zeigt sich, dass *Moraldefekt* ausschließlich im Kontext mit solchen Lexemen wie *Verbrechertyp*, *Gewohnheitsverbrecher* und *Milieu* verwendet wird (s. Word2Vec-Modell). Ohne hier ins Detail gehen zu können, haben diese Lexeme einen pejorativen Charakter, der nicht nur daraus resul-

tiert, dass es eine Reifizierung bedeutet, einen Menschen metonymisch mit einem Defekt gleichzusetzen und außerdem Lexeme wie *Gewohnheit* oder *Typ* die Krankheit naturalisieren. Es ist auffällig, dass mit der Einführung der Bezeichnung *antisozial* zu gleich eher Bezeichnungen wie *Gewaltstraftäter* gewählt werden und – zumindest auf der Lexemebene – Moralität an Bedeutung verliert.

Die Gesamtentwicklung, die bisher ausschließlich aus dem Blickwinkel der Störungsbezeichnungen dargestellt worden ist und bei der bedeutungsähnliche Lexeme und zentrale Kollokationen betrachtet worden ist, gibt Hinweise auf einen konzeptuellen Wandel, der von den Psychiatern kaum reflektiert wird – das obige Zitat von Bleuler bildet eine Ausnahme. Trotz verbleibender Bezeichnungsalternativen für den Sachverhalt „antisoziale Persönlichkeitsstörung“ dürfte deutlich geworden sein, dass Vielfalt tendenziell abgebaut worden ist. Dazu trägt im Wesentlichen bei, dass der traditionelle Filter auf das Phänomen, nämlich die Manie, nicht mehr zentral ist, was auch den Ausschluss eines damit eng verbundenen Vokabulars bedingt (etwa *Delirium*). Dass dies insgesamt eine Neuperspektivierung und Rekonzeptualisierung bedeutet, wird auch daran deutlich, dass ein Deutungsrahmen, der zunächst an der Moralität ansetzt, von einer sozialen Perspektive überlagert wird. In einem anderen Zusammenhang habe ich dies auf den Aufbau lexikalischer Demarkationslinien genannt, den ich wesentlich dadurch begründet sah, dass sich die Psychiatrie als medizinisches Fach und Institution durchsetzen wollte. Dabei ist Gesamtentwicklung von der Dynamik getragen, Traditionsanschlüsse zu kapten und sich prestigeträchtigeren Entwicklungen anzuschließen (vgl. Schuster 2010: 194-230; 281-295; Schuster 2019: 176-183).

Es stellt einen zentralen Entwicklungsstrang dar, dass sich zum einen die Bezeichnung von Störungen von traditionellen Bezeichnungen wie *Manie* zunächst auf die Bezeichnungen unterschiedlicher Typen und Persönlichkeiten, die dann wiederum unter dem Begriff der APS gefasst werden, verschiebt. Dabei lässt sich eine Entwicklung zeigen, bei der sich bis zum Ende des 19. Jahrhunderts unterschiedliche Benennungen, die aus dem klassischen Bestand stammen (bspw. Kraepelin 1883 *moralisches Irresein* oder andere Benennungen, s.o.)¹⁸, von der Subkategorisierung unterschiedlicher Persönlichkeiten/Typen (bis in die 1970er Jahre hinein) und schließlich vom Begriff der Persönlichkeitsstörung abgelöst werden. In der zweiten Phase konkurrieren etwa die *degenerativen, psychopathischen Persönlichkeiten* (etwa Kraepelin 1909,) mit der *psychopathischen Konstitution* (etwa Birnbaum 1921 : z.B. 89) und den *psychopathischen Minderwertigkeiten* (Koch 1891 : 9). Bei der Subkategorisierung entfaltet sich eine erhebliche sprachliche Variation, die sich entlang bestimmter semantischer Felder erschließen lässt, geleitet zum Teil von solchen Großgruppen wie *psychopathische Leidenschaftsnaturen* und *psychopathische Affektnatur*. Diese Typen werden mittels sprachlicher Einheiten und Verfahren essentialisiert, etwa durch die Verwendung des Morphems {natur} in etwa *Leidenschaftsnaturen* oder durch das Postulat von *Anlage*, *Disposition* oder *Veranlagung*, auch Metaphern wie *Boden* oder *Untergrund* werden verwendet.

Bei den Typen handelt es sich um Menschen,

- a. die häufig lügen: (*pathologischer*) *Lügner/Schwindler*, *Pseudologen* von *pseudologia phantastica*,

¹⁸ Kraepelin spricht 1883 nur von *Kranken* und *Verrückten*.

- b. die zur planlosen Tätigkeit neigen: *hypomanischer Bummel und Landstreicher, Wanderer, wechselwarme Milieumenschen, Verschwender*
- c. die reizbar und leicht affektiv erregbar sind: *hypomanischer/hyperthymischer Psychopath, cycloider Psychopath, Erregbare und Haltlose*. die mit Sexualität und mit Promiskuität in Verbindung gebracht werden: *Sexualpsychopath, triebhafter Psychopath oder Triebmensch/Triebstarke*.
- d. die häufig streiten: *Streitsüchtige und Querulanten*.
- e. die gesellschaftliche Umgangsformen und die gesellschaftliche Moral akzeptieren: *die Gesellschaftsfeinde, aber auch Verschrobene*.

Die A- oder Antisozialität spielt hier, wie oben schon ausgeführt, noch eine untergeordnete Rolle. Dass es sich bei der folgenden Liste überhaupt um psychiatrische Subklassifikation und nicht einfach nur eine Liste außergewöhnlicher Personen handelt, wird an bestimmten sprachlichen Verfahren deutlich, die im Folgenden aufgeschlüsselt werden sollen:

Bleuler (1918)	Birnbaum (1928)	Benda (1960)	Schneider (1973)
die Erregbaren, die Haltlosen, die Triebmenschen (oder Triebstarken), die Verschrobenen, die Lügner und Schwindler, die Gesellschafts- feinde, die Streitsüchtigen	Hypomane [Affekt- naturen] Instablentyp - Phantasten-Pseudo- logentyp Hypomane-unsoziale Habitualformen Querulanten	Reizbare (Überreg- bare) Stimmungs- labile, Haltlose Triebhaft-Impulsive Hyperthyme Sensi- tive Gemütsarme Geltung- ssüchtige	Explosiblen, Hyper- thyme Haltlose Eidetisch-phantasti- schen Gemütlose Wil- lensschwache

Abb. 14: Subklassifikation anhand einiger ausgewählter Beispiele

Die Psychiater machen, wie hier erkennbar, unterschiedliche Vorschläge zur Typenbildung. Dies ist ähnlich einer heutigen internationalen Klassifikation als eine Form des „doing difference“ (vgl. Hirschauer/Boll 2017) zu bezeichnen, wobei es hier insbesondere (graduelle) Abweichungen von einem als normal verstandenen Menschen sind, die die „Gefühls-, Trieb- und Willenssphäre“ (etwa Birnbaum 1931 : 116) betreffen sollen.

Wie aus der exemplarischen Zusammenstellung hervorgeht, gibt es teils gleich, teils unterschiedlich benannte Typen, die unter einer spezifischen Perspektive betrachtet werden: Die meisten Substantive basieren auf der Konversion von qualitativ zu verstehenden Adjektiven, d. h., dass ein Typ mittels einer zentralen Eigenschaft gebildet wird. Die Alternative bilden Kompositionen mit {mensch}, {typ} oder {form}, die ebenfalls nahelegen, dass ein Mensch durch eine bestimmte Eigenschaft oder Verhaltensweise geprägt, ja geradezu geformt wird. Interessanterweise – denn dies könnte als ein fachspezifisches sprachliches Verfahren gewertet werden – finden sich Kopulativkomposita wie *Triebhaft-Impulsive* oder *Hypomane-Unsoziale Habitualformen*, die entweder das gleichzeitige Vorkommen von Merkmalen nahelegen oder Übergänge zwischen Zuständen deutlich machen, was man als weitere Lösung des Demarkationsproblems interpretieren kann. Obwohl die tabellarische Darstellung nicht repräsentativ ist, zeigt sich zum einen die Konstanz von Lexemen (s. *Haltlose*), zum einen deren leichte Veränderung (s. *Instablentyp*) und zum dritten die Zugehörigkeit zu einem semantischen Feld (*Gemütlose* –

Gemütsschwache; Querulanten – Geltungssüchtige); teils entfallen manche Bezeichnungen. Gerade die Verwendung von partiellen Synonymen zeigt die Bedeutung des psychiatrischen Code-Shiftings und den Aufbau lexikalischer Demarkationslinien an. Die Klassifizierungen außerhalb der ICD/DSM orientieren sich erkennbar an sprachlichen Möglichkeiten und Verfahren, Übermaß und Fehlen/Mangel und damit Abweichungen von der Normalität zu kennzeichnen. Bevor ich das eingehend aufarbeite, möchte ich auf zwei wichtige Aspekte, die mit dem psychiatrischen Code-Shifting zusammenhängen, eingehen:

- Es ist auch auf dieser Ebene nachweisbar, dass Basismorpheme wie {reiz-}, {erreg-} oder {-sucht} weniger, aber Lexeme wie *Empathie* oder das Basismorphem {Affekt} immer stärker verwendet werden (s. dazu die nachfolgenden Abb. 15 zu {Affekt} und Abb. 16 zu {reiz}).
- Es ist sichtbar, dass es v. a. die Haltlosigkeit und Stimmungslabilität sind, die bis heute zentrale Marker der antisozialen Persönlichkeitsstörung sind (vgl. dazu wieder die Ausschnitte eines Word2Vec-Modells, Abb. 17).
- Es zeigt sich ferner, dass noch viele weitere Personenbezeichnungen, die nicht als Störungstypen konzeptualisiert werden, in den Texten vorhanden sind: etwa als Oberbegriffe wie *Affektmenschen/-naturen*, *Gecken* oder *Berufsverbrecher*.

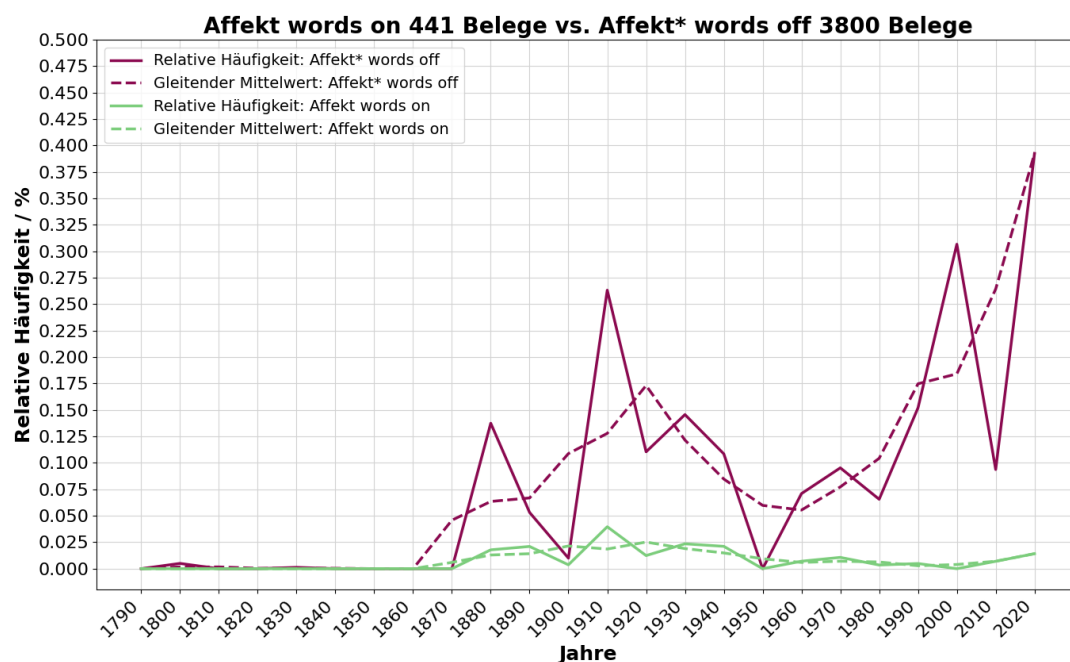


Abb. 15: Lexikalische Entwicklung von {Affekt}[SK]

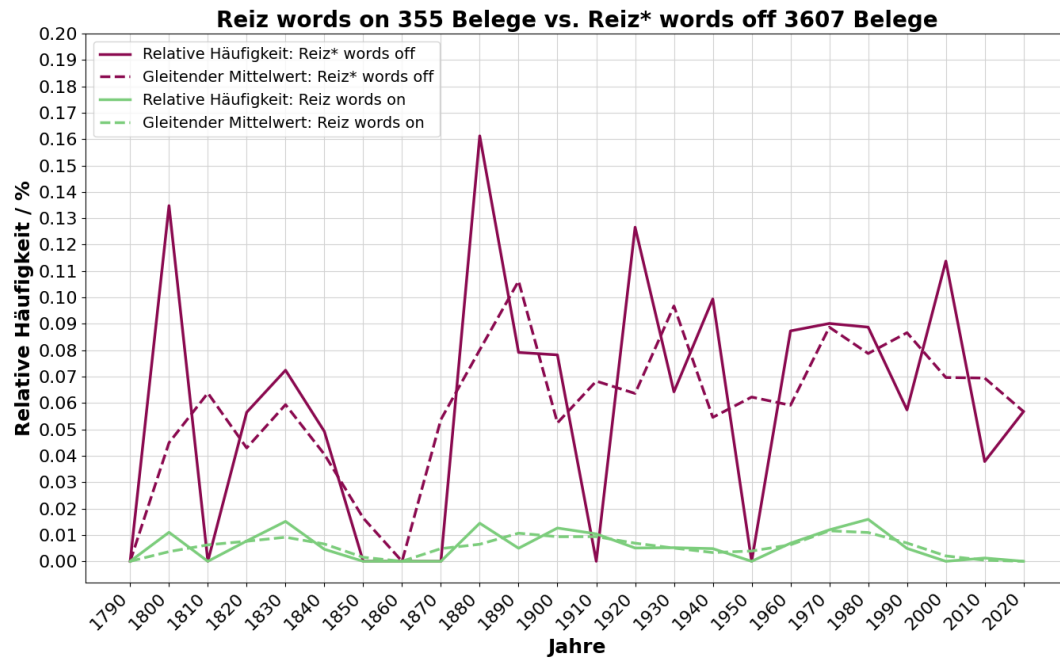


Abb. 16: Lexikalische Entwicklung von {reiz} [SK]

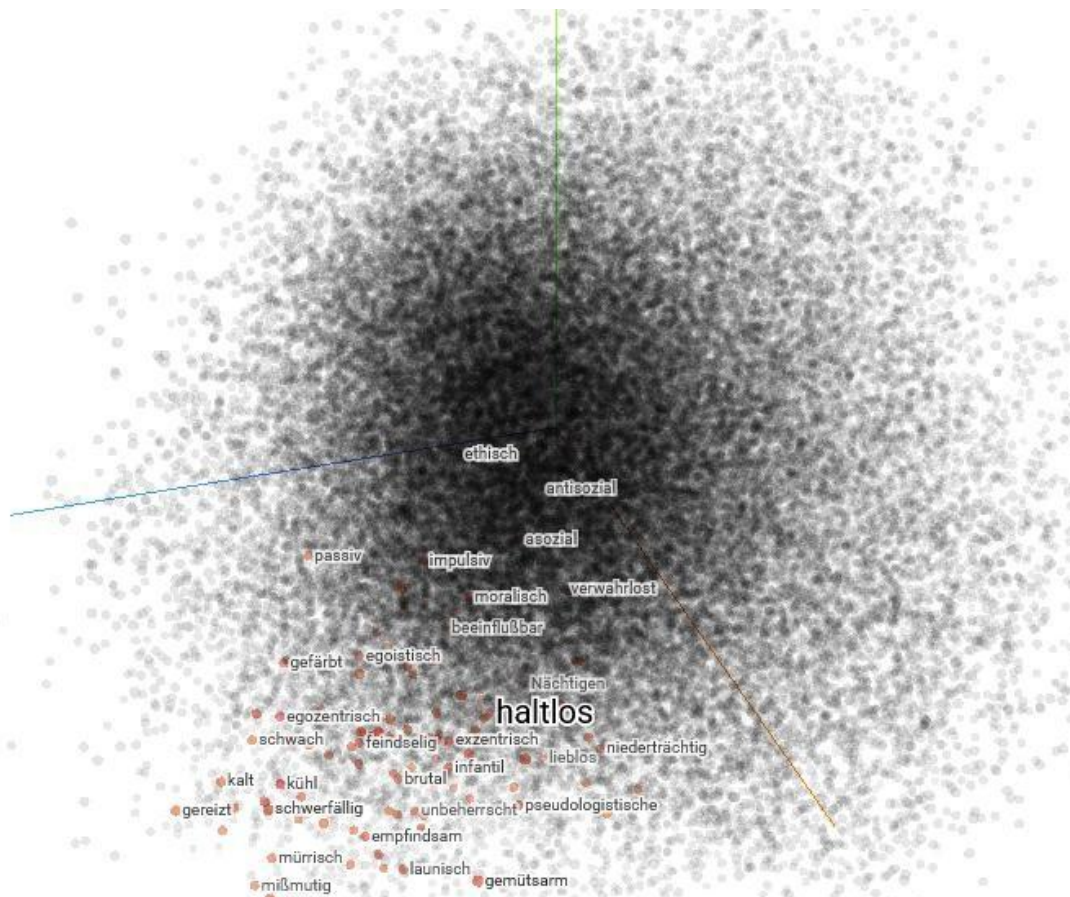


Abb. 17: Word2Vec-Modell 10K zu *haltlos* (zeigt insgesamt wichtige Adjektive an) [GK]

Ein wichtiges Moment zur Untergliederung des Feldes der Abweichung vom Normalen im Rahmen der APS stellen sprachliche Verfahren dar, die einen Mangel/ein Fehlen oder ein Übermaß zum Ausdruck bringen. Es dominieren Konvertate oder Derivationen von Adjektiven:

- {-los} drückt das Fehlen oder Nicht-Vorhandensein einer Eigenschaft aus (*haltlos*, *gemütlos*),
- {-arm} (*gemütsarm*) und {-schwach} (*willensschwach*) können als Affixoide gelten und bezeichnen einen Mangel, wobei unbestimmt bleibt, in welcher Ausprägung ein Charaktermerkmal vorliegt, auch das Präfix {hypo-} leistet dies (vgl. auch 3.3).
- augmentative Affixe wie {über-} oder {hyper-} kennzeichnen ebenfalls Abweichungen von einem als normal verstandenen Zustand, in eine ähnliche Richtung weist das wohl noch in seiner lexikalischen Bedeutung vorliegende {-stark} (*triebstark*), wobei das entsprechende Adjektiv ebenfalls als unbestimmt gelten kann.
- Affixe wie {-istisch} bringen hingegen zum Ausdruck, dass ein Gegenstand und in diesem Fall eine Person von einer bestimmten Eigenschaft durchdrungen ist. Das ist ebenfalls bei Personenbezeichnungen (*nomina agentis*), die mit {-er} gebildet werden, der Fall (*Lügner*). Das Durchdrungensein von einem prägenden Charaktermerkmal, das durch Typbezeichnungen mitbehauptet wird, zeigt sich auch bei zumeist pejorativen Bildungen mit {-ant} (*Querulant*) und {-iker} (*Fanatiker*) sowie bei der Verwendung des Lexems „Sucht“ bei dem Konvertat „Streitsüchtige“ oder bei einem Ausdruck wie *Affektnatur*.

Nur vereinzelt ist das Adjektiv „verschroben“ nachweisbar: *Verschroben* ist eine historisch erhalten gebliebene Form des Verbs „verschreiben“ und ist hinsichtlich des Präfixes {ver-} aufschlussreich, das eine Fehlhandlung anzeigt.

Übergreifend geht in die Konzeptualisierung der antisozialen Persönlichkeiten *die Kennzeichnung eines Defizits und des Durchdrungenseins von einer prägenden Eigenschaft* ein. Die Orientierung am Defizitären, die aus der letzten Abbildung 16 deutlich werden sollte, scheint gegenüber bspw. Depressionen stark ausgeprägt zu sein und eine Blickrichtung vorzugeben, die die psychiatrische Kommunikation bis heute prägt. Es dürfte deutlich geworden sein, dass ein selten direkt explizierter Maßstab, der des Normalen, präsupponiert wird. Dabei sind die Merkmale – auch, weil sie überwiegend auf Adjektivkonvertaten beruhen – kaum präzise dahingehend abzugrenzen, ab welchem Grad jemand als *übererregt* oder auch nur als *haltlos* einzustufen ist. Ähnlich wie beim Nahelegen von Grenzen, bei denen kaum bezeichnet wird, wo die Grenze genau liegt, wird eine Normalität vorgesetzt, die kaum bestimmt wird.¹⁹

3.2 Zuschreibungspraktiken

Die Frage, welche Symptome sowohl in der allgemeinen Symptomologie als auch bei Fallschilderungen zugeschrieben werden, bedarf innerhalb des Projektrahmens noch einer abschließenden Ausarbeitung, weshalb dieser Teilabschnitt nur einen Einblick geben kann. Es wird einerseits gezeigt, dass sich die Zuschreibung von Symptomen/Syndromen von den ersten Beschreibungen bis hin zur neuesten Fassung der ICD in einem ähnlichen Deutungsrahmen bewegt und sich bestimmte lexikalische Felder herausbilden, die eine relative Konstanz aufweisen. Die Tatsache, dass sich Zuschreibungen in ihrem Mustern und zudem in ihrem Stil wandeln, kann hier nur berührt werden. Allerdings wird anhand von wenigen Befunde schon ersichtlich, dass Psychiater zunehmend vorsichtiger damit zu werden scheinen, Zuschreibungen zu generalisie-

¹⁹ Es sei hier nur am Rande darauf verwiesen, dass es nur ein schmaler Grad ist, dass aus einem Durchdrungensein von einer negativen Eigenschaft ein Stigma einer psychischen Erkrankung wird.

ren. Beginnen möchte ich mit einem der frühesten Belege.

Esquirol beschreibt hier die *Manie ohne Irrewahn/Delirium*:

Diese Maniaci sind von einer außerordentlichen Empfänglichkeit, so daß sie durch Alles erregt und gereizt werden, und Alles sie zu hindern und ihnen zuwider zu seyn scheint; sie haben eine solche Beweglichkeit, daß nichts sie aufhält, so wie ihre geschäftige Lebhaftigkeit unbezwinglich ist. Sie sind listig, lügenhaft, unverschämt, frech und zänkisch, so wie mit aller Welt und selbst der liebevollsten Sorgfalt unzufrieden; sie beklagen sich immer über Dinge und Personen, haben eine Ungebundenheit und Frechheit der Zunge, die nichts zähmen kann; sie sprechen immerfort und ihre Stimme ist betäubend; ändern sie auch den Ton und die Ungebundenheit ihrer Reden, so wie ihre Ideen, so sind sie dennoch fest und unveränderlich rücksichtlich der Absicht zu schaden, und machen Alles verkehrt. Die schandbarsten Dinge zu sagen und zu thun, ist ihnen leicht: sie beleidigen, verläumdern und gefallen sich, die besten Absichten zu verdrehen, Uebles zu erfinden und Feindschaft zu stiften; sie verrücken von seinem Platze, was sie können, vernichten und zerstören es. Jemehr sie ihre Bosheit auslassen können, desto ausgelassener, zufriedener und befriedigter sind sie; bei dem Uebel, was sie anstiften, lachen sie; dabei sind sie furchtsam und poltronartig, sie brausen auf, schreien, gerathen aber selten in wirkliche Wuth; nie haben sie Unrecht, immer aber Gründe sich zu vertheidigen (Esquirol 1830 : 433-f.).

Es ist m.E. deutlich zu erkennen, dass unter dem Begriff „Manie“ Erscheinungen beschrieben werden, die später eigene Persönlichkeitstypen ausbilden. Mit Erreg- und Reizbarkeit, Unstetigkeit und Haltlosigkeit, Lügenhaftigkeit, Streitsucht, provozierendem (*frech und zänkisch, Ungebundenheit und Frechheit der Zunge, die nichts zähmen kann*), amoralischem Verhalten (*Die schandbarsten Dinge zu sagen und zu thun*) und Oberflächlichkeit (*sie brausen auf, schreien, gerathen aber selten in wirkliche Wuth*) werden Sachverhalte beschrieben, die heute ähnlich auftreten, aber in einem gänzlich anderen Stil (Stil = Wie der Gestaltung) erscheinen. Hinsichtlich der Art und Weise der Gestaltung fällt insbesondere auf, dass:

- a. bedeutungsähnliche Lexeme (etwa *unverschämt, frech und zänkisch*) gereiht oder partielle Synonyme (*vernichten und zerstören, fest und unveränderlich*) verwendet werden;
- b. ebenso eine Reihe von ist-Prädikationen (etwa *Sie sind listig, lügenhaft, unverschämt ...*), mit denen das Sein der ‚Maniaci‘ festgelegt wird, wie eine Reihe von sprachlichen Kennzeichen wie *immer* oder *immerfort* vorhanden ist, die auf ein zwangsläufiges Eintreten bestimmter Eigenschaften verweisen. Auch die Formulierung von Regeln (*Jemehr ... desto mehr*) ist nachzuweisen.

Es zeigt sich, dass späterhin kaleidoskopartige Beschreibungen, die bestimmte Eigenschaften nuancieren, nicht mehr nachzuweisen sind, was u.a. mit der Verwendung solcher Lexeme wie *Affekte* zusammenhängt. Schon früh führt Griesinger (1845 : 58) für den Gemütswahnsinn noch vage die „krankhaften Affecte“ ein. In der Folgezeit differenziert sich das aus in eine prinzipielle „affektive Übererregbarkeit“ (Birnbäum 1928: 231) bzw. „konstitutionelle Widerstandsschwäche“ (ebd. : 633). Ob und inwieweit einfache Ursache-Folge-Modelle²⁰, wie sie auch aus dem

²⁰ Wie die Störungen von 1830 bis heute erklärt werden, ändert sich teils erheblich, doch scheint mir das konzeptuelle Modell, mit denen die Störungen in Beschreibungen in Beziehung gesetzt werden, das fehlender Impulskontrolle zu sein, das sie zu vielerlei Handlungen treibt, vgl. bspw.: „Der Grundzug ihres Wesens — die Mißlaune, Überempfindlichkeit und Heftigkeit ihrer Gefühlsaus-schläge (Explosibilität) — erschwert bei diesen Kindern mit

obigen Zitat sichtbar werden, verschwinden, bedarf einer weiteren Erörterung. An den zwei folgenden Zitaten wird ersichtlich, dass zwar ähnliche Verhaltensweisen thematisiert, sich die Beschreibungssprache jedoch grundlegend verändert. Während Griesingers Beschreibungssprache (1845) hinsichtlich ihres Detaillierungsgrades noch der Esquirols ähnelt, zeigt sich einige Jahrzehnte später bei Kraepelin (1883) schon die Verwendung von Oberbegriffen (*eine ganz abnorme Ausbildung bestimmter Triebe*), die Reihung von Substantiven und die Verwendung einschränkender Graduierungen, nämlich *häufig* oder *nicht selten*:

Findet er wirklichen Widerstand, so wird er heftig und aufgeregt; er greift keck an, sucht mit Gewalt zu herrschen und lebt beständig in Streit und Händeln. *Ärgert er sich über irgendein Thier, einen Hund, ein Schaf, ein Pferd, so bringt er es auf der Stelle um; nimmt er an einer Gesellschaft, einem Feste Antheil, so erzürnt er sich und fängt eine Schlägerei an*“ (Griesinger 1845: 207; Hervorhebung der Verfasserin)

Damit hängt häufig zusammen die ganz abnorme Ausbildung gewisser elementarer Triebe, die bisweilen schon an sich selbst den Charakter des Krankhaften tragen. *Der Mangel des Mitgefühls zeigt sich oft schon in früher Jugend in grausamen Thierquälereien; [...] Unbändige Wildheit, Verstecktheit, Falschheit, schlaues Raffinement, Neigung zu brutalen Gewaltthaten, zu Lug und Trug, zum Diebstahl und zu Ausschweifungen, Mangel des Ehrgefühls und jeglicher Anhänglichkeit an Eltern und Geschwister, unverhülltes Hervortreten der ausgeprägtesten Selbstsucht lassen nicht selten schon beim Kinde die Keime der späteren Charakterentwicklung erkennen.*“ (Kraepelin 1883: 352f)

Für die Störungsgruppe sind Sachverhalte wie Beeinflussbarkeit von Stimmungen, das Fehlen sozialer Bindungen und Rücksichten, die fehlende Selbstkontrolle bei gleichzeitiger Egozentrik, die Verlogenheit und Gefühllosigkeit, teils auch ein abweichendes Sexualverhalten, die sie teils dafür prädestinieren, mit dem Gesetz in Konflikt zu geraten, wesentlich. Es lässt sich an Keywords und an dem Word2Vec-Modell zeigen, dass ein Wortschatz dominiert, der negative emotionale Extremzustände (v.a. *Wut, Aggression*), der – lange Zeit – moralisch defizientes, triebhaftes Verhalten (etwa *Verlogenheit, Triebhaftigkeit* und der ich-bezogenes und bindungsloses Handeln (*Selbst- und Geltungssucht, Egozentrik*)) sprachlich konstituiert. Für die Konstanz eines solchen Merkmals wie Lügenhaftigkeit siehe die folgende Abbildung:

ihrer niedrigen Erregbarkeitsschwelle gegenüber Außenreizen schon in der frühen Kindheit (Trotzalter!) die Erziehung. Ihre ständig parat liegende Neigung zum Aufbrausen und zu unüberlegtem Draufschlagen macht sie später (besonders in der 1. puberalen Phase!) für jede Gemeinschaft schwer traktabel“ (Benda 1960 : 1008).

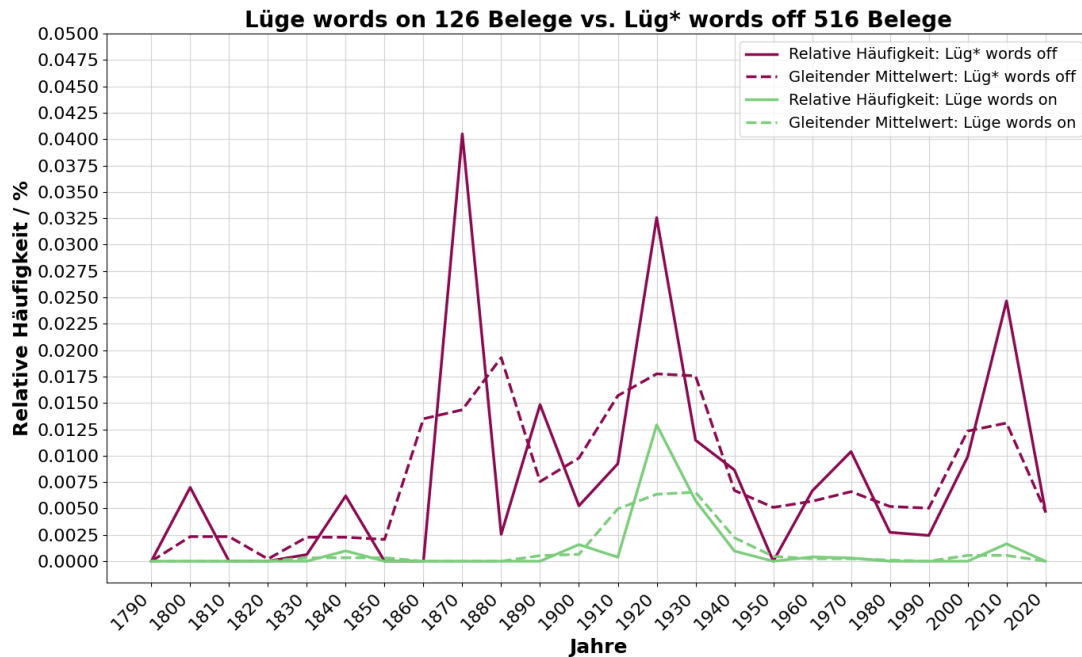


Abb. 18: Konstanz der Verwendung des Lexems {Lüge}[SK]

Die entsprechenden Zuschreibungen können durch Graduierungen und durch grammatische Mittel wie den Superlativ verstärkt werden. Im Folgenden soll gezeigt werden, dass zusätzlich sprachliche Verfahren relevant werden, mit denen einerseits die Betonung eines Fehlens (bzw. eines Defizits), andererseits die Betonung eines Übermaßes für diese Krankheiten bestimmend sind.

3.3 Graduierungspraktiken

Bei der Herausarbeitung der Muster der Typenbildung wurde darauf verwiesen, dass schon in die Benennungen selbst Vorstellungen des Fehlens oder eines Zuviels eingehen. Dies betrifft a. nun auch die (generischen) Zuschreibungen von charakteristischen Symptomen. Darüber hinaus finden sich Kennzeichnungen, die sich b. darauf beziehen, in welcher Häufigkeit und Intensität bestimmte Eigenschaften, Verhaltens- und Handlungsweise vorliegen sollten, um überhaupt von einer Störung sprechen zu können. Zudem ist auffällig, dass c. bestimmte Störungen und/oder Ausprägungen von Symptomen durch Vergleiche zueinander in Beziehung gesetzt werden.

Ad a.: Für die APS und ihre Vorläufer sind das Fehlen der für das Menschsein als wesentlich erachteter Eigenschaften, Verhaltens- oder Handlungsweisen wichtig. Neben dem eigentlichen Fehlen, wofür das Verb *fehlen* zur Verfügung steht [Den *Verschrobenen fehlt die Einheitlichkeit und Folgerichtigkeit in ihrem Seelenleben* – (Bleuler 1918 : 444)] ist auffällig, dass Lexeme wie *Abnormität* oder *Anomalität* darauf verweisen, dass sich die betroffenen Menschen anders verhalten, als es normalerweise zu erwarten wäre. Es wird eine Abweichung vom Standard deklariert, ohne dass dieser Standard expliziert werden muss. Für das gänzliche Fehlen eines als normal erwarteten Verhaltens ist auch das Affix {-los} (insbesondere *haltlos*, *rücksichtslos*, *willenlos*, *planlos*, *widerstandslos gegen* uvm.) zuständig. Innerhalb des Korpus ist das Auftreten von *Schwäche* sowohl in Mustern von *Schwäche von, des* [NN] und in lexikalisierten Kompositionen wie *Charakterschwäche* interessant, die zwar nicht auf ein vollständiges Fehlen, jedoch

auf einen grundsätzlichen Mangel hindeuten. Übergänge zwischen vollständigem Fehlen und schwacher Ausprägung werden teils verbalisiert: „Mitgefühl mit anderen, instinktives Empfinden der Rechte anderer (nicht der eigenen) fehlt oder ist ungenügend“ (Kraepelin 1883). Das Affix {-los} ist auch deshalb interessant, weil nicht nur ein Fehlen festgestellt wird, sondern weil die damit gebildeten Lexeme selbst schon eine Synthetisierung von Erfahrungen sind. Ferner ist auffällig, dass Lexeme wie *verbildet*, *verschroben*, *verkehrt*, *schief* oder *abwegig* verwendet werden, die nahelegen, dass psychische Kräfte, so die Gefühls- und Willenssphäre, nicht in einer erwartbaren, ‚harmonischen‘ Weise zusammenwirken.

Für das Feststellen eines Zuviels wird vornehmlich das Präfixoid {über-} verwendet, so etwa in deadjektivischen Derivationen wie *Übererregbarkeit* oder als Verstärkung ohnehin schon vager Adjektive wie *überstark*. Auch bei stärker lexikalisierten Einheiten wie *übermäßig*, *übertrieben* und *Übergewicht* tritt es auf und wird teils als Präposition verwendet (etwa *bei über alle Erwartung*). Eine Alternative zu *über* ist das mit den Jahren anwachsende {hyper-}, das auch die Professionalisierung in der Psychiatrie zeigt, vgl.:

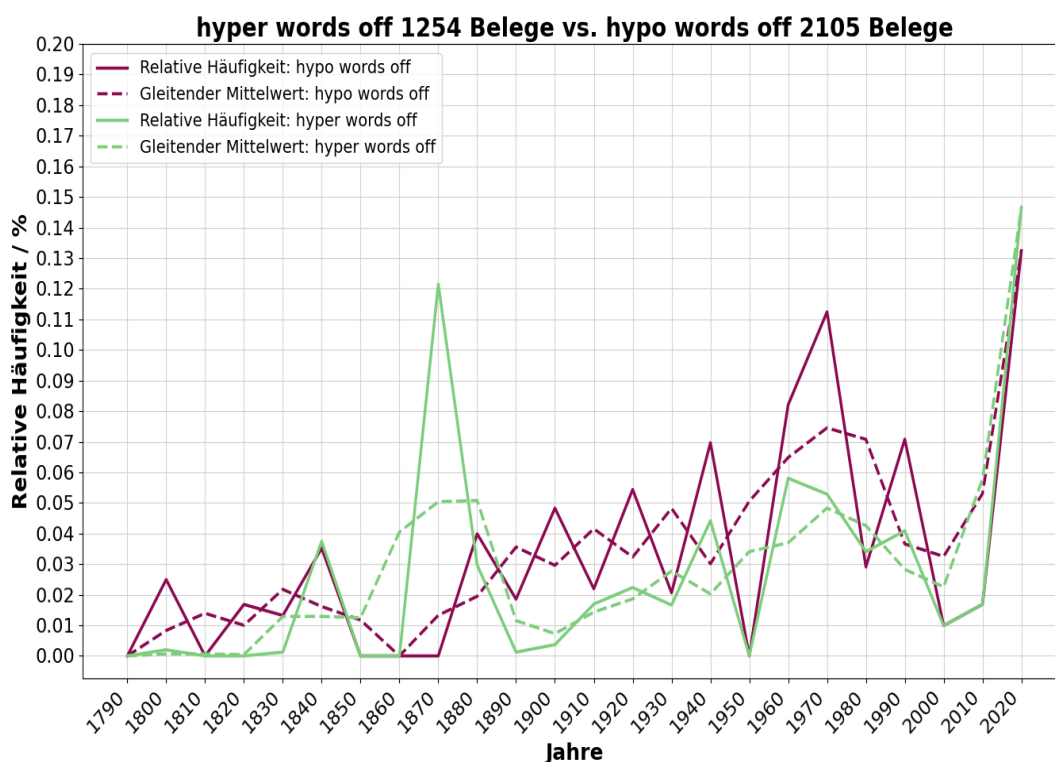


Abb. 19: Verwendung von {hyper-} [SK]

Auch Adjektive wie *erhöht* (etwa *erhöhtes Selbstgefühl*) setzen neben den schon thematisierten sprachlichen Einheiten einen unmarkierten Grenzpunkt voraus, ab dem etwas als *erhöht* gelten kann. Zur Un(ter)bestimmtheit tragen zudem Graduierungen, die v.a. auf der Basis der manuellen Annotationen des entsprechenden Korpus verwendet worden sind. Diese Graduierungen wirken teilweise mit epistemischen Positionierungen zusammen (s.u.).

Ad b. Anders als zu erwarten, sind sprachliche Muster mit *Grad* (etwa *hoher Grad* von X) im GK und SK niedrig frequent. Einen größeren Stellenwert besitzen oppositionsbildende, vage Adjektive, die skaliert werden können, so *schwach – stark*, *leicht – schwer*, *niedrig – hoch*, die zumeist adverbial (*schwach ausgeprägt*) verwendet werden. Derartige Adjektive werden häufig

zur Modifizierung anderer Adjektive eingesetzt („der Geschlechtstrieb erwacht *außerordentlich* früh“) und haben neben der graduierenden teils auch eine intensivierende Funktion (etwa *übertrieben stark*, *außerordentlich stark*). Auch *heftig* oder *glühend* können ggfs. entsprechend gelesen werden. Unter diese Kategorie fallen zudem Frequenz-Adverbien (als Teil der Tempus-Adverbien), die zunächst das mehrmalige Vorliegen eines Sachverhalts – in unserem Fall eines Symptoms – signalisieren, wobei sich die Skala der Häufigkeit zwischen den Polen *immer* und *niemals* entfaltet: Während ältere Schriften sich deutlich zu den *immer* und *niemals* Polen bewegen (vgl. auch die Auseinandersetzung mit Esquirol oben), ist das den jüngeren Schriften kaum der Fall, d.h. in älteren Schriften dominieren (noch) Regelbildungen und Generalisierungen, die auf Vereindeutigungen zielen.

Zwischen diesen Polen liegen Adverbien (bzw. adverbial verwendete Adjektive) wie *zumeist* (*meistentheils*, *meist*), *oft*, *häufig*, *gewöhnlich* („in der Regel“) jedoch auch *gelegentlich* oder *selten* bzw. Ausdrucksalternativen durch Substantivderivate wie *Seltenheit*. Abgesehen von den frühen psychiatrischen Schriften (bis ca. 1870) legen sich die Psychiater kaum darauf fest, wann etwas als häufig zu betrachten ist. In den Belegen der pragmatischen Annotation fehlen jedenfalls entsprechende Zahladjektive, hingegen werden Approximatoren verwendet (*fast die Regel*, *verhältnismäßig oft* u.Ä.); auffällig ist der Gebrauch der Litotes (*nicht selten*, *nichts weniger als leicht*). Diese Adverbien lassen sich gleichzeitig als epistemische Positionierungen lesen, mit denen leichte Vorbehalte ggü. der Gültigkeit einer Proposition formuliert werden. Auch Schätz-/Indefinitartikel zeugen zwar von Teilmengen (bspw. *etwas Aufregung*) und einer großen/kleinen Zahl von Elementen (*viel-*, *wenig-*, *einige*), doch bleiben die Angaben unterbestimmt und werden lediglich durch die Autorität des Psychiaters und seine Beobachtungen ratifiziert. Auch vorhandene Ausdrucksmuster wie *mehr oder weniger* sind unbestimmt. Daneben finden sich die eigentlichen Gradpartikel (etwa *sehr oft*). Intensivierungen wie *wahrhaft* oder *wirklich*, die prinzipiell auch als explizite Gewissheitsmarker verstanden werden könnten, die jedoch in den Belegkorpora als Intensivierer selten auftreten („gewährte einen *wahrhaft* schrecklichen Anblick“).

Ad. c Ein weiteres Verfahren ist es, durch den Komparativ mehrere Bezugsgrößen zueinander in Beziehung zu setzen oder Superlative zu verwenden. Auch hier bleiben die zueinander in Beziehung gesetzten Bezugsgrößen unspezifisch. Implizite (Vergleichs)Maßstäbe sind sowohl bei Komparativen (etwa *heftiger als*) als auch bei Superlativen (*am heftigsten*) gegeben. Neben den Komparativen/Superlativen zeigt sich das Vergleichen und insbesondere das Konstatieren von Ähnlichkeiten in den Texten an der Verwendung der Suffixe {oid-}, etwa bei *schizoid*, *cycloid*, an Konfixe {-ologisch}, etwa bei *charakterologisch*, oder auch am allgemeinen {-haft}, bspw. *krankhaft*. Damit wird jeweils behauptet, dass ein bestimmter Zustand, Prozess, eine Eigenschaft, Verhaltens- oder Handlungsweise einer Krankheit oder einer Störung wie der Schizophrenie o.Ä. ähnelt, nicht aber mit ihr identisch ist. Darüber hinaus werden zur Feststellung von Ähnlichkeiten die Verben (*sich*) *ähneln*, *nahe stehen*, Phraseme wie *Verwandtschaft mit* [NN] *haben*, *mit* [NN] *eine Gruppe/Klasse mit* [NN] *bilden* und Vergleichskonstruktionen mit Adjektiven wie *ähnlich wie* genutzt.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich psychiatrischen Texten zunehmend mehr sprachliche Signale und Verfahren finden, die un(ter)bestimmt sind.

4. Fazit– mit einem Ausblick zu epistemischen und evidentialen Positionierungen

Dieses Arbeitspapier hat sich die Aufgabe gestellt, den sprachlichen Umgang mit dem Demarkationsproblem in der Psychiatrie zu zeigen.

Die ersten Abschnitte zur Verwendung des Grenzwortschatzes in der Psychiatrie haben gezeigt, dass sich Sprachmuster herausbilden, die es ermöglichen, einerseits Grenzen zu evozieren, andererseits ihr Vorliegen zu relativieren. Mit den skizzierten Praktiken ist der Versuch verbunden, einen wissenschaftlichen Anspruch auf die Unterscheidbarkeit von Störungen aufrechtzuerhalten, in dessen Rahmen sich die psychiatrisch Tätigen verständigen und auseinandersetzen können.

Im Abschnitt 3.1 wurde gezeigt werden, dass Demarkation noch etwas anderes bedeuten kann: Obwohl die Varianz von Störungsbenennungen reduziert wird, bleibt der psychiatrische Wortschatz instabil und verändert sich. Die Dynamik fußt im Speziellen darauf, dass das Deutungsmuster der Manie mit der Herausbildung des Deutungsmusters der antisozialen Persönlichkeitsstörungen sukzessive an Bedeutung verliert; das ist v.a. am Rückgang des Ausdrucks selbst, jedoch am Rückgang an ihn gekoppelter lexikalischer Vernetzungen, etwa der rückläufigen Verwendung von *Delirium* zu erkennen. Ferner verliert das Symptom der Amoralität, das stark an das Konzept der Psychopathie gekoppelt wird, zugunsten der Antisozialität an Relevanz. Neben dieser Entwicklung ist die Instabilität der Bezeichnungen kein Indiz dafür, dass die Störungsgruppe neuartig konzeptualisiert wird. Vielmehr werden sprachliche Muster, so Wortbildungsmuster wie das Kopulativkomposita und/oder Affixe wie {-los} zum Referieren und Zuschreiben genutzt, dies es ermöglichen, Erfahrungen zu synthetisieren. Damit verschwinden etwa, wie im Abschnitt 3.2 gezeigt, die Reihungen von bedeutungs-ähnlichen Adjektiven oder auf Synonymen basierenden Paarformen. Schließlich zeigt sich, dass auch Lexeme wie *Affekt* oder *Empathie* verwendet werden, die ebenfalls Erfahrungen synthetisieren. Es sollte hervorgehoben werden, dass der *Psychopath* etc. konstant als Exemplar einer Klasse konzeptualisiert wird, die durchweg von negativen Eigenschaften durchdrungen zu sein scheint. Das Gesamt an bisher betrachteten sprachlichen Erscheinungen kann man als den Aufbau lexikalischer Demarkationslinien zu lange tradierten Bezeichnungen und ihren Konzepten verstehen, was auch die soziale Dimension psychiatrischer Fachkommunikation, etwa das Erlangen von Prestige oder den Anschluss an eine medizinische Fachkultur, beinhaltet. Obwohl insbesondere in Abschnitt 3.3 mit der Untersuchung von Graduierungspraktiken ein Gebiet im Vordergrund stand, das mit Un(ter)bestimmtheit und dem Demarkationsproblem eng verknüpft ist, konnte die Darstellung von Referenzierungs- und Zuschreibungspraktiken auch zeigen, dass ein (fachlicher) Common Ground dessen, was als normal und nicht-gestört und implizite Maßstäbe, wann etwas als auffällig gilt, vorausgesetzt sind. Es wäre insofern zu überlegen, ob es gerade bei den APS diese ‚Grenze‘ zum Normalen hin ist, die weniger aus dem Problem resultiert, einen Phänomenbereich in diskrete Einheiten zu unterteilen, die noch einmal einer besonderen Erörterung – auch hinsichtlich des vorausgesetzten Menschenbildes – bedürfte.

Darüber hinaus konnten zwei wesentliche Aspekte in diesem Arbeitspapier noch nicht beleuchtet werden. Kaum eine Definition der APS ist mit anderen in allen Hinsichten identisch, vielmehr gewichten Psychiater das eine oder andere Merkmal bzw. Dimension etwas anders und halten sich bei der Kritik an Vorgängern zumeist nicht zurück. Erste Auswertungen der Annotationsebene „Doing being an expert“ zeigen, dass etwa das Modalverb *müssen*, das in epistemischer Verwendung einen hohen Grad an Gewissheit zeigt (etwa *muss man feststellen*) oder verwandte Konstruktionen mit *lassen* (etwa *lässt sich nicht widersprechen*) häufiger verwendet werden. Dem ersten Eindruck nach sind epistemische Positionierungen, die Gewissheiten im Sinne eines persönlichen Überzeugtseins zeigen, wesentlich häufiger als Markierungen epistemischer Unsicherheit. Wiederum – auch hier ersten Auswertungen folgend – sind bei Revisionen von oder der Kritik an anderen Auffassungen, evidentielle Positionierungen, die das eigene Sehen und Beobachten, aber auch die ärztliche Erfahrung allgemein konstituieren, von zentraler Bedeutung. Das deutet sich u.a. durch umfangreiche Belegkorpora zum Verb *sehen*, das selbstverständlich auch das intellektuelle Sehen und Betrachten umfasst, an. Schon jetzt erscheint es u. a. durch die starke Idiomatisierung von *sehen* in psychiatrischen Texten in Grenzen plausibel, auch in Verweisen auf das *Sehen* einen interessanten Ansatzpunkt für den Umgang mit dem Un(ter)bestimmten zu sehen. Die Verweise werden einerseits beim Referat von Forschungsbeiträgen, andererseits bei deren Widerlegung und auch schließlich auch bei eigenen Beobachtungen bis hin zu eigenen Definitionen verwendet, vgl.:

(Saß 1987 : 20) In clusteranalytischen Untersuchungen *sah* Blackburn (1975) die Differenzierung in eine primäre, extravertiert-aggressive und in eine sekundäre, neurotische Form der antisozialen Psychopathie bestätigt

(Benda 1960 : 575) Der Verlauf ist regressiv (gelegentlich *sieht* man gewisse Schwankungen mit minimalen flüchtigen Verschlechterungen

(Hare 1978: 140) Obwohl persönliches Leiden in vielen Formen der Psychopathologie enthalten sein mag, so ist es doch - wie wir *gesehen* haben - bei der Psychopathie selten von großer Bedeutung

6 Quellen

6.1 Quellenverzeichnis Gesamtkorpus (GK)

Aschaffenburg (1901): Ueber die klinischen Formen der Wochenbettpsychosen. In: Deutschlands Irrenärzte (Hg.): Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin (1901), Heft 2. Berlin, Leipzig: Verlag August Hirschwald, S. 337-356.

Bastine, Reiner; et al. (1982): Grundbegriffe der Psychotherapie. Weinheim: edition psychologie.

Benda, Claus; et al. (1960): Klinische Psychiatrie. In: Gruhle, H.W.; et al. (Hg.): Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Band 2. Berlin/Göttingen/Heidelberg: Springer.

Berkhan, Oswald (1864): Irrsein bei Kindern. In: Kelp et al. (Hg.): Correspondenzblatt der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und gerichtliche Psychologie 11 (1864), Nr. 9 und 10, S. 129-137.

Binswanger, Otto; Siemerling, Ernst (1928): Lehrbuch der Psychiatrie. Jena: Gustav Fischer.

Birnbaum, H. (1921): Psychopathenfürsorge. In: Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Hg.): Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 69 (1921), 1. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 23-26.

Birnbaum, Karl (1922): Von der Geistigkeit der Geisteskranken und ihrer psychiatrischen Erfassung. Offener Brief an Herrn Prof. Jaspers. In: Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Hg.): Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 77 (1922), 1. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 509-514.

Birnbaum, Karl; Braun, Ernst; Kahn, Eugen (1928): Handbuch der Geisteskrankheiten. Berlin: Julius Springer.

Birnbaum, Karl; Bumke, Oswald (1928): Spezieller Teil I. Die psychopathischen Anlagen, Reaktionen und Entwicklungen. Berlin: Springer (Handbuch der Geisteskrankheiten / hrsg. von Oswald Bumke, 5).

Birnbaum, Karl (1931): Kriminalpsychopathologie und psychobiologische Verbrecherkunde. Berlin.

Bleuler, Eugen (1918): Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin.

Boege (1908): Die periodische Paranoia. Eine kritische Studie zur Paranoiafrage. In: Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater (Hg.): Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (1908), Heft 1. Berlin, Leipzig: Verlag August Hirschwald, S. 299-343.

Carus, Carl Gustav (1846): Psyche. Zur Entwicklungsgeschichte der Seele. Pforzheim.

Claus (1880): Statistische Untersuchungen über Geistesstörungen auf Grund der Krankheitsdauer vor der Aufnahme. In: Deutschlands Irrenärzte (Hg.): Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin (1880), Heft 2. Berlin, Leipzig: Verlag August Hirschwald, S. 328-358.

DSM-IV (2003): Saß, Henning; et al.: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. (DSM-IV-TR). Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie. 2003.

DSM-V (2015): Falkai, Peter; Wittchen, Hans-Ulrich: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. (DSM-5). Göttingen/Bern/Wien/etc.: Hogrefe 2015.

Dulz, Birger; Briken, Peer; Kernberg, Otto F.; Rauchfleisch, Udo (Hg.) (2016): Handbuch der Antisozialen Persönlichkeitsstörung. Schattauer GmbH. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer.

Erlenmeyer, Albrecht (1882): Ueber die prognostische Bedeutung der in dem Verlauf einer Psychose fallenden Schwangerschaft. In: Erlenmeyer, Albrecht (Hg.): Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie 5 (1882), Nr. 14, S. 321-327.

Esquirol (1827): Allgemeine und specielle Pathologie und Therapie der Seelenstörungen. Leipzig.

Ewald, Gottfried (1921): Das manisch-melancholische Irresein und die Frage der „Krankheitseinheit“. In: Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Hg.): Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 63 (1921), 1. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 64-92.

Ewald, Gottfried (1948): Lehrbuch der Neurologie und Psychiatrie. 2.Auflage. Berlin/München: Urban&Schwarzenberg.

Flemming, Carl Friedrich (1844): Ueber Classification der Seelenstörungen nebst einem neuen Versuche derselben, mit besonderer Rücksicht auf gerichtliche Psychologie. In: Deutschlands Irrenärzte, in Verbindung mit Gerichtsärzten und Criminalisten (Hg.): Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 1 (1844), Heft 1. Berlin, Leipzig: Verlag August Hirschwald, S. 97-130.

Flemming, Carl Friedrich (1845): Bemerkungen über die verschiedenen Anomalien der Nerventhätigkeit und ihr Verständnis zu einander. In: Deutschlands Irrenärzte, in Verbindung mit Gerichtsärzten und Criminalisten (Hg.): Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 2 (1845), Heft 3. Berlin, Leipzig: Verlag August Hirschwald, S. 377-420.

Flemming (1850): Die psychischen Zustände, ihre organische Vermittelung und ihre Wirkung in Erzeugung körperlicher Krankheiten. In: Deutschlands Irrenärzte, in Verbindung mit Gerichtsärzten und Criminalisten (Hg.): Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin (1850), Heft 3. Berlin, Leipzig: Verlag August Hirschwald, S. 484-500.

Franke, Alexa; Kämmerer, Annette (2001): Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch. Göttingen/etc.: Hogrefe.

Frese (1872): Ueber den physiologischen Unterschied der Melancholie und Manie. In: Deutschlands Irrenärzte, in Verbindung mit Gerichtsärzten und Criminalisten (Hg.): Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin (1872), Heft 4. Berlin, Leipzig: Verlag August Hirschwald, S. 487-502.

Freyberger, Harald J.; Stieglitz, Rolf-Dieter (1996): Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie. Begründet von Th. Spoerri. 10., vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage, orientiert an der ICD-10. Basel/etc.: Karger.

Fritsch, J. (1879): Zur Frage der primären Verrücktheit. In: Verein für Psychiatrie und Forensische Psychologie (Hg.): Jahrbücher für Psychiatrie 1 (1879). Leipzig, Wien: Deuticke, S. 35-44.

Fritsch, J. (1884): Gerichtsärztliches Gutachten. Mord und Mordversuch. Alkoholismus chronicus; pathologischer Rausch. Unzurechnungsfähigkeit. In: Verein für Psychiatrie und Forensische Psychologie (Hg.): Jahrbücher für Psychiatrie 5 (1884). Leipzig, Wien: Deuticke, S. 182-190.

Fritsch, J. (1886): Ueber den Querulanten Wahnsinn. In: Verein für Psychiatrie und Forensische Psychologie (Hg.): Jahrbücher für Psychiatrie 6 (1886). Leipzig, Wien: Deuticke, S. 47-68.

Fritsch, J. (1887): Casuistische Beiträge zur Lehre vom „impulsiven Irresein“. In: Verein für Psychiatrie und Forensische Psychologie (Hg.): Jahrbücher für Psychiatrie 7 (1887). Leipzig, Wien: Deuticke, S. 196-217.

Fritsch, J. (1889): Erfahrungen über die Simulation von Irrsinn und das Zusammentreffen derselben mit wirklicher geistiger Erkrankung. In: Verein für Psychiatrie und Forensische Psychologie (Hg.): Jahrbücher für Psychiatrie 8 (1889). Leipzig, Wien: Deuticke, S. 115-161.

Hacking, Ian (1996): Multiple Persönlichkeit. Zur Geschichte der Seele in der Moderne. München: Hanser.

Hacking, Ian (1998): Mad Travelers. Reflections on the reality of transient mental illnesses. Charlottesville: University Press.

Gerds (1861): Ueber das Entstehen psychischer Krankheiten. In: Deutschlands Irrenärzte, in Verbindung mit Gerichtsärzten und Kriminalisten (Hg.): Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 18 (1861), Heft 1. Berlin, Leipzig: Verlag August Hirschwald, S. 29-38.

Goldstein (1908): Ein Fall von manisch-depressivem Mischzustand (zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Ideenflucht und den Halluzinationen). In: Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater (Hg.): Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (1908), Heft 2. Berlin, Leipzig: Verlag August Hirschwald, S. 461-504.

Griesinger, Wilhelm (1845): Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Ärzte und Studierende. Stuttgart.

Hagen (1855): Psychiatrie und Anatomie. In: Deutschlands Irrenärzte, in Verbindung mit Gerichtsärzten und Kriminalisten (Hg.): Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin (1855), Heft 1. Berlin, Leipzig: Verlag August Hirschwald, S. 1-63.

Hagen (1868): Zur Theorie der Halluzination. In: Deutschlands Irrenärzte (Hg.): Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin (1868), Heft 1. Berlin, Leipzig: Verlag August Hirschwald, S. 1-113.

Hare, Robert D. (1970): Psychopathy. Theory and research. New York: Wiley (Approaches to behavior pathology series).

Hare, Robert D. (1978): Psychopathie und Soziopathie. Frankfurt a.M.: Fachbuch. für Psychologie Verl.-Abt (Klinische Psychologie, 3).

Heinroth (1825): System der psychisch-gerichtlichen Medizin oder theoretisch-praktischen Anweisungen zur wissenschaftlichen Erkenntnis. Leipzig.

Heinroth (1847): Gerichtsärztliche und Privat-Gutachten hauptsächlich in Betreff zweifelhafter Seelenzustände. Leipzig.

Herbart, Johann Friedrich (1834): Lehrbuch zur Psychologie. 2te. Auflage. Königsberg: August Wilhelm Unzer.

Herbart, Johann Friedrich (1824): Psychologie als Wissenschaft. Band 1. Königsberg. Her-

bart, Johann Friedrich (1825): Psychologie als Wissenschaft. Band 2. Königsberg.

Hof, A. (1931): Ein Beitrag zur Psychopathologie des Kindesalters. In: Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Hg.): Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 131 (1931), 1. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 105-113.

Hoffmann, Robert A. E. (1921a): Grundlinien der normalen und anormalen seelischen Konstitution. In: Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Hg.): Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 66 (1921), 1. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 128-177.

Hoffmann, Robert A.E. (1921b): Psychotherapie bei Psychopathen. In: Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Hg.): Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 69 (1921), 1. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 199-208.

Holländer, Alexander (1883): Zur Lehre von der Moral insanity. In: Verein für Psychiatrie und Forensische Psychologie (Hg.): Jahrbücher für Psychiatrie 4 (1883). Leipzig, Wien: Deuticke, S. 1-18.

Homburger, August (1926): Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters. Berlin: Springer.

Homburger, August; et al. (1928): Bericht über die 4. Sachverständigen-Konferenz des Deutschen Vereins zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen e.V.. Berlin: Springer.

Huber, Gerd (1974): Psychiatrie. Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte. Stuttgart/New York: F. K. Schattauer Ver-lag.

ICD-6 (1948): WHO: Handbuch der internationalen statistischen Klassifizierung der Krankheiten, Gesundheitsschädigungen und Todesursachen. In: Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hg.).

ICD-8 (1968): WHO: Handbuch der internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD) 1968. In: Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hg.).

ICD-9 (1983): WHO: Handbuch der internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD). In: Ministerium für Gesundheitswesen. (Hg.): Berlin-Lichtenberg: 1983.

ICD-10 (2020): ICD-10-GM Version 2021, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand: 18. September 2020. In: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) (Hg.): Köln: 2020.

Ideler, Karl Wilhelm (1854): Neue Auswahl medizinisch-gerichtlicher Gutachten zur Gerichtlichen Psychologie. Berlin.

Ideler, Karl Wilhelm (1847): Der religiöse Wahnsinn, erläutert durch Krankengeschichten. Ein Beitrag zur Geschichte der religiösen Wirren der Gegenwart. Halle (Saale).

Jacobi, Maximilian (1830): Beobachtungen über die Pathologie und Therapie der mit Irresein verbundenen Krankheiten. Elberfeld.

Jahrmärker (1901): Beitrag zur Dementia paralytisch beim weiblichen Geschlecht. In: Deutschlands Irrenärzte (Hg.): Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin (1901), Heft 1. Berlin, Leipzig: Verlag August Hirschwald, S. 1-28.

Jó, Johann (1935): Die Psychopathen. In: Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Hg.): Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 154 (1935), 1. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 155-158.

Jolly (1913): Die Heredität der Psychosen. In: Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater (Hg.): Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (1913), Heft 1. Berlin, Leipzig: Verlag August Hirschwald, S. 377-436.

Kallas, Wolfgang (1969): Der Psychopath. Kriminologische und strafrechtliche Probleme (mit einer vergleichenden Untersuchung des Entwurfs 1962 und des Alternativ-Entwurfs). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Karuth (1845): Ueber die Gemeingefährlichkeit der Seelengestörten. In: Deutschlands Irrenärzte, in Verbindung mit Gerichtsärzten und Kriminalisten (Hg.): Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 2 (1845), Heft 1. Berlin, Leipzig: Verlag August Hirschwald, S. 74-86.

Kill (1921): Beiträge zur Verlaufsart beim manisch-depressiven Irresein. In: Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater (Hg.): Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (1921), Heft 2 und 3. Berlin, Leipzig: Verlag August Hirschwald, S. 715- 880

Koch (1891): Die Psychopathischen Minderwertigkeiten. Ravensburg.

Kagerer, Heinrich (1925): Psychotherapie der Psychosen. In: Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Hg.): Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 96 (1925), 1. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 125-172.

Kolle, Kurt (1931): Über „paranoische“ Psychopathen. Klinische und genealogische Untersuchungen. In: Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Hg.): Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 136 (1931), 1. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 97-127.

Kowalewsky (1880): Atropin – Psychose. In: Deutschlands Irrenärzte (Hg.): Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin (1880), Heft 4. Berlin, Leipzig: Verlag August Hirschwald, S. 331-449.

Kraepelin, Emil (1892): Ueber die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel. Jena.

Kraepelin, Emil (1883): Kompendium der Psychiatrie: Zum Gebrauch für Studierende und Aerzte. Leipzig.

Krafft-Ebing, Richard von (1883): Gerichtsärztliches Gutachten über zweifelhafte Geisteszustände. In: Verein für Psychiatrie und Forensische Psychologie (Hg.): Jahrbücher für Psychiatrie 4 (1883). Leipzig, Wien: Deuticke, S. 39-51.

Krafft-Ebing, Richard von (1884): Mordversuch eines Gymnasialschülers an seinem Lehrer. Organische Belastung. Streitige Sinnesverwirrung zur Zeit der That. Freisprechung. Gerichtärztliches Gutachten mitgeteilt von Professor v. Krafft-Ebing in Graz. Ergebnisse aus den Akten. In: Verein für Psychiatrie und Forensische Psychologie (Hg.): Jahrbücher für Psychiatrie 5 (1884). Leipzig, Wien: Deuticke, S. 171-182.

Krafft-Ebing, Richard von (1886): Beiträge zur Lehre vom transitorischen Irresein. In: Verein für Psychiatrie und Forensische Psychologie (Hg.): Jahrbücher für Psychiatrie 6 (1886). Leipzig, Wien: Deuticke, S. 1-11.

Krafft-Ebing, Richard von (1889): Ueber Neurosen und Psychosen durch sexuelle Abstinenz. In: Verein für Psychiatrie und Forensische Psychologie (Hg.): Jahrbücher für Psychiatrie 8 (1889). Leipzig, Wien: Deuticke, S. 1-6.

Krafft-Ebing, Richard von (1894): Zur Psychopathia sexualis. In: Verein für Psychiatrie und Forensische Psychologie (Hg.): Jahrbücher für Psychiatrie 12 (1894). Leipzig, Wien: Deuticke, S. 84-93.

Krafft-Ebing, Richard von (1884): Psychopathia sexualis. Stuttgart.

Laufe Nauer, Karl (1889): Therapie der Hysterie und Neurasthenie. In: Erlenmeyer, Albrecht (Hg.): Centralblatt für Nerven-heilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie 12 (1889), Nr. 12, S. 353-359.

Lemke (1949): Über die vegetative Depression. In: Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie der DDR, Gesellschaft für Ärztliche Psychotherapie in der DDR (Hg.): PSYCHIATRIE, NEUROLOGIE UND MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE ZEITSCHRIFT FOR FORSCHUNG UND PRAXIS, Heft 6. Berlin, Leipzig: S. Hirzel, S. 161-166.

Leonhard, Karl (1986): Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie. 6. bearbeitete Auflage. Berlin: Akademie-Verlag.

Majer (1941): Beitrag zur Erbbiologie involutiver, klimakterischer und reaktiver Depressionen. In: Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Hg.): Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie (weitere Angaben fehlen).

Malatesti, Luca; McMillan, John (2019): Responsibility and Psychopathy: Interfacing Law, Psychiatry, and Philosophy. Oxford: University Press.

Meynert, Theodor (1879): Kraniologische Beiträge zur Lehre von der psychopathischen Veranlagung. In: Verein für Psychiatrie und Forensische Psychologie (Hg.): Jahrbücher für Psychiatrie 1 (1879). Leipzig, Wien: Deuticke, S. 69-93, 153-171.

Meynert, Theodor (1881): Kraniologische Beiträge zur Lehre von der psychopathischen Veranlagung. In: Verein für Psychiatrie und Forensische Psychologie (Hg.): Jahrbücher für Psychiatrie 2 (1881). Leipzig, Wien: Deuticke, S. 1-23.

Möbius, Paul Julius (1883): Zur Lehre von der Neurasthenie. In: Erlenmeyer, Albrecht (Hg.): Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie 6 (1883), Nr. 5, S. 97-99.

Moraglia, G.B. (1897): Neue Forschungen auf dem Gebiete der weiblichen Criminalität, Prostitution und Psychopathie. Aus dem Italienischen von Walter Wenige. Berlin: Conrad Skopnik.

Muhr (1887): Querulantenwahnsinn. Gerichtsärztliche Untersuchungen und Reflexionen. In: Verein für Psychiatrie und Fo-rensische Psychologie (Hg.): Jahrbücher für Psychiatrie 7 (1887). Leipzig, Wien: Deuticke, S. 166-196.

Müller, Anton (1824): Die Irren-Anstalt in dem Königlichen Julius-Hospitale zu Würzburg und die sechs und zwanzig ärztlichen Dienstverrichtungen an derselben. Mit einem Anhang von Krankengeschichten und Sektions-Berichten. Würzburg.

Nedopil, Norbert (2015): Juristische Schwellenvorgaben, psychiatrische Diagnostik und psychopathologisches Erkennen. Unerschöpflicher Diskurs. In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie. Heft 9. Heidelberg: Springer. S.171-178.

Neisser, Clemens (1889): Kahlbaum's Gruppierung der psychischen Krankheiten 1863. In: Verein für Psychiatrie und Forensische Psychologie (Hg.): Jahrbücher für Psychiatrie 8 (1889). Leipzig, Wien: Deuticke, S. 7-32.

Raecke (1901):): Beitrag zur Kenntniss des hysterischen Dämmerzustandes. In: Deutschlands Irrenärzte (Hg.): Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin (1901), Heft 1. Berlin, Leipzig: Verlag August Hirschwald, S. 115-163.

Reil, Johann Christian (1803): Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrütungen. Halle.

Richarz, Franz (1848): Ueber die Grundformen der chronischen Seelenstörungen. In: Deutschlands Irrenärzte, in Verbindung mit Gerichtsärzten und Criminalisten (Hg.): Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 5 (1848), Heft 3. Berlin, Leipzig: Verlag August Hirschwald, S. 318-327.

Riedel, Heinz (1937): Zur empirischen Erbprognose der Psychopathie. In: Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Hg.): Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 159 (1937), 1. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 597-667.

Rittershaus, Ernst (1931): Angewandte Pathopsychologie. In: Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Hg.): Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 131 (1931), 1. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 310-326.

Rolls, Geoff (2005): Classic Case Studies in Psychology. Third edition. Hoboken: Taylor and Francis.

Saß, Henning (1987): Psychopathie – Soziopathie – Dissozialität. Zur Differentialtypologie der Persönlichkeitsstörungen. Berlin: Springer. (vorgemerkt)

Schaumann, Johann Christian Gottlieb (1792): Ideen zu einer Kriminalpsychologie. Halle: Johann Jacob Gebauer.

Schlager, Ludwig (1857): Die Geistesstörung in ihrer Grundanschauung für den Irrenarzt. In: Deutschlands Irrenärzte, in Verbindung mit Gerichtsärzten und Criminalisten (Hg.): Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 14 (1857), Heft 3. Berlin, Leipzig: Verlag August Hirschwald, S. 396-410.

Schneider, Kurt (1973): Klinische Psychopathologie. 10. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Schnitzer (1921): Über Psychopathenfürsorge. In: Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Hg.): Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 68 (1921), 1. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 31-47.

Schulte, Walter; Tölle, Rainer (1979): Psychiatrie. 5. Überarbeitete und ergänzte Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer.

Seelert, H (1931): Zur Differenzierung psychischer Krankheitszustände. In: Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Hg.): Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 131 (1931), 1. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 338-347.

Sommer, Robert (1901): Diagnostik der Geisteskrankheiten für praktische Ärzte und Studierende. 2. Auflage. Berlin; Wien: Urban&Schwarzenbach.

Spoerri, Theodor (1975): Kompendium der Psychiatrie. Mit Berücksichtigung der medizinischen Psychologie. 8. Auflage. Basel: S. Karger.

Sterz, Heinrich (1879): Ueber psychische Störungen im Pubertätsalter. Ein Beitrag zur Lehre von der „Hebephrenie“ von Dr. Heinrich Sterz, Assistent an der psychiatrischen Klinik der Universität Graz. In: Verein für Psychiatrie und Forensische Psychologie (Hg.): Jahrbücher für Psychiatrie 1 (1879). Leipzig, Wien: Deuticke, S. 94-119.

Tigges (1874): Die Reaktion des Nerven - und Muskelsystems Geisteskranker gegen Elektrizität. In: Deutschlands Irrenärzte (Hg.): Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin (1874), Heft 2. Berlin, Leipzig: Verlag August Hirschwald, S. 137-221.

Tigges (1889): Das Gewicht des Gehirns und seiner Theile bei Geisteskranken. In: Deutschlands Irrenärzte (Hg.): Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin (1889), Heft 1. Berlin, Leipzig: Verlag August Hirschwald, S. 97-223.

Timimi, Sami (2014): No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. In: Inter-national Journal of Clinical and Health Psychology. Heft 14. S.208-2015.

Uexküll, Thure von (1981): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. 2. Durchgesehene Auflage. München/Wien/Baltimore: Urban&Schwarzenberg.

Wagner, Julius (1887): Ueber die Einwirkung fieberhafter Erkrankungen auf Psychosen. In: Verein für Psychiatrie und Forensische Psychologie (Hg.): Jahrbücher für Psychiatrie 7 (1887). Leipzig, Wien: Deuticke, S. 94-131.

Walker (1907): Ueber manische und depressive Psychosen. In: Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater (Hg.): Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (1907), Heft 3. Berlin, Leipzig: Verlag August Hirschwald, S. 788-868.

Weitbrecht, Hans Jörg (1938): Beitrag zu einer schwäbischen Stammespsychopathologie. In: Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Hg.): Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 162 (1938), 1. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 343-400.

Wexberg, Erwin (1926): Noch einmal „Zur Psychopathologie der Weltanschauungen“. In: Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Hg.): Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 102 (1926), 1. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 322-323.

Weygandt, Wilhelm (1902): Atlas und Grundriß der Psychiatrie. München.

Wundt, Wilhelm (1896): Grundriss der Psychologie. Leipzig.

6.2 Quellenverzeichnis Psychopathie-Korpus (SK)

Bastine, Reiner; et al. (1982): Grundbegriffe der Psychotherapie. Weinheim: edition psychologie.

Benda, Claus; et al. (1960): Klinische Psychiatrie. In: Gruhle, H.W.; et al. (Hg.): Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Band 2. Berlin/Göttingen/Heidelberg: Springer.

Birnbaum, H. (1921): Psychopathenfürsorge. In: Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Hg.): Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 69 (1921), 1. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 23-26.

Birnbaum, Karl; Braun, Ernst; Kahn, Eugen (1928): Handbuch der Geisteskrankheiten. Berlin: Julius Springer.

Birnbaum, Karl (1931): Kriminalpsychopathologie und psychobiologische Verbrecherkunde. Berlin.

Bleuler, Eugen (1918): Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin.

DSM-IV (2003): Saß, Henning; et al.: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. (DSM-IV-TR). Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie. 2003.

DSM-V (2015): Falkai, Peter; Wittchen, Hans-Ulrich: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. (DSM-5). Göttingen/Bern/Wien/etc.: Hogrefe 2015.

Dulz, Birger; Briken, Peer; Kernberg, Otto F.; Rauchfleisch, Udo (Hg.) (2016): Handbuch der Antisozialen Persönlichkeitsstörung. Schattauer GmbH. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer.

Erlenmeyer, Albrecht (1882): Ueber die prognostische Bedeutung der in dem Verlauf einer Psychose fallenden Schwangerschaft. In: Erlenmeyer, Albrecht (Hg.): Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie 5 (1882), Nr. 14, S. 321-327.

Esquirol, Etienne (1827): Allgemeine und specielle Pathologie und Therapie der Seelenstörungen. Leipzig.

Ewald, Gottfried (1948): Lehrbuch der Neurologie und Psychiatrie. 2.Auflage. Berlin/München: Urban&Schwarzenberg.

Freyberger, Harald J.; Stieglitz, Rolf-Dieter (1996): Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie. Begründet von Th. Spoerri. 10., vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage, orientiert an der ICD-10. Basel/etc.: Karger.

Griesinger, Wilhelm (1845): Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Ärzte und Studierende. Stuttgart.

Hare, Robert D. (1970): Psychopathy. Theory and research. New York: Wiley (Approaches to behavior pathology series).

Hare, Robert D. (1978): Psychopathie und Soziopathie. Frankfurt a.M.: Fachbuch. für Psychologie Verl.-Abt (Klinische Psychologie, 3).

Heinroth (1825): System der psychisch-gerichtlichen Medizin oder theoretisch-praktischen Anweisungen zur wissenschaftlichen Erkenntnis. Leipzig.

Heinroth (1847): Gerichtsärztliche und Privat-Gutachten hauptsächlich in Betreff zweifelhafter Seelenzustände. Leipzig.

Hoffmann, Robert A.E. (1921b): Psychotherapie bei Psychopathen. In: Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Hg.): Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 69 (1921), 1. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 199-208.

Homburger, August (1926): Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters. Berlin: Springer.

Homburger, August; et al. (1928): Bericht über die 4. Sachverständigen-Konferenz des Deutschen Vereins zur Fürsorge für jugendliche Psychopathen e.V.. Berlin: Springer.

Huber, Gerd (1974): Psychiatrie. Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte. Stuttgart/New York: F. K. Schattauer Verlag.

ICD-6 (1948): WHO: Handbuch der internationalen statistischen Klassifizierung der Krankheiten, Gesundheitsschädigungen und Todesursachen. In: Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hg.).

ICD-8 (1968): WHO: Handbuch der internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD) 1968. In: Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hg.).

ICD-9 (1983): WHO: Handbuch der internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD). In: Ministerium für Gesundheitswesen. (Hg.): Berlin-Lichtenberg: 1983.

ICD-10 (2020): ICD-10-GM Version 2021, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand: 18. September 2020. In: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) (Hg.): Köln: 2020.

Ideler, Karl Wilhelm (1847): Der religiöse Wahnsinn, erläutert durch Krankengeschichten. Ein Beitrag zur Geschichte der religiösen Wirren der Gegenwart. Halle (Saale).

Jacobi, Maximilian (1830): Beobachtungen über die Pathologie und Therapie der mit Irresein verbundenen Krankheiten. Elberfeld.

Jó, Johann (1935): Die Psychopathen. In: Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Hg.): Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 154 (1935), 1. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 155-158.

Kallwass, Wolfgang (1969): Der Psychopath. Kriminologische und strafrechtliche Probleme (mit einer vergleichenden Untersuchung des Entwurfs 1962 und des Alternativ-Entwurfs). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Koch (1891): Die Psychopathischen Minderwertigkeiten. Ravensburg.

Kolle, Kurt (1931): Über „paranoische“ Psychopathen. Klinische und genealogische Untersuchungen. In: Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Hg.): Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 136 (1931), 1. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 97-127.

Kraepelin, Emil (1883): Kompendium der Psychiatrie: Zum Gebrauch für Studierende und Aerzte. Leipzig.

Krafft-Ebing, Richard von (1884): Psychopathia sexualis. Stuttgart.

Krafft-Ebing, Richard von (1894): Zur Psychopathia sexualis. In: Verein für Psychiatrie und Forensische Psychologie (Hg.): Jahrbücher für Psychiatrie 12 (1894). Leipzig, Wien: Deuticke, S. 84-93.

Majer (1941): Beitrag zur Erbbiologie involutiver, klimakterischer und reaktiver Depressionen. In: Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Hg.): Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie (weitere Angaben fehlen).

Meynert, Theodor (1879): Kraniologische Beiträge zur Lehre von der psychopathischen Veranlagung. In: Verein für Psychiatrie und Forensische Psychologie (Hg.): Jahrbücher für Psychiatrie 1 (1879). Leipzig, Wien: Deuticke, S. 69-93, 153-171.

Meynert, Theodor (1881): Kraniologische Beiträge zur Lehre von der psychopathischen Veranlagung. In: Verein für Psychiatrie und Forensische Psychologie (Hg.): Jahrbücher für Psychiatrie 2 (1881). Leipzig, Wien: Deuticke, S. 1-23.

Moraglia, G.B. (1897): Neue Forschungen auf dem Gebiete der weiblichen Criminalität, Prostitution und Psychopathie. Aus dem Italienischen von Walter Wenige. Berlin: Conrad Skopnik.

Riedel, Heinz (1937): Zur empirischen Erbprognose der Psychopathie. In: Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Hg.): Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 159 (1937), 1. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 597-667.

Reil, Johann Christian (1803): Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrütungen. Halle.

Saß, Henning (1987): Psychopathie – Soziopathie – Dissozialität. Zur Differentialtypologie der Persönlichkeitsstörungen. Berlin: Springer. (vorgemerkt)

Schneider, Kurt (1973): Klinische Psychopathologie. 10. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Schnitzer (1921): Über Psychopathenfürsorge. In: Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Hg.): Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 68 (1921), 1. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 31-47.

Sommer, Robert (1901): Diagnostik der Geisteskrankheiten für praktische Ärzte und Studierende. 2. Auflage. Berlin; Wien: Urban&Schwarzenbach.

Spoerri, Theodor (1975): Kompendium der Psychiatrie. Mit Berücksichtigung der medizinischen Psychologie, Klinik und Therapie für Studierende und Ärzte. 8. Auflage. Basel: Karger.

Weitbrecht, Hans Jörg (1938): Beitrag zu einer schwäbischen Stammespsychopathologie. In: Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Hg.): Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 162 (1938), 1. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 343-400.

Wexberg, Erwin (1926): Noch einmal „Zur Psychopathologie der Weltanschauungen“. In: Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Hg.): Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 102 (1926), 1. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 322-323.

Weygandt, Wilhelm (1902): Atlas und Grundriß der Psychiatrie. München.

6.3 Forschungsliteratur

Bollenbeck, Georg (1994): Bildung und Kultur. Glanz und Elend eines deutschen Deutungsmusters. Frankfurt a.Main/Leipzig: Insel Verlag.

Bender, Michael/Müller, Marcus (2020): Heuristische Textpraktiken in den Wissenschaften. Eine kollaborative Annotationsstudie zum akademischen Diskurs. In: Zeitschrift für Germanistische Linguistik (ZGL) 48(1), S. 1–46.

Canguilhem, Georges (1991): The Normal and The Pathological. With an introduction of Michel Foucault. New York: Zone Books.

Demazeux, Steeves/ Singy, Patrick (eds.) (2015): The DSM-5 in Perspective Philosophical Reflection on the Psychiatric Babel. Dordrecht u.a.: Springer.

Denison, D. (2017). Ambiguity and vagueness in historical change. In: Hundt, Marianne/Mollin, Sandra/Pfenninger, Simone E, (Eds.): The changing English language: Psycholinguistic perspectives (Studies in English Language). Cambridge: Cambridge University Press, S. 292–318.

Deppermann, Arnulf/Feilke, Helmuth/Linke, Angelika (2016): Sprachliche und kommunikative Praktiken: Eine Annäherung aus linguistischer Sicht. In: Deppermann, Arnulf/Feilke, Helmuth/Linke, Angelika (Hgg.): Sprachliche und kommunikative Praktiken, Berlin/Boston: de Gruyter Verlag, S. 1–23.

Dunbar, George (2001): Towards a cognitive analysis of polysemy, ambiguity, and vagueness. In: Cognitive Linguistics 12 (1), S. 1–14.

Egg, Markus (2019): Semantic underspecification. In: Maienborn, Claudia/Heusinger, Klaus von/Portner Paul (Eds.): Semantics. Lexical Structures and Adjectives. Berlin/Boston: De Gruyter Mouton, S. 272–319.

Felder, Ekkehard/Schuster, Britt-Marie/Spranz-Fogasy (2021): Diagnosen (h)erstellen – Sprachwis-

senschaftliche Zugänge. In: Iakushevich, Marina/Ilg, Yvonne/Schnedermann, Theresa (2021): Linguistik und Medizin. Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven (Sprache und Wissen 44). Berlin/Boston: de Gruyter, S. 11–44.

Felder, Ekkehard (2022): Vagheit als Chance verstehen. Pragma-semiotische Erdung von Veruneindeutigungen als Formen diskursiv instruierter Wissenskonstitution In: Zeitschrift für Literaturwissenschaft und Linguistik (Lili) 52 (4), S. 549–567.

Feldkamp, Joel/Markewitz, Fritz (2025): Zur Verwendungs- und Bedeutungsentwicklung der Ausdrücke *Melancholie* und *Depression* in der psychiatrischen Fachkommunikation des 19. und 20. Jahrhunderts. In: Sprachwissenschaft 50, S. 185–213.

Feilke, Helmuth (2012): Was sind Textroutinen? Zur Theorie und Methodik des Forschungsfeldes. In: Feilke, Helmuth/ Lehn, Katrin (Hrsg.): Schreib- und Textroutinen. Theorie, Erwerb und didaktisch-mediale Modellierung. (Forum angewandte Linguistik 52). Frankfurt am Main u. a.: Lang, S. 1–31.

Feilke, Helmuth / Rezat, Sara (2025): Textprozeduren. Werkzeuge für den Schreibunterricht - Grundlagen und unterrichtspraktische Anregungen. Seelze/Velber: Kallmeyer Verlag.

Haaf, Susanne /Schuster, Britt-Marie (2023): Fünf Thesen zur Untersuchung des Textsortenwandels, in: S. Haaf, B.-M. Schuster (Eds.), Historische Textmuster im Wandel. Neue Wege zu Ihrer Erschließung. Berlin/Boston: de Gruyter, S. 15–40.

Hauswald, Rico (2024): Epistemische Autoritäten. Plurale und individuelle. Berlin: J.B. Metzler.

Hauswald, Rico / Keuck, Lara (2017): Indeterminacy in medical classification: On continuity, uncertainty, and vagueness. In: Keil, Geert / Keuck, Lara / Hauswald, Nico (Eds.): Vagueness in Psychiatry. Edition: International Perspectives in Philosophy and Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, S. 93–117.

Hess, Volker (2015): Die Buchhaltung des Wahnsinns. Archiv und Aktenführung zwischen Justiz und Irrenreform. In: Borck, Cornelius/Schäfer, Armin Schäfer (Hg.): Das psychiatrische Aufschreibesystem. Paderborn: Wilhelm Fink Verlag, S. 55–76.

Hiltunen, Turo/Taavitsainen, Irma (eds.) (2022): Corpus pragmatic studies on the history of medical discourse (Pragmatics & Beyond New Series 330). Amsterdam and Philadelphia: John Benjamins.

Hirschauer, Stefan/Boll, Tobias (2017): Un/doing Differences. Zur Theorie und Empirie eines Forschungsprogramms. In: Hirschauer, Stefan (Hg.): Un/doing Differences. Praktiken der Humandifferenzierung, Weilerswist: Velbück Wissenschaft, S. 7–28.

Hirschauer, Stefan (2017): Humandifferenzierung. Modi und Grade sozialer Zugehörigkeit. Hirschauer, Stefan (Hg.): Un/doing Differences. Praktiken der Humandifferenzierung, Weilerswist: Velbück Wissenschaft, S. 29–54.

Hoff, Paul (2024): Psychopathologie: operationalisiertes Werkzeug oder „Denkstil“? Eine Reflexion zum diagnostischen Prozess (auch) in der forensischen Psychiatrie. In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 18, S. 332–340.

Hucklenbroich, Peter (2017): Disease entities and the borderline between health and disease: Where is the place of gradations? In: Keil, Geert / Keuck, Lara / Hauswald, Nico (eds.): Vagueness in Psychiatry. Edition: International Perspectives in Philosophy and Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, S. 75–92.

Janssen, Inse / Jucks, Regina (2023): The Impact of Communicating Advocacy and Scientific Uncertainty on a Scientist's Trustworthiness. In: Fachsprache. Journal of Professional and Scientific Communication 45 (1–2), S. 85–103.

Jucker, Andreas H./Taavitsainen, Irma (2014): Diachronic Corpus Pragmatics: Intersections and Interactions. In: Taavitsainen, Irma/ Jucker, Andreas H./Tuominen, Jukka (eds.): Diachronic Corpus Prag-

matics,. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company; S. 3–26.

Keil, Geert / Keuck, Lara / Hauswald, Nico (2017): *Vagueness in Psychiatry*. Edition: *International Perspectives in Philosophy and Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.

Keil, Geert / Keuck, Lara / Hauswald, Nico (2017): *Vagueness in psychiatry: An overview*. In: Keil, Geert / Keuck, Lara / Hauswald, Nico (eds.): *Vagueness in Psychiatry*. Edition: *International Perspectives in Philosophy and Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, S.3–23.

Keil, Geert/Stoecker, Ralf (2017): *Disease as a Vague and Thick Cluster Concept*. In: Keil, Geert/Keuck, Lara/Hauswald, Rico (Hg.): *Vagueness in Psychiatry*, Oxford: Oxford University Press, 46-74.

Kennedy, Christopher (2019): *Ambiguity and vagueness: An overview*. In: Maienborn, Claudia/ Heusinger, Klaus von/Portner Paul (Hg): *Semantics. Lexical Structures and Adjectives*. Berlin/Boston: De Gruyter Mouton, S. 236–270.

Knobloch, Clemens (1992): *Überlegungen zur Theorie der Begriffsgeschichte aus sprach- und kommunikationswissenschaftlicher Sicht*. In: *Archiv für Begriffsgeschichte* 35, S. 7–24.

Knorr-Cetina, Karin (1999): *Epistemic Cultures: how the sciences make knowledge*. Cambridge: Harvard University Press.

Konerding, Klaus-Peter (2008): *Diskurse, Topik, Deutungsmuster. Zur Komplementarität, Konvergenz und Explikation sprach-, kultur-, und sozialwissenschaftlicher Zugänge zur Diskursanalyse auf der Grundlage kollektiven Wissens*. In Warnke, Ingo/ Spitzmüller, Jürgen (Hrsg.), *Methoden der Diskurslinguistik*. Berlin/New York: De Gruyter, S. 117–150.

Merten, Marie-Luis/Kabatnik, Susanne/Kuck, Kristin/Bülow, Lars/Mroczynski, Robert (2023): *Sprachliche Grenzen und Grenzziehungspraktiken: Ein und Hinführung*. In: Merten, Marie-Luis/Kabatnik, Susanne/Kuck, Kristin/Bülow, Lars/Mroczynski, Robert (Hg.): *Sprachliche Grenzziehungspraktiken. Analysefelder und Perspektiven*, Tübingen: Narr/Francke/Attempto, S. 7–24.

Merton, Robert K. (1987): *Three Fragments from a Sociologists Notebooks: Establishing the Phenomenon, Specified Ignorance, and Strategic Research Materials*. In: *Annual Review of Sociology* 13, S. 1–28.

Müller, Marcus/Bartsch, Sabine/Zinn, Jens O. (2021): *Communicating the Unknown. An Interdisciplinary Annotation Study of Uncertainty in the Coronavirus Pandemic*. In: *International Journal of Corpus Linguistics* 26 (4), S. 498–531.

Müller, Marcus (2023): *Corpus Approaches to Analysing Uncertainty and Ignorance in Academic Discourse*. In: *Fachsprache. Journal of Professional and Scientific Communication* 45 (1–2), S. 28– 47.

Niemann, Robert (2018): *Wissenschaftssprache praxistheoretisch. Handlungstheoretische Überlegungen zur wissenschaftlichen Textproduktion*. Berlin/Boston: De Gruyter.

Pinkal, Manfred (1985): *Logik und Lexikon. Die Semantik des Unbestimmten*. Reprint 2016. Berlin: De Gruyter (Grundlagen der Kommunikation und Kognition / Foundations of Communication and Cognition).

Pohl, Inge (2010): *Semantische Unbestimmtheit im Lexikon*. Frankfurt am Main: Peter Lang (Sprache--System und Tätigkeit, Bd. 61).

Reckwitz, Andreas (2003) *Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken. Eine sozialtheoretische Perspektive*. In: *Zeitschrift für Soziologie* 32 (4), S. 282–301.

Sarasin, Philipp (2001): *Reizbare Maschinen. Eine Geschichte des Körpers 1765–1914*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Sauerland, Uli/Stateva, Penka (2011): *Two Types of Vagueness*. In: Paul. Egge und Nathan Klinedinst (Hg.): *Vagueness and language use*. 1st ed. 2011. London: Palgrave Macmillan UK (Palgrave studies

in pragmatics, language and cognition), S. 121–145.

Schäfer, Hilmar (2016a): Einleitung: Grundlagen, Rezeption und Forschungsperspektiven der Praxis-theorie. In: Ders. (Hrsg.). *Praxistheorie. Ein soziologisches Forschungsprogramm*. Bielefeld: transcript, S. 9–25.

Schäfer, Hilmar (2016b): Praxis als Wiederholung. Das Denken der Iterabilität und seine Konsequenzen für die Methodologie praxeologischer Forschung. In: Ders. (Hrsg.): *Praxistheorie. Ein soziologisches Forschungsprogramm*. Bielefeld: transcript, S. 137–159.

Schuster, Britt-Marie (2010): Auf dem Weg zur Fachsprache. Sprachliche Professionalisierung in der psychiatrischen Schreibpraxis (1800–1939). Berlin, New York: de Gruyter.

Schuster, Britt-Marie (2019): The contribution of terminology research to the understanding of science communication. In: Gloning, Thomas/Leßmöllmann, Annette (eds.): *Science Communication*. Berlin/Boston: de Gruyter, S. 167–186.

Simon, Niklas / Janich, Nina (2023): Konstitution von Nichtwissen und Unsicherheit im Sprachgebrauch – ein programmatischer Systematisierungsversuch. In: *Fachsprache. Journal of Professional and Scientific Communication* 45 (1–2), S. 5–27.

Solt, Stephanie (2011): Vagueness in quantity: Two case studies from a linguistic perspective. Online verfügbar unter https://www.leibniz-zas.de/fileadmin/archiv2019/mitarbeiter/solt/2011_solt_quantity.pdf.

Wenger, Etienne (1998): *Communities of practice. Learning, meaning, and identity*. Cambridge: University Press.

Anhang

Überblick über das Tagset für die explorative pragmatische Annotationen historischer psychiatrischer Fachtexte

Friedrich Markewitz/Britt-Marie Schuster

unter Mitarbeit von Joel Feldkamp und Jurek von Lingen

