

Medizinisch-Psychologische Aspekte im Werk von Albert Mathias Vering (1773–1829)

Gernot Huppmann*

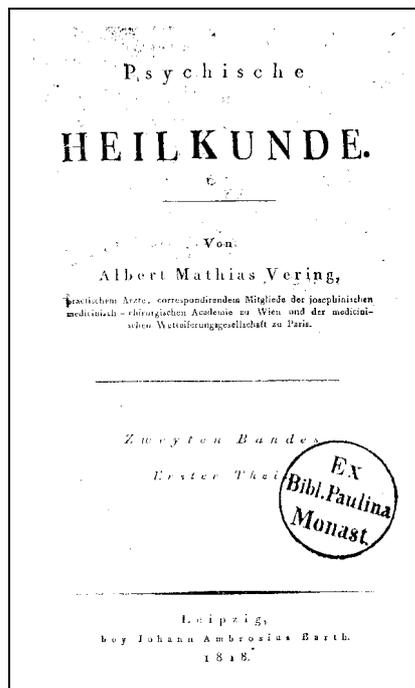
1 Einleitung

Wissenschaftsgeschichtlich betrachtet, verdankt sich die Medizinische Psychologie bis heute vornehmlich Autoren aus dem Bereich der Universität (vgl. HUPPMANN u. HOFFMANN 1977, HUPPMANN 1991, AHR u. HUPPMANN 1992, HUPPMANN 1996, HUPPMANN 1997a). Zu den wenigen ihrer Vertreter, welche über ihren Namengeber MARCUS HERZ (1747–1803) hinaus der freipraktizierenden Ärzteschaft entstammen, zählt Albert MATHIAS VERING (1773–1829). Wie die anderer früherer Repräsentanten des genannten Faches – man denke nur an den Landarzt FRIEDRICH CHRISTIAN GOTTLIEB SCHEIDEMANTEL (1735–1796) und den Hochschullehrer JOHANN DANIEL METZGER (1739–1805) –, sind auch seine Beiträge dazu mittlerweile weithin vergessen. Dabei enthält die von ihm verfaßte mehrbändige „Psychische Heilkunde“ (VERING 1817, 1818a, 1821) einen Ansatz der Medizinischen Psychologie, der weit über den SCHEIDEMANTELS (1787) oder METZGERS (1790) hinausreicht und zugleich absichtsvoll ein Gutteil jenes Programmes einlöst, das HERZ (1773) dieser Disziplin zu erfüllen aufgegeben hatte (vgl. HUPPMANN 1992a). – Was ist nun über die Biographie VERINGS zu sagen und worin liegen dessen Leistungen für die in Rede stehende Ärztliche Sozialwissenschaft?

2 Zur Biographie Verings

So wünschenswert es historiographisch sein mag, das wissenschaftliche Oeuvre eines Gelehrten im Kontext seines persönlichen Werdeganges darzustellen, was VERING anbetrifft, lassen die spärli-

* Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Gernot Huppmann, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Fachbereich Medizin, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Saarstraße 21, D-55099 Mainz, e-Mail: lipps@goofy.tdv.uni-mainz.de



chen Quellen nur eine grobe Skizze seines Lebens zu (vgl. Neuer Nekrolog der Deutschen 1831):

1773 zu Münster geboren, studierte er später an der dortigen und der Wiener Universität Humanmedizin, um sich schon 1796 nahe seiner Geburtsstadt (in Liesborn) als freipraktizierender Landarzt niederzulassen. Seine Wahl war damit auf einen höchst anstrengenden Beruf gefallen, behandelte man doch seinerzeit üblicherweise Kranke bei diesen zu Hause; für den Arzt bedeutete dies, bei Wind und Wetter unterwegs sein zu müssen (vgl. HEISCHKEL-ARTELT 1967, S.10).

VERING war nicht nur allgemeinärztlich, sondern auch psychiatrisch tätig, ja er begründete an seinem Wohnort sogar (wann, ist nicht bekannt) eine „Privatanstalt für Geisteskranke“, eine der wenigen derartigen Einrichtungen damals. Der Neue Nekrolog der Deutschen (1831, S. 483) schreibt über ihn: „Er war ein kundiger Theoretiker, wie auch tüchtiger Arzt, der keine Mühe, keine Gefahrscheute“. So entbehrt es nicht der Tragik,

daß VERING bereits 1829, also nur 56 Jahre alt, an einem „Nervenfieber“, d.h. wohl einer schweren Infektionskrankheit, verstarb, die er sich während des Dienstes an seinen Patienten zugezogen hatte (vgl. loc. cit. ibid.). Für VERINGS szientifisches Interesse spricht seine Mitgliedschaft in mehreren Fachgesellschaften; die Universität Gießen verlieh ihm 1821 sicher nicht von ungefähr sogar die Würde eines Ehrendoktors der Medizin (vgl. HEUN 1931; HERTING, 1921).

3 Zu Verings wissenschaftlichem Werk

3.1 Allgemeines

Aus der gewiß höchst anforderungsreichen Alltagstätigkeit heraus promovierte der junge Landpraktiker VERING 1803 mit einer an Ärzte wie Seelsorger gerichteten (lateinisch verfaßten) Arbeit über die Notwendigkeit, Bräute mit ihren Pflichten gegenüber ihrer „Leibesfrucht“ vertraut zu machen (VERING 1803); sie ist Ausweis seines schon damals bestehenden Interesses an der Krankheitsprophylaxe, das in manchen seiner späteren Schriften wieder aufscheinen sollte.

VERINGS erste Publikation, „Versuch einer Pastoral-Medizin“ betitelt, erschien 1809 (VERING 1809). Aus ärztlicher Sicht geschrieben, wollte sie Seelsorger zu einem auch psychologisch adäquaten ganzheitlichen Umgang mit Kranken befähigen helfen.

Den folgenden Jahren entstammen die wesentlichen, i. e. die psychiatrisch-psychologischen Veröffentlichungen aus seiner Feder. Sie ließen ihn zu einem der bekanntesten „Irrenärzte“ seiner Zeit werden, der z. B. die Ehre hatte, seit 1818 dem Herausgeberstab der NASSESchen „Zeitschrift für psychische Ärzte“ (1818–1822) und ihres Nachfolgejournals „Zeitschrift für die Anthropologie“ (1823–1826) anzugehören (vgl. ANGST 1976).

VERING publizierte zunächst, d.h. 1815 „Gedanken über die Nothwendig-

keit öffentlicher Heilungsinstitute für Wahnsinnige“ (VERING 1815). Von 1817 bis 1821 kamen dann die drei Bände seiner „Psychischen Heilkunde“ heraus (VERING 1817, 1818a, 1821). Ergänzt wurde dieses sein Hauptwerk um „Allgemeine Reflexionen über die Beziehung des organischen Sinnes zu dem Gemüthe“, 1818 erschienen (VERING 1818b) sowie „Beobachtungen über Irre“ aus den Jahren 1820 und 1822 (VERING 1820, 1822); die letztgenannten kasuistischen Berichte bezeugen die differenzierten Erfahrungen ihres Verfassers mit solchen Patienten, deren humane Betreuung unter Einbezug liebevoller Angehöriger ihm ersichtlich am Herzen lag.

Soweit wir sehen, ist VERINGS letzte wissenschaftliche Arbeit ein Vorwort zu der Schrift „Ueber die Bestimmung der Sitten und Charaktere der Menschen nach Beschaffenheit des Gesichtes und anderer Theile des Körpers“ von GRATAROLO (1553) gewesen, deren Neudruck er 1826 besorgte (GRATAROLO 1826, VERING 1826); es betont (unter Rekurs auch auf eigene Beobachtungen des Verfassers) die Bedeutung der Physiognomik für die Anthropologie, also die ganzheitliche Lehre vom Menschen im Sinne FRIEDRICH CHRISTIAN NASSES (1778–1851) (vgl. ders. 1823). (Zur Ergobiographie VERINGS s. zusf. CALLISEN 1834, S. 94–96)

3.2 Zu Verings „Psychischer Heilkunde“

VERINGS „Psychische Heilkunde“ ist eines der ersten Lehrbücher der deutschen Psychiatrie (vgl. HERTING 1921). Als solches stützt es sich wesentlich auf JOHANN CHRISTIAN REIL (1759–1813), jenen Mann, dem wir nicht nur den Begriff „Psychiatrie“, sondern auch einen großartigen Entwurf des so bezeichneten medizinischen Faches verdanken (vgl. REIL 1803, 1808). Der eingängig geschriebene umfangreiche Text versammelt auf breitem historischen Fundament das psychiatrische Wissen seiner Zeit, geht aber zugleich über das tradierte Verständnis von psychischer Heilkunde hinaus (vgl. ANONYMUS 1822, S. 97). VERINGS praxisnahe, streng erfahrungsgeleitete „Darstellung ... der Phänomene, welche aus der Wechselwirkung zwischen Seele und Körper resultieren“ (VERING 1817, S. II), subsumiert diesem Gebiet nicht nur „die Lehre von der Natur und Heilart der Seelenkrankheiten“, sondern überdies, hier-

bei wesentlich gestützt auf vorliegende Pathematologien wie etwa die von JOHANN CHRISTIAN BOLTEN (Lebensdaten unbekannt) (BOLTEN 1751), SCHEIDEMANTEL (1787) und JOHANN CHRISTIAN WELTZIEN (1767–1829) (WELTZIEN 1789), die Systematik und den Einsatz psychischer Heilverfahren gegen körperliche Krankheiten (vgl. ders. loc. cit., S. I) – eine Konzeption, die ihn neben REIL (vgl. ders. 1803, 1808, 1816) zum Stammvater einer umfassend angelegten ärztlichen Seelenkunde werden läßt, wie sie später, nämlich 1845, v. FEUCHTERSLEBEN vertreten sollte (v. FEUCHTERSLEBEN 1845; s. HUPPMANN 1991).

4 Verings Medizinische Psychologie: Grundlagen

4.1 Leib-Seele-Problem

Für die Medizinische Psychologie ist weniger der psychiatrische Teil der „Psychischen Heilkunde“ VERINGS von Belang, sondern vor allem das, was darin zum Leib-Seele-Problem, ihrem nach HERZ (1773) zentralen Gegenstand (vgl. HUPPMANN 1992a), zu den seelischen Reaktionen des körperlich Kranken und dessen psychischer Behandlung, zur Psychologie des Arztes, dem er entsprechende psychotherapeutische Verfahren nahebringen möchte, und ihrer beider Beziehung zu lesen steht.

Das diffizile Verhältnis von Körper und Geist erfordert nach VERING ärztlicherseits unbedingt „ein eigenes Studium“. Zu erkennen, welches Medium beide verbinde, sei uns allerdings verwehrt. Die Schnelligkeit, mit der die meisten „Seelenacte“ auf den Leib wirkten, ließen ihn selbst aber diesbezüglich einen Nervegeist oder ein Nervenfluidum elektrischer Qualität vermuten.

Was den Zusammenhang somatischer und psychischer Phänomene anbetrifft, ist er gleich seinen Kollegen HERZ, METZGER, SCHEIDEMANTEL und REIL Interaktionist, d.h. Anhänger der These, zwischen Soma und Psyche, die wie Wams und Futter zusammengehörten (vgl. VERING 1809, S. 46), bestehe eine Wechselwirkung. Ihn interessiert dabei vorzugsweise die psycho-somatische Perspektive; ihr wollen wir auch hier zunächst Raum geben:

Zuvörderst Praktiker, genügt VERING, ohne weiteres Philosophieren, letztlich

die empirisch begründete Feststellung, „daß mit den verschiedenen Seelenzuständen Veränderungen am Organismus vergesellschaftet sind“ (VERING 1817, S. 23), werde doch das Gehirn als „Organ der Seele“ (VERING 1809, S. 45) durch Bewegungen derselben unmittelbar gereizt. Empfindungen und Vorstellungen, Gemütsbewegungen und höhere Geistesverrichtungen, d.h. Denken und Wollen, äußerten sich, obzwar primär mentale Phänomene, zugleich körperlich. Was sagt er näherhin zu den beiden letztgenannten psychischen Funktionsbereichen?

4.2 Gemütsbewegungen allgemein

Zu den Gemütsbewegungen zählt VERING einerseits die Leidenschaften als langdauernde emotionale Zustände, andererseits die Affekte als ihre kurzzeitigen Äquivalente. Die Übergänge zwischen beiden erscheinen ihm aber offensichtlich fließend. Jedes dieser Phänomene prüft er auf krankmachende Eigenschaften, um dann jene „moralischen“ (psychischen) und „physischen“ Mittel zu nennen, welche gegen die daraus resultierenden Leiden anzuwenden seien. Sein Verständnis des Affektes basiert auf KANTS „Anthropologie in pragmatischer Hinsicht...“ (KANT 1800); daraus wird einmal mehr ersichtlich, welch großen Einfluß dieser Philosoph auf frühe Vertreter der Medizinischen Psychologie ausübte: ERNST PLATNER (1744–1818) (s. PLATNER 1772), HERZ und METZGER sowie später v. FEUCHTERSLEBEN (s. ders. 1845) haben ihren Standpunkt ja ebenfalls in der Auseinandersetzung mit ihm entwickelt.

Das Spektrum der Emotionen, deren Wesen und Wirkung VERING im einzelnen beschreibt, reicht u.a. vom Zorn über den Ärger, die Eifersucht, die Furcht, die Scham, die Traurigkeit und die Hoffnung bis zu Freude und Zufriedenheit. Am Beispiel der Traurigkeit (wir würden heute von „Trauer“ sprechen) lassen sich am ehesten die Differenziertheit seiner Pathematologie und das Repertoire an „Verfahren der psychischen Kur“ aufzeigen, mittels derer er sie nötigenfalls bekämpft wissen wollte. Seine Ausführungen über die Hoffnung stehen dem qualitativ kaum nach und sollen nachstehend ebenfalls skizziert werden.

4.3 Traurigkeit

Mit akuter Traurigkeit identifiziert VERING jenes unangenehme Gefühl, das aus dem Verlust einer geliebten Person oder betrogener Hoffnung resultiere, aber auch Ausfluß verschiedener körperlicher Krankheiten (welcher, sagt er nicht) sein könne. An ihren Symptomen nennt er beispielsweise Tränenfluß, Seufzen, Druckgefühl in der Herzgegend und Verdauungsstörungen, ja sogar Ohnmacht und Schwindel. Andauernde Traurigkeit, „ein langsames Gift“, ist nach seinem Dafürhalten von den gleichen körperlichen Zeichen begleitet; diese seien aber weniger stark ausgeprägt.

Was VERING an psychischen Mitteln gegen akute Trauer empfiehlt, wird durch Befunde moderner empirischer Studien gestützt (vgl. HUPPMANN & HUPPMANN 1988): „Ueberlasse den Leidenden“, wird uns gesagt, „ruhig seinem Schmerzgeföhle, billige seinen Gram ..., klage mit ihm, und suche so seinen Thränen einen freien Ausfluß zu verschaffen. In dieser Behandlung findet der Leidende Beruhigung; ... Tröstung in der lebhaften Theilnahme, und läßt ungestört dem Ausbruch seines Schmerzes freien Lauf: denn Jammern und Weinen mildert die Traurigkeit“ (VERING 1817, S. 99). Dem behandelnden Arzt rät er nun, durch aufrichtige Anteilnahme das Vertrauen des Trauernden zu gewinnen, sodann ihm Hoffnung auf bessere Zeiten zu vermitteln sowie „angenehme und interessante Vorstellungen“ in ihm zu wecken, was – seitens des Betreffenden unbemerkt – die Aufmerksamkeit seiner Seele von den traurigen Bildern ablenke. Der Umgang mit Freunden, Reisen in guter Gesellschaft, Spiele oder Musik seien dazu bestens geeignet; vor allem letztere ver helfe zu förderlichen Gemütsbewegungen, was sich körperlich ebenfalls positiv niederschläge (vgl. VERING 1817, S. 145). VERINGs Aussagen zur Musikrezeption als Heilmittel bei körperlich Kranken zu lesen, macht verständlich, daß SCHUMACHER (1982) ihn in einem Zuge mit prominenten Vertretern der Musiktherapie des 19. Jahrhunderts, etwa JOHANN FRIEDRICH v. ERDMANN (1778–1846) (vgl. v. ERDMANN 1809), mehrfach würdigt.

4.4 Hoffnung

Medizinisch-psychologisch kaum weniger interessant sind seine Darlegungen

über den „Gemüthsact“ Hoffnung, d.h. „die Erwartung eines zukünftigen Annehmens, verbunden mit einem grösseren oder geringeren Gefühl von Sicherheit, daß man zum Besitze des erwünschten Gutes gelangen werde“ (VERING 1817, S. 125). Ein milder und angenehmer Reiz für „das gesammte animalische und organische System“ (ders. loc. cit., S. 126), befördere sie Gehirn-, Nerven- und Muskelaktivität, den „Blutumlaufl“ und die Verdauung; folglich zähle sie zu „den nöthigsten Requisiten der Gesundheit“ (ders. loc. cit., S. 127): Wer keine Hoffnung habe, werde trübsinnig und schwermütig, ein auf die Dauer selbst der besten Gesundheit abträglicher Zustand. Einem Kranken dürfe, fordert VERING, nie ohne wichtigen Grund die Hoffnung genommen werden, wieder zu genesen. Daß sich ein solcher wünschenswerter Seelenzustand einstelle, setze allerdings das Vertrauen des Kranken auf seinen Arzt und die anzuwendenden Heilmittel voraus. Eben dieses „Zutrauen“ gelte es zuvor in ihm mit Wort und Tat zu stiften. VERING hält die Hoffnung für das wirksamste Mittel gegen die bei den meisten Kranken vorherrschende Furcht; insbesondere im Falle langwieriger schmerzhafter Krankheiten brächte sie großen Nutzen (vgl. VERING 1817, S. 53, 128). – Auch heute messen wir der Hoffnung auf Genesung hohen Wert in bezug auf das Wohlergehen eines Patienten bei; umso mehr muß die so geringe Zahl zu ihren positiven Effekten vorliegender empirischer Untersuchungen erstaunen (vgl. SNYDER et al. 1991); noch ausstehende Arbeiten könnten nahtlos an VERINGs Position anknüpfen.

4.5 Denken und Wollen

Unser Autor schreibt für ein ärztliches Publikum; sein Ziel dabei ist weniger, der Leserschaft eine differenzierte akademische Psychologie zu vermitteln, vielmehr geht es ihm darum, ihr ein handlungsleitendes Bild der menschlichen Psyche zu zeichnen. Unter dieser Prämisse stehen auch seine Ausführungen zu den körperlichen Implikationen des Denkens und Wollens.

Im Denkkakt sieht er einen sehr starken Reiz für das Gehirn gegeben; übermäßiger und unzeitiger Einsatz der Geisteskräfte berge daher die Gefahr, den Organismus zu schwächen und körperlichen Krankheiten, d.h. Nervenleiden (z.B.

Hypochondrie) sowie Störungen der Verdauungsorgane Vorschub zu leisten. Vor gesundheitsschädlichen „Nachtstudien“ z.B. sei nur zu warnen; wer geistig arbeite, solle zum Ausgleich körperlich möglichst aktiv sein (vgl. VERING 1817, S. 153–154).

Dem Willen schreibt VERING den wirkmächtigsten Einfluß auf den Leib zu; dieser könne durch ihn sogar zum „Diener der Seele“ werden. Seine unmittelbaren Effekte auf den Organismus zeigten sich beispielsweise an der Kontraktion der Willkürmuskulatur; mittelbare somatische Wirkungen seien zu erzielen, indem man willentlich (mittels entsprechender Vorstellungen) sein Gemüt in Leidenschaften oder Affekte samt den entsprechenden Begleiterscheinungen versetze (vgl. ders. loc. cit., S. 158). Noch so unerträglicher physischer Schmerz werde durch die Kraft des Willens tolerabel. KANTs Aufsatz „Von der Macht des Gemüths, durch den blossen Vorsatz seiner krankhaften Geföhle Meister zu seyn“ (KANT 1798) zeige, daß es dem Menschen nicht selten gelinge, intentional krankhafte Zustände, speziell Krampfleiden, abzumildern. Allerdings befähige ihn dieses Vermögen auch dazu, sich zu verstellen, ja selbst Krankheiten, z.B. einen epileptischen Anfall, vorzutäuschen.

4.6 Gemeingefühl und Temperament

VERING wäre kein Mediziner, ließe er nicht Ausführungen über psychisch bedingte körperliche Erscheinungen solche zu seelischen Auswirkungen somatischer Phänomene folgen. Aus somatopsychischer Perspektive verfährt er dabei so, wie wir es später bei v. FEUCHTERSLEBEN (ders. 1845) finden werden, der sich freilich, obwohl ihm die „Psychische Heilkunde“ nachweislich bekannt war, nicht auf ihn Autor bezieht.

VERING handelt zunächst vom Gemeingefühl, einer leibnahen Empfindung, die heute unter dem Begriff „Allgemeingefühl“ firmiert (vgl. PETERS 1990, S. 18). „Ein im gesunden Zustande dunkles aber eigenthümliches Gefühl, erzeugt durch die vielfachen Impressionen, welche die Nerven von dem Körper selbst empfangen“ (VERING 1817, S. 164) vermittele es dem Individuum eine wenn gleich unklare Vorstellung vom Zustand seines Körpers und einzelner Organe desselben. „Je nachdem nun das Gemeinge-

fühl angenehm oder unangenehm, schwach oder lebhaft afficirt ist“, befindet er, „je nachdem ist auch die demselben entsprechende Vorstellung der Seele angenehm oder unangenehm, schwach oder lebhaft“ (ders. loc. cit. ibid.). Sich körperlich leicht zu fühlen, erfreue den Menschen; das Gegenteil erzeuge in ihm Unlust und Trägheit; das Gefühl somatischer Schwäche deprimiere ihn. Die Erfahrung lehre, „daß kränkliche Körpergefühle, ein krankes Nervensystem, ... schlechte Verdauung u.s.w. unsere Seele ... sehr mistimmen ... und kranke Phantasien wecken, die Entstehung der Leidenschaften und Affekte begünstigen, und die Lust zu schweren Geistesarbeiten benehmen“ (ders. loc. cit., S. 169). Funktioniere der Organismus normal und arbeitete seine Sinne angemessen, dann sei der Betreffende gesund, das daraus erwachsende positive Gemeingefühl wiederum mache seine Seele froh.

Dem variablen Zustand des Allgemeinbefindens stellt VERING das Temperament als ein überdauerndes Merkmal gegenüber. Er nennt es „jenes Eigenthümliche in der Organisation des menschlichen Körpers, welches auf die Stärke ... der Empfindungen, und auf den Ausdruck der verschiedenen Seelengefühle Bezug nimmt ...“ (VERING 1817, S. 173), um dann kurz die vier klassischen Temperamente (das sanguinische, das cholericische, das phlegmatische und das melancholische) zu beschreiben. Es handele sich dabei um eine angeborene physische Disposition; Vernunft und freier Wille befähigten den Einzelnen jedoch, Gefühle und Neigungen, die ihr entsprängen, zu unterdrücken. Eine entsprechende (diätetische) Lebensweise versetze ihn zudem in die Lage, sein Nerven- und Muskelsystem derart „herauf- und herabzustimmen“, daß sein Grundtemperament jeweils schwächer oder stärker auf seine Seele wirke. Damit folgt VERING ganz offensichtlich der herkömmlichen medizinischen Denktradition, differenziert also im Gegensatz etwa zu ZÜCKERT (vgl. ZÜCKERT 1774), dessen Werk ihm durchaus bekannt war, nicht explizit zwischen einem somatischen und einem – davon weitgehend unabhängigen – psychischen Temperament.

4.7 Entwicklungspsychologie

Nach Maßgabe seines ganzheitlichen Ansatzes befaßt sich VERING noch mit

weiteren somatischen Determinanten des psychischen Lebens der Person, d.h. Einflüssen des Alters, der Geschlechtszugehörigkeit, der physischen Lebensordnung (Ernährung, Bewegung, Arzneimitteleinnahme), des Klimas, der Jahreszeiten und des Wetters. Dabei gibt er u.a. einen Überblick über die vorgeburtliche Entwicklung des Menschen und verfolgt dessen psychosoziale Potentiale vom Fötalstadium über die Neugeborenenperiode bis hin zum Greisenalter: Wir finden z.B. die motorischen Aktivitäten des Fötus in der zweiten Schwangerschaftshälfte, ihre Beeinflussbarkeit durch äußere Stimuli (z.B. das Auflegen einer kalten Hand auf den Bauch der Mutter), Leistungen des Neugeborenen und einzelne seiner „instinktmäßigen“ Aktivitäten (Saugen, „Nachahmungstrieb“ etc.) beschrieben.

VERINGS entwicklungspsychologischen, auf die gesamte Lebensspanne bezogenen Ansatz in Gänze wiederzugeben, würde hier zu weit führen. Unbedingt erwähnenswert erscheint uns jedoch, was er im Kontext der Involution des Menschen über das „Schicksal“ der Intelligenz ausführt: „Die intellektuellen Fähigkeiten nehmen im Alter eigentlich nicht ab. Das ständige Gefühl der anhaltenden Körperleiden, die Muthlosigkeit, die Schwäche der Sinne, das Dunkel der Empfindungen und die Schwäche des Imaginationsvermögens nehmen dem Geist die Lust zum anhaltenden Gebrauch seiner höheren Fähigkeiten, und erschweren die Anwendung derselben“ (VERING, loc. cit., S. 202). Freilich seien auch Fälle bekannt geworden, bei denen es ein solches (übliches) Absinken kognitiver Leistungen nicht gegeben habe. – Aus diesen Worten spricht der erfahrene Allgemeinarzt VERING, der psychischen Hemmnissen intellektueller Aktivitäten größeres Gewicht beimißt als solchen, die auf körperliche Abbauprozesse zurückzuführen sind. Gestützt auf persönliche Erfahrung glaubt er selbstbewußt offenbar, seine entwicklungspsychologischen Feststellungen (samt jener zur Physiologischen Psychologie der Sexualität) nicht durch die Angabe wissenschaftlicher Quellen stützen zu müssen; man vermißt hier beispielsweise einen Hinweis auf das Werk von Hermann Samuel REIMARUS (1694–1768) (vgl. ders. 1760).

4.8 Körperliche Inaktivität, Schlaf und Traum

VERINGS anthropologische Sicht scheint erneut auf, wenn er ausführlich die psychischen Wirkungen von Nahrungsmitteln, Arzneistoffen und Giften beschreibt. Wir wollen seine Aussagen dazu, die jene in der Pastoral-Medizin (VERING 1809) ergänzen, nicht wiedergeben; dagegen kurz auf seine Sicht der Bedeutung des Schlafes, des Traumes und körperlicher Inaktivität eingehen. Wörtlich sagt er (VERING 1817, S. 237) zu letzterer: „Wenn man dem Körper die zur Erhaltung einer festen Gesundheit so nöthige Bewegung entziehet...: so verlieren die Muskeln ihre Spannkraft und Energie; gewinnen die Empfindungen an Feinheit und Lebhaftigkeit, die sinnlichen Triebe werden mit grösserer Intensität regsam ... Wenn nun der Mensch bey einer solchen unthätigen Lebensweise die Verstandesbildung versäumet, so fällt er in Empfindelei, und ... die Träumerei einer zügellosen schwärmerischen Phantasie, wozu sich eine sonderbare Unbeständigkeit ... gesellet, die schon bey geringen Anlässen das Gemüth in Leidenschaft oder Affekt versetzen“. Eine weichlich-üppige Lebensweise mache, so sein Schluß, die Seele zum Sklaven des Körpers; eine die Weichlichkeit und die Wollust begleitende Selbstliebe ersticke bei dem Betreffenden das Pflichtgefühl gegenüber seinen Mitmenschen.

Müßiggang der beschriebenen Art grenzt VERING vom Schlaf ab, einem Phänomen, das er seiner Bedeutung wegen glaubt, ausführlich schildern zu müssen: Schlafend habe der Mensch kein Bewußtsein, als Ausfluß seiner Einbildungskraft stellten sich bei ihm jedoch (für wahr gehaltene) Träume und Phantasmen ein. Daß in diesem Zustand weder äußere Empfindungen noch höhere Seelentätigkeiten wirksam seien, verhelte ihr zu diesem außerordentlichen Einfluß (vgl. VERING loc. cit., S. 241). Den Trauminhalt bildeten u.a. Vorstellungen, mit denen der Schlafende im Wachzustand zuvor befaßt gewesen sei; hinzu kämen, einer besonderen Gehirnaktivität – etwa im Falle einer zerebralen Erkrankung – geschuldet, aktualisierte Gedächtnisspuren. Unbequeme Lage oder ein überfüllter Magen könnten angsterfüllte Träume mit sich bringen; die „Anhäufung der Samenfeuchtigkeit, oder

Schärfe derselben“ (ders. loc. cit., S. 242) bedinge „verliebte Träume“. Anders als METZGER (1790) hält unser Autor Träume für nichts Pathologisches – wissenschaftlich ein Fortschritt, den es zu vermerken gilt. Insofern er Tagesreste und somatische Reize zu Quellen ihres Inhaltes erklärt, nimmt er Themen vorweg, die dann zur Jahrhundertwende FREUD's „Traumdeutung“ (FREUD 1900) differenziert abhandeln sollte.

VERING hat, summarisch betrachtet, mit dem wiedergegebenen Passagen seiner „Psychischen Heilkunde“ eine Art Physiologischer Psychologie bzw. Psychophysiologie zu ärztlichen Zwecken vorgelegt, ergänzt um differenzierte entwicklungspsychologische Exkurse. Basis seiner damit gegebenen Allgemeinen Medizinischen Psychologie ist die Lehre von den Seelenvermögen. Was abzuhandeln nun noch aussteht, ist eine Synopsis seiner Medizinischen Psychologie im engeren Sinne, wie sie weiteren Teilen des zitierten Werkes ebenfalls zu entnehmen ist. Diesbezüglich sei im folgenden zunächst kurz berichtet, welchen Einfluß er somatischen Krankheiten auf die menschliche Psyche zuschreibt und auf der Grundlage dessen ein Abriss seiner Darstellung der „Psychischen Kurmethode“, wie er sie auch in ihrem Falle empfiehlt, angeschlossen.

5 Verings Medizinische Psychologie: Spezielles

5.1 Körperliche Krankheit und Psyche

Nach VERING ist jede körperliche Erkrankung – freilich abhängig von ihrem Grad und ihrer Dauer unterschiedlich stark – „mit gewissen Leiden und Unbequemlichkeiten verbunden, die ... geeignet sind, die Aufmerksamkeit der Seele zu fixiren, und dieselbe in Unmuth und Unlust zu versetzen“ (ders. 1817, S. 282). Hinzu kämen für die jeweilige Krankheit spezifische „Seelenveränderungen“, welche entweder das Empfindungsvermögen, das Imaginationsvermögen, die intellektuellen Kräfte, das „Gemüth“ (die Emotionen also) und das Begehungsvermögen oder mehrere dieser „Seelenfähigkeiten“ betreffen. Der einer somatischen Störung „annexe Seelenzustand“ entspringe entweder einer regelwidrigen Tätigkeit des Gehirns und der Nerven oder einer patholo-

gischen Modifikation des Gemeingefühls.

Näherhin befaßt er sich u.a. mit der „psychischen Signatur“ der Hypochondrie und der Hysterie, der Epilepsie, des Apoplektischen Insults, einzelner fieberhafter Erkrankungen (Nervenfieber, Typhus etc.) sowie bestimmter chronischer Leiden, etwa der Gicht, ohne dabei – durchaus verständlich – jeweils genau die Symptome dieser Krankheiten von ihren psychischen Auswirkungen zu unterscheiden.

Sein Aufriß seelischer Begleiterscheinungen fieberhafter Gesundheitsstörungen referiert im wesentlichen die Zeichen der Exogenen Psychosen. Die ihm zugrundeliegende Nosologie ist dem heutigen Leser allerdings nur schwer nachvollziehbar, weshalb die entsprechenden Passagen hier beiseite bleiben sollen.

Eine besondere Empfindlichkeit des Nervensystems, Wechselhaftigkeit der Stimmung, eine ausgeprägte Neigung zu Leidenschaften und Affekten sowie übertriebene einander widersprechende Vorstellungen hinsichtlich Art und Gefährlichkeit ihrer Krankheit kennzeichnen, so VERING, Personen, die an Hypochondrie und Hysterie leiden. Entsprechende Anwandlungen könnten schon aus geringfügigen Anlässen, z.B. unangenehmen Gemütsbewegungen, resultieren; sie gingen mit Herzklopfen sowie Atembeschwerden einher, die in ihnen wiederum das Gefühl völliger körperlicher Erschöpfung und „eine große körperliche Beängstigung, welcher mit Blitzesschnelle eine noch größere Seelenangst auf dem Fuße folget“ (VERING loc.cit., S. 288) hervorriefen.

An Vorboten des Gichtanfalls nennt VERING gestörte Verdauung und Flatulenz, präkordialen Druck, Unbehaglichkeit und Mattigkeit. Bei Ausbruch des Leidens stelle sich der typische Zehenschmerz ein, begleitet von außerordentlicher Empfindlichkeit des gesamten Nervensystems sowie quälender Unruhe; die daraus folgende große „Gemütsreizbarkeit“ begünstige Affektausbrüche schon aus nichtigem Anlaß.

Die Psychologie des körperlichen Schmerzes behandelt VERING wider Erwarten eher beiläufig. Nur mäßig ausgeprägt könne er, erfahren wir immerhin, die „Aufmerksamkeit der Seele“ derart fesseln, „daß diese für jede andere sowohl physische als moralische Impression mehr oder weniger unzugänglich blei-

bet, und zu keiner Geistesverrichtung aufgelegt ist“ (VERING loc. cit., S. 294). In höchster Ausprägung verdränge der Schmerz alle anderen Vorstellungen und mache regelmäßig jedes Bemühen der Vernunft, dem Betreffenden zu Geduld zu verhelfen, machtlos, ja bringe ihn eventuell gar zur Verzweiflung. – Hat unser Autor hier an die Trigemini-Neuralgie gedacht, die ihr „Opfer“ bekanntlich bis zur Suizidalität peinigern kann?

VERING'S „Psychische Heilkunde“ enthält kein umfassend angelegtes Kapitel zur Psychologie des körperlich Kranken; differenzierte Aussagen dazu durchwirken aber, die angeführten Beispiele zeigen es, das gesamte Werk. Das darin vom Menschen in seiner Krankheit gezeichnete Bild, sei dies bei Vorliegen eines schweren oder unheilbaren Leidens oder vor und nach einem operativen Eingriff, läßt sich gut anhand einzelner Passagen aus seiner Pastoral-Medizin ergänzen. Insofern dort nicht zuletzt die Schwierigkeiten vieler Patienten angesprochen werden, sich therapietreu zu verhalten (vgl. VERING 1809, S. 131 ff), wird offenbar, daß er über reicher ärztlicher Erfahrung entstammende Vorstellungen vom psychischen Leben einer somatisch kranken Person verfügte.

5.2 Psychische Kurmethoden: Allgemeines

VERING hat, soweit wir sehen, den Begriff „Medizinische Psychologie“ nicht gebraucht. Gleichwohl enthält der erste Band seines Lehrtextes (VERING 1817) breitgefächert quasi die theoretischen Grundlagen eines so zu bezeichnenden Faches. Der erste Teil seines zweiten Bandes (VERING 1818a) stellt, ganz auf die ärztliche Praxis ausgerichtet, eine Art Kompendium der speziellen Medizinischen Psychologie dar. Er gilt wesentlich der Psychotherapie somatisch Kranker. Zur Einleitung findet der Leser dort aber auch die Eigenschaften und Verhaltensweisen des guten Arztes beschrieben (ders. loc. cit., S. 13 ff.), ferner – seinerzeit gewiß ein Novum, für uns indes eine Selbstverständlichkeit – die „Anwendung der psychischen Heilmethode bey chirurgischen Vorfällen“ (loc. cit., S. 226 ff.) sowie – sozusagen der Kulminationspunkt – „Psychische Vorschriften bey chirurgischen Operationen“ (ders. loc. cit., S. 247).

Als Kenner der Medizingeschichte vermerkt VERING zu Recht, daß man eigentlich erst im 18. Jahrhundert begonnen habe, „den Einfluß der Seele auf den Körper bey der ... Therapie mit grösserem Nachdrucke und Scharfsinn zu beachten“ (ders. loc. cit., S. 4). Allerdings hätten die Verfasser entsprechender Schriften (u.a. BOLTEN 1751, SCHEIDEMANTEL 1787, WELTZIEN 1789, LENHOSSEK 1804) primär darauf abgehoben, den Arzt davon zu überzeugen, daß sein Heilerfolg nicht bloß von den seinerseits angewandten materiellen Heilmitteln, „sondern auch von der weisen Anwendung der unwiderstehlichen Macht, welche die Seele sowohl auf den gesunden als auch auf den kranken Organismus ausübet, abhängt“ (VERING 1818a, S. 5). Ihn anzuleiten, eben davon richtig Gebrauch zu machen, hätten sie dagegen unterlassen, ein Defizit, das schon HERZ (1791) und REIL (1803) negativ aufgefallen sei. Der Rezensent einer Preisschrift Falconers (gemeint ist der anonyme Verfasser ihrer Würdigung in der Salzburger medicinisch-chirurgischen Zeitung des Jahres 1790) habe sogar explizit ein brauchbares „*pathologisch-therapeutisches Lehrgebäude*“ (eine anwendungsorientierte Pathematologie also wohl; Anm. d. Verf.) gefordert.

Um dem beschriebenen Mangel abzuwehren, formuliert VERING selbst nun – explizit nach Maßgabe vorliegender wissenschaftlicher Beobachtungen und ärztlicher Erfahrungen – folgende „Grundwahrheiten“ einer solchen Konzeption:

Allgemein- und Organerkrankungen sind häufig, direkt oder indirekt, psychisch bedingt. Wirken die entsprechenden Einflüsse weiter, so halten sie die vorliegende Störung aufrecht. Eine Reihe zumal gravierend oder chronisch verlaufender Krankheiten führt bei den betreffenden Patienten zu negativen gefühlsmäßigen Affektionen, sei es Furcht vor einem ungünstigen Ausgang derselben, Niedergeschlagenheit oder Ungeduld. Manche somatische Leiden können durch – unwillkürliche oder willkürliche – psychische Einwirkungen auf den Körper geheilt werden: Geduld, Vertrauen in den Arzt und dessen Heilmittel, ferner die Hoffnung, bald zu genesen, sowie innere Ruhe sind solche Einflußgrößen. Der Arzt soll bei allen leiblichen Störungen sein besonderes Augenmerk auf die Psyche des jeweili-

gen Kranken richten (vgl. VERING 1818a, S. 6 ff.).

Aus diesen z.T. höchst modern wirkenden Postulaten leitet er die Forderung ab, eine entsprechende psychische Therapie (näheres s. unten) müsse sich, angepaßt an das jeweilige Individuum und orientiert an den psychischen „Potenzen“, welche sein Leiden bedingten oder aufrecht erhielten, kausal wirkender seelischer Mittel bedienen.

Wenn VERING behauptet, der (ärztlichen) Empirie seien allgemeine Prinzipien zu entnehmen, die vor der Anwendung solcher spezieller psychischer Heilmethoden zu berücksichtigen seien, dann formuliert er zugleich eine Psychologie des (guten) Arztes bzw. des ärztlichen Medizinischen Psychologen.

5.3 Zur Psychologie des guten Arztes

Ausgangspunkt seiner Argumentation sind folgende Thesen: „Der Kranke verlangt von seinem Arzte Trost und Wiedergenesung, und wenn er die Ueberzeugung hat, daß diese nicht zu erreichen ist, Linderung seiner Leiden. Der Arzt verlangt von seinem Kranken unbedingtes Zutrauen und treue Befolgung seiner Vorschriften“ (VERING loc. cit., S. 12). Entspreche das Verhalten des einen der beiden Interaktionspartner den Wünschen des je anderen, könne der Behandler, Heilbarkeit des vorliegenden Leidens und Einsatz des richtigen Heilverfahrens vorausgesetzt, mit einem Therapieerfolg rechnen. Mißtraue der Kranke jedoch den Kenntnissen seines Arztes oder mißfalle ihm dessen Betragen, dann werde er furchtsam oder ärgerlich und folge nur unvollständig den ärztlichen Anordnungen; auch stellten sich bei ihm Unruhe und Trübsinn ein. All das wiederum erschwere den Heilerfolg, wenn er ihn nicht gar vereitele. – Diesem erfreulich symmetrischen Modell der Arzt-Patient-Beziehung, das sich auf die Aussagen so mancher Zeitgenossen VERINGs stützen kann (vgl. BRAND 1977), ist aus heutiger Sicht nur wenig hinzuzufügen; es enthält zudem bereits eine gute Erklärung der mangelnden Kooperativität einzelner Patienten.

Die Eigenschaften, über die der Arzt verfügen müsse, um das Vertrauen des Patienten zu gewinnen, beschränken sich nach VERING nicht auf theoretische Kenntnisse und praktische Fertigkeiten, sondern schließen seine äußere Erschei-

nung und sein „moralisches“ Verhalten ein:

Das Aussehen des Arztes dürfe beim Kranken weder Widerwillen noch Abscheu erregen. Er müsse ferner über eine gesunde Körperkonstitution verfügen. Seine Augen und seine Gesichtszüge sollten Milde und Wohlwollen, aber auch Kraft und Würde ausstrahlen – „Balsam für den gebeugten und geängstigten Kranken“ (ders. loc. cit., S. 14). Ein Mann mit einem derartigen Äußeren sei zum Arzt geboren; erwecke er doch in seinem Gegenüber Zuneigung, Zutrauen und Glauben. Darauf angewiesen, durch seine Erscheinung den Patienten zu einer günstigen Meinung über ihn zu bringen, komme er ferner nicht umhin, auf seine Kleidung zu achten, ohne allerdings „das Spiel jeder Mode“ mitzumachen.

Unter den moralischen (d.h. psychischen) Attributen eines guten Arztes nennt VERING Herzensgüte die „liebenswerteste“ Eigenschaft, um fortzufahren: „Diese ... nöthiget gleichsam den Arzt, einem jeden Kranken, ohne Unterschied des Standes und des Vermögens, die thätigste Hülfe zu leisten“ (ders. loc. cit., S. 18). Zu große Weichheit des Gemüts und allzu tiefes Mitleid würden allerdings seine Handlungsfähigkeit verringern. Die „unangenehmen und mühseligen Verhältnisse“ des ärztlichen Berufes forderten seitens ihrer Vertreter nicht zuletzt Geduld und Langmut; zudem gebe es wohl keine Tätigkeit, bei der mehr Geistesgegenwart und Geistesstärke vonnöten seien als jene des Arztes. Verschwiegenheit seinerseits sei ebenfalls unbedingt zu fordern. – Der vorstehende, in offensichtlich guter Kenntnis des einschlägigen Schrifttums (vgl. BRAND 1977) erstellte Kanon wünschenswerter Qualifikationen ließe sich aus heutiger Sicht zwar leicht erweitern (vgl. HUPPMANN & WILKER 1988), wichtige Facetten vom Bilde des guten Arztes hat VERING aber gewiß bereits benannt; einige weitere sind seinen nachstehend referierten Vorgaben zum Anamnese-Gespräch des Arztes mit einem Patienten zu entnehmen.

5.4 Verhalten des Arztes am Krankenbett

Die Regeln, die VERING dem Leser, welcher am Kranken erfolgreich tätig sein wolle, an die Hand gibt, sind ein Lehr-

stück der Anamnese. Wie lauten sie? – Vor einem Krankenbesuch möge der Behandler sich zunächst selbst in ruhige und ernste Stimmung versetzen; während des Kontaktes mit dem Patienten müsse sein Bemühen dann darauf gerichtet sein, ihn freundlich anzusprechen und ruhig ohne Unterbrechung seine Klagen anzuhören. Gebe der Bericht des Kranken Hinweise auf eine schlechte Prognose seines Leidens, dürfte der Arzt ihm weder mimisch noch gestisch die Bedenklichkeit des Zustandes „verraten“, wohl wissend, daß er ständig bemüht sei, aus solchen Zeichen das ärztliche Urteil über die vorliegende Krankheit zu erschließen. Angesichts der Ungewißheit seines Schicksals befehle so manchen Kranken während der ärztlichen Untersuchung Furcht oder Unruhe; er warte bange auf eine Äußerung des Arztes. Dieser sei zunächst unbedingt gehalten, die erhobene Anamnese dem Patienten zu referieren; das kläre einerseits sein eigenes Bild der Krankheit, und gebe ihm andererseits die Möglichkeit, sich durch den Kranken in seinem Eindruck davon korrigieren lassen. Ein solches Vorgehen führe den Betreffenden zudem zu der Ansicht, er werde sorgfältig und engagiert betreut. Abschließend solle der Arzt ihn stets kurz, aber trostreich über Sitz und Natur seines Leidens informieren (hierbei dürfe keine Frage des Kranken unbeantwortet bleiben, es sei denn sie wäre unbescheiden); derart aufgeklärt zu werden sei ebenso angenehm wie beruhigend. – Wir finden hier bereits einen großen Teil jener Anforderungen formuliert, die heute aus medizinpsychologischer Sicht an das ärztliche Erstgespräch mit einem Patienten zu stellen sind; dies speziell in Anbetracht dessen, daß damit bereits seiner Therapietreue der Weg gebahnt werden soll (vgl. z.B. HUPPMANN & SILBERNAGEL 1991).

Ein sprechendes Beispiel der psychosozialen Kompetenz VERINGS ist sein Rat an den Behandler, sich, nachdem er seine Anordnungen getroffen habe, nicht sofort vom Kranken zu entfernen, vielmehr zumindest einige Minuten darauf zu verwenden, durch tröstliche Worte dessen Geduld und Hoffnung auf Wiedergenesung zu stärken. Jedes Gespräch, das die Aufmerksamkeit eines Leidenden von seiner Lage abzöge und seine Phantasien in angenehme Bahnen lenke, sei ihm willkommen – und von Nutzen. „Nie

scheide der Arzt vom Kranken“, gemahnt VERING seine Kollegenschaft, „ohne bey demselben eine heilsame Gemüthsstimmung bewirkt, oder zur Erweckung derselben das Seinige beygetragen zu haben“ (VERING 1818a, S. 32). Beleg eines umfassenden Verständnisses von Ärztlicher Psychologie ist sein Eintreten dafür, die Angehörigen des betreffenden Patienten in das Gespräch einzu beziehen: Liege eine Erkrankung vor, die eine längerdauernde Therapie erforderlich mache, solle der Arzt auch sie entsprechend instruieren, damit sie dem erkrankten Familienmitglied helfen, nicht die Geduld zu verlieren.

5.5 Zum ärztlichen Umgang mit unheilbar Kranken

Noch bis vor wenigen Jahren wäre die Ärzteschaft sicher folgendem Monitum unseres Autors gefolgt: „Ist die Krankheit wirklich unheilbar, so muß man dem Kranken die Unheilbarkeit seines Uebels gänzlich verschweigen, um denselben vor einer fürchterlichen Seelenqual zu verwalten, die sein Ende beschleunigen, oder ihn in Verzweiflung stürzen kann“ (VERING loc. cit., S. 28). Sie hätten sich gleich ihm gewiß auch dafür ausgesprochen, anstelle des Patienten seine nächsten Angehörigen über den Ernst seiner Lage zu informieren, ihnen aber gleichzeitig abzuverlangen, sie ihm selbst nicht zu eröffnen. – Ausweislich vorliegender empirischen Studien vertritt derzeit die überwiegende Zahl hiezulande klinisch-praktisch tätiger Ärzte im Unterschied zu VERING die Ansicht, einem unheilbar (Krebs-)Kranken müsse Gelegenheit gegeben werden, die Diagnose seines Leidens zu erfahren (vgl. KREMB 1993). Als dabei zielführende patientenzentrierte Vorgehensweise sollte ihnen eine Offene Kommunikation mit ihm vorschweben (vgl. KOCH & SCHMELING 1982). VERINGS Forderung, einem infaust Kranken dürfe man niemals die Hoffnung nehmen, wiederhergestellt zu werden, stimmen sie allerdings zweifellos zu. Dagegen hindert sie die geltende Rechtslage daran, Angehörige des Betreffenden ohne Rücksprache mit diesem über seinen Zustand in Kenntnis zu setzen; zu verfahren, wie es VERING vorschlägt, widerspräche dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten.

Sterbenden beizustehen zählt mittlerweile unbestritten zu den ärztlichen Pflichten. Anfangs des vorigen Jahrhunderts war diesbezüglich die Meinung unter der Ärzteschaft immer noch geteilt (vgl. BRAND 1977). VERING fühlt sich daher veranlaßt, die „üble Gewohnheit“ mancher seiner Kollegen zu tadeln, unheilbar Kranke zu vernachlässigen oder überhaupt nicht zu betreuen. Sie verstießen damit gegen die „Menschenliebe“ und das ärztliche Ethos zugleich (vgl. VERING loc. cit., S. 29). Der Zweck der Medizin beschränke sich ja nicht darauf, heilbare Krankheiten zu heilen, ihre Aufgabe sei ebenso, das Leiden unheilbar Kranker zu lindern; folglich müsse der Arzt darauf bedacht sein, die quälenden Beschwerden eines Patienten möglichst zu mildern und ihn zugleich psychisch zu stärken. Sein Standpunkt gleicht letztlich dem REILS (vgl. REIL 1816; vgl. HUPPMANN 1997a) und kommt den für uns gültigen „Richtlinien für die Sterbehilfe“ der Bundesärztekammer (Bundesärztekammer 1979) bereits sehr nahe.

5.6 Zur psychischen Kurmethode bei körperlichen Krankheiten

Angesichts seiner differenzierten Kenntnis des Verhaltens und Erlebens kranker Menschen erstaunt es nicht, daß VERING den Einsatz psychischer Heilmittel auch in der Somatischen Medizin propagiert. Ganz allgemein empfiehlt er jedem Behandler, sein Vorgehen jeweils an der Art der vorliegenden Erkrankung auszurichten und bei der Wahl seiner speziellen Verfahrensweisen den Zustand der betreffenden Person vor und während ihrer Krankheit, ihre Gemütsart und „Moralität“, ihr Alter, ihr Geschlecht und ihr Temperament sowie ihren Stand und ihre „Geisteskultur“ zu berücksichtigen (vgl. VERING 1818a, S. 40 ff.). Bedarf es eines weiteren Belegs der wahrhaft patientenzentrierten ärztlichen Einstellung dieses Autors?

VERING unterscheidet drei Klassen seelischer Mittel, die gegen somatische Erkrankungen einzusetzen seien: Solche, die, da mehr oder weniger immer anwendbar, als allgemeine psychische Lebensordnung bezeichnet werden könnten und die Wirksamkeit materieller Mittel beförderten; ferner all jene, „welche eine Veränderung des vorhandenen Seelenzustandes bezwecken, insoweit dieser mit

der Krankheit ... in ursächlicher Verbindung steht“ (VERING loc. cit., S. 47); so dann die, von denen zu erwarten ist, daß sie die bestehende Krankheit oder einzelne Phänomene auf spezifische Weise beiseitigen (vgl. ders. loc. cit., S. 47).

Der ersten Kategorie werden z.B. Schonung und Ruhe, Vertrauen in den Arzt, Hoffnung und Geduld subsumiert; der zweiten „Zerstreuung der Phantasie und des Gemüthes“, d.h. Besuch von Personen, die der Patient gerne mag, sowie Spiele, Musik, Theatergänge und Reisen, zugeschlagen; zu der dritten der gezielte Einsatz von Imaginationen, Emotionen und Willensakten gezählt (vgl. VERING loc. cit., S. 60 ff).

Unter Rekurs auf die weiter oben genannten allgemeinen Regeln und seine Einteilung der psychischen Kurmittel beschreibt VERING jeweils die konkrete „psychische Heilart“ u.a. bei Fieberkrankheiten (Nervenfieber, fieberhafte Delirien etc.), Krankheiten der Nerven (Epilepsie, Apoplex), Erkrankungen der Blutgefäße (Hämorrhoiden), des Drüsen-systems (Arthritis, Krebs), des Herzens, der Lunge und der Eingeweide. Hier – exemplarisch – eine Skizze seiner (psycho)therapeutischen Empfehlungen im Falle eines apoplektischen Insult, einer Krebskrankheit und eines Herzleidens:

VERING sieht im Schlaganfall eine somatische Störung, die häufig einem unangenehmen oder angenehmen Affekt, d.h. Schreck, großer Betrübnis, Zorn bzw. Freude beispielsweise, geschuldet sei. Ein Koma des betreffenden Patienten mache es zunächst unmöglich, auf psychischem Wege zu intervenieren. Sobald er aber das Bewußtsein wiedererlangt habe, müsse man ihn vor massiven Sinnesreizen schützen bzw. vor heftigen Gemütsbewegungen bewahren; auch solle ihm der wahre Charakter seiner Krankheit nicht mitgeteilt werden.

„Anhaltende, niederschlagende Gemüthsleiden“ nennt VERING die wesentlichen Gelegenheitsursachen eines Krebsleidens, jener Krankheit, die seiner Erfahrung nach vom Menschen mit am meisten gefürchtet werde. Die Angst davor sei derart weit verbreitet, „daß auch der roheste Mensch in ... Besorgniß fällt, wenn er an irgendeinem Theile seines Körpers einen harten Knoten bemerkt. Fängt derselbe an zu wachsen und zu schmerzen, oder verwandelt sich die Geschwulst in ein ... fressendes Geschwür; so daß die bösertige Natur des Uebels

sich nicht mehr bezweifeln läßt: ... ist der Zustand des Patienten in doppelter Hinsicht bedauernswürdig. Außer den wirklich martervollen körperlichen Leiden, welche der Krankheit annex sind, foltern ihn ... weit schrecklichere Seelenleiden“ (VERING 1818a, S. 178). Der durch die Vorstellung, sie sei unheilbar und werde ihm ein qualvolles Sterben bereiten, ausgelöste Kummer verschlimmere seinen Zustand. Unter Rekurs darauf stellt VERING folgende psychische „Kurregeln“ auf: Man dürfe den Krebskranken keinesfalls über seine Lage aufklären; Gebot der Stunde sei vielmehr, ihm ärztlicherseits die Hoffnung zu vermitteln, er werde genesen. Würden „schwächende Gemüthsbewegungen“, etwa heftiger Schreck, als Ursache des Leidens ausgemacht, gelte es, den Seelenzustand des Patienten positiv zu verändern. Da Frohsinn und Sorglosigkeit die bestehenden Verhärtungen höchst wirksam „zertheilen“ könnten, habe der Behandler alles daran zu setzen, ihn langfristig in eine solche Befindlichkeit zu versetzen (vgl. ders. loc. cit., S. 179).

Herzkrankheiten sieht VERING ganz allgemein „mit einer außerordentlichen Körperangst ... verbunden“ (ders. loc. cit., S. 193), welche den jeweiligen Patienten in tiefe Schwermut und große Unruhe stürze. Ärztlicherseits müsse man ihm nun, um sein Herz zu schonen, zu emotionaler Ruhe verhelfen, d.h. ihn davor bewahren, in Affekte oder Leidenschaften zu geraten. Der angstvoll niedergedrückte Zustand des Kranken verpflichte den Arzt, ihn zu trösten und auf jede nur mögliche Weise mit Hoffnung zu erfüllen; da sein Leiden durch Einsamkeit verstärkt werde, dürfe er nie allein gelassen werden.

VERINGS mit zahlreichen Kasuistiken untermauerte Ratschläge mögen uns Heutigen z. T. ebenso rührend wie bemüht und hilflos vorkommen. Wir sollten sie jedoch mit Respekt zur Kenntnis nehmen, eingedenk dessen, daß die damalige Ärzteschaft nur über eine kleine Zahl an Medikamenten, noch dazu geringerer Wirksamkeit, verfügte und deshalb auf die heilsame Wirkung der beschriebenen (unserers Erachtens bestenfalls auxiliären) Interventionen setzen mußte. VERING war sich übrigens durchaus der Schwierigkeit bewußt, die einer psychischen Kur körperlich Kranker entgegenstünden; er verweist z.B. wörtlich auf

HERZ' Feststellung (vgl. HERZ 1791), daß „moralische“ Mittel im Gegensatz zu den physischen nicht gezielt zu dosieren seien (vgl. VERING loc. cit., S. 44). Zweifelsfrei habe es, wie im Schrifttum berichtet, Heilungen vermittels bestimmter „Seelenaffectionen“ gegeben, doch seien sie fast immer nicht das Produkt intentionalen ärztlichen Handelns, sondern das bloßen Zufalls gewesen. Neben der psychologischen Qualität seiner Therapievorschläge verdient deren außerordentliche Humanität vermerkt zu werden. Manche der klinischen Beobachtungen VERINGS, auf denen sie fußen – man denke nur an die Angst des Herzkranken –, hat im übrigen weiterhin Bestand, und die Diskussion über den Zusammenhang zwischen langjähriger depressiver Verstimmung und dem späteren Auftreten eines Karzinoms ist aktuell geblieben.

5.7 Zur psychischen Kurmethode im chirurgischen Hospital

Wiederum eine höchst einfühlsame Haltung legt VERING an den Tag, wenn er sich dafür ausspricht, die seelische Heilmethode im Falle „chirurgischer Vorfälle“, d.h. bei Verwundeten sowie vor und nach chirurgischen Eingriffen ebenfalls anzuwenden.

Die seelische Verfassung eines hospitalisierten Kranken dürfe seines Erachtens niemals außeracht gelassen werden. Zum Beispiel solle der Arzt stets nach dem Seelenzustand fragen, in dem sich der Betreffende im Moment des Traumas befunden habe, zugleich aber sein Augenmerk auf das gegenwärtige Befinden desselben richten. Geistige und emotionale Ruhe sei ein notwendiges Requisite der Wundheilung, speziell dann, wenn „edle Theile“ verletzt seien. Zeige das Allgemeinbefinden des Kranken oder der Zustand seiner Wunde eine unerklärliche Veränderung, solle der Behandler nach einem Gemütsaffekt oder einem „geheimen Seelenleiden“ als möglichem Auslöser dessen forschen.

Besonderes Interesse gebührt aus VERINGS Sicht den verwundeten Soldaten, welche die Feldspitäler füllten: Ihre traurige, schmerzvolle Lage, führt er aus, „der Anblick des Elends und Jammers ihrer Mitkameraden, das Gewinsel der Sterbenden, der Gedanke an ihr künftiges Schicksal, die Erinnerung an ... die Angehörigen und Freunde ... bestürmen

vielfach die gebeugte Seele“ (VERING loc. cit., S. 238). An Schwermut grenzende Verzweiflung sei die Folge, dadurch werde ihr Zustand erfahrungsgemäß verschlimmert und ihre Rekonvaleszenz behindert, wenn nicht aussichtslos gemacht. Das Mittel der Wahl, ihrer so ungünstigen Gemütslage zu begegnen, besteht seines Erachtens in einem „milden, liebevollen und väterlichen Betragen der oberen Spitalärzte und ... einer schonenden, liebevollen und sorgfältigen Behandlung von Seiten der Wärter“ (ders. loc. cit., S. 238). – Soweit wir sehen, hatte bis dato kein Text aus dem Bereich der Medizinischen Psychologie die Rolle des Pflegepersonals auf diese Weise thematisiert.

Nicht weniger eingängig wirkt, wie VERING das perioperative Erleben chirurgischer Patienten schildert: Ihre Furcht angesichts der bevorstehenden Schmerzen, ihre Appetit- und Schlaflosigkeit – Symptome, die mit dem Nahen des Operationszeitpunktes an Stärke zunähmen. Seine Erfahrung habe ihn gelehrt, läßt er den Leser an gleicher Stelle wissen, „daß der glückliche Erfolg wichtiger Operationen oft einzig von dem Gemütszustande des Patienten vor der Operation abhängt. Heftiges Fieber, Nervenzufälle, Blutungen und Brand ... sind die Folgen, welche ... bey solchen Subjekten häufig beobachtet sind (sic!), deren Gemüth vor der Operation von einer ausserordentlichen Angst und Unruhe erschüttert war“ (VERING 1818a, S. 250). – Die zitierte Passage erinnert an moderne sozialwissenschaftliche Untersuchungen, denen zufolge hohe präoperative Angst die Wahrscheinlichkeit postoperativer Komplikationen erhöht (vgl. dazu SCHMIDT 1984).

VERING fordert, einen wichtigen Eingriff nur mit Einwilligung des betreffenden Patienten durchzuführen, diesem wiederum ihren Termin möglichst spät mitzuteilen und dabei „mit liebevoller Theilnahme“ vorzugehen; daran erkenne der Kranke nämlich die Sorge, die man um ihn hege. Wolle der Behandler eine Person zu einer Operation „überreden“, müsse er insbesondere ihre „Verhältnisse“ (Stand und Bildung) sowie ihr Temperament und ihre Wesensart berücksichtigen. Menschenkenntnis, fachliches Wissen und eine den Patienten überzeugende Begründung des Eingriffs ließen ihn dann den Patienten dazu gewinnen. Das beschriebene Vorgehen mindere zwar die Furcht des Kranken vor dem Geschehen, nichtsdestoweniger ziehe die

Angst, welche die Mitteilung bei ihm auslöse, er müsse operiert werden, regelmäßig eine tiefe Betrübnis nach sich, die mit Weinen und Wehklagen seinerseits einhergingen (was freilich erleichternd wirke). Um mögliche nachteilige Folgen einer derartigen „Gemüthserschütterung“ zu wehren, empfehle es sich, ihm Opium oder einiger Gläser Wein zu verordnen. Habe der Kranke dem Eingriff zugestimmt, müsse im übrigen möglichst rasch gehandelt werden.

Wie VERING sich den Umgang des Operateurs mit dem Patienten während des operativen Geschehens vorstellt, zeigt die nachstehende Empfehlung: „Wenn nun der Wundarzt zur Operation schreitet, so nahe er sich mit Freundlichkeit und Herzlichkeit dem Kranken; er vermeide alle unnöthigen und Schrecken erregenden Förmlichkeiten, er verrichte sein Geschäft mit Ruhe und möglichster Schonung. Er vergesse nie, daß eben die Kunst, welche dem Kranken Hülfe bringen soll, demselben große Leiden verursacht“ (VERING 1818a, S. 254), geschweige denn ihm – eine zentrale Anästhesie war seinerzeit noch nicht möglich – Vorwürfe zu machen, wenn er laut jammere (was ja seine Schmerzen lindere), er solle ihn vielmehr trösten. Ansonsten würden, meint VERING, die Regeln gelten, welche er bezüglich des Umgangs mit Verwundeten formuliert habe, nicht ohne allerdings zu vermerken, wie oft in den Krankenhäusern dagegen verstoßen werde, „weil man dort gewöhnlich den Kranken als eine bloße Maschine behandelt“ (ders. loc. cit., S. 258). Ja, er ist davon überzeugt, daß im Spital durchgeführte Eingriffe nicht selten unglücklich endeten, da man diese Vorschriften nicht eingehalten habe.

VERING ermahnt den Wundarzt, sich auch postoperativ um das psychische Befinden des jeweiligen Patienten zu kümmern. Gleichsam um die Notwendigkeit dessen zu belegen, schildert er eindringlich die Trauer desjenigen, dem ein wichtiger Körperteil genommen wurde, seine Kümmernis, zum Krüppel geworden, nun nicht mehr für seine Familie sorgen zu können. Aufgabe des Behandlers sei, den Patienten zu trösten und zu beruhigen, seine Anteilnahme und „liebreiche Sorgfalt“ würden diesem die Lage sehr erleichtern. Daß operierte Kranke regelmäßig ihre Bekümmernisse nicht zum Ausdruck brächten, schade ihnen körperlich

sehr. Ärztlicherseits müsse man deshalb ein wachsames Auge auf Frischoperierte haben; um in Erfahrung zu bringen, inwieweit ein „geheimer Kummer“ auf ihnen laste. – VERING untermauert seine Aussagen mit zahlreichen Kasuistiken aus der einschlägigen Literatur. Daß er selbst über operative Erfahrungen verfügte, ist angesichts der Breite damaliger ärztlicher Tätigkeit einerseits und der plastischen Schilderungen, die er gibt, andererseits anzunehmen.

6 Fazit

VERING war ein hinsichtlich des Schrifttums der „Psychischen Heilkunde“ bestens belehener Allgemeinarzt und, zieht man die von ihm mitgeteilten Kasuistiken (VERING 1820, 1822) in Betracht, wohl auch ein kompetenter „Seelenarzt“. Im Rahmen seines gleichnamigen Hauptwerkes hat er ohne das selbst explizit zu vermerken, eine differenzierte Medizinische Psychologie entwickelt. Gleichmaßen Verhalten und Erleben des Patienten, die Psychologie des Arztes sowie wichtige Aspekte ihrer beider Beziehung ansprechend, ist sie bereits umfassend angelegt (vgl. HUPPMANN 1992b). Ihre Grundlagen sind die Lehre von den „Seelenvermögen“ und eine interaktionistische Sicht des Leib-Seele-Verhältnisses. v. FEUCHTERSLEBENS späteres Konzept der ärztlichen Seelenkunde (v. FEUCHTERSLEBEN 1845) ist ohne die Vorbereitung VERINGs nicht zu denken; dessen Ansatz wiederum fußt ganz wesentlich auf Vorleistungen REILS.

Alle drei Autoren haben die Medizinische Psychologie (resp. ihr Äquivalent) als einen integralen Bestandteil der „Seelenheilkunde“ betrachtet. Ganz mit dem Fach „Psychiatrie“ identifiziert, sind sie später hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Frühzeit der erstgenannten Disziplin weithin in Vergessenheit geraten, nicht nur historisch bedauerlich, sondern sachlich höchst ungerecht.

VERINGs besonderes Verdienst um die Medizinische Psychologie besteht darin, auch das psychische Leben des Verwundeten bzw. des hospitalisierten Patienten thematisiert zu haben. Nicht zuletzt hat er REILS Eintreten für eine einfühlsame ärztliche Betreuung Sterbender bekräftigt. Gleich ihm sah er sich in der pathematologischen Tradition von BOLTEN, HERZ und SCHEIDEMANTEL stehen; eini-

ge Arbeiten METZGERS hat er ebenfalls rezipiert. Ihrer aller Gedanken aufzunehmen und fortzuentwickeln, war ihm ganz offensichtlich ein Anliegen, diesem ist er überzeugend gerecht geworden. Uns sollte sein Werk gemahnen, die geschichtliche Entwicklung der Medizinischen Psychologie nicht gering zu achten, in dem Bewußtsein auch, daß ihre frühen Vertreter bereits Bemerkenswertes geleistet und zum Teil noch heute gültige Aussagen getroffen haben.

Literaturverzeichnis

- AHR, R. & HUPPMANN, G. (1992). Zur Medizinischen Psychologie Erich Sterns (1889–1959). In G. HUPPMANN & S. FISCHBECK (Hrsg.), *Psychologie in der Medizin* (S. 163). Würzburg: Königshausen & Neumann.
- ANGST, A. E. (1976). *Die ersten psychiatrischen Zeitschriften in Deutschland*. Med. Dissertation. Würzburg.
- ANONYMUS. (1822). VERING, psychische Heilkunde und Zeitschrift für psychische Ärzte (Rezension). In *Hermes oder Kritisches Jahrbuch der Literatur* (3. Stück, S. 94–127).
- BOLTEN, J. CHR. (1751). *Gedanken von psychologischen Curen*. Halle: Hemmerde.
- BRAND, U. (1977). *Ärztliche Ethik im 19. Jahrhundert*. Freiburger Forschungen zur Medizingeschichte, Neue Folge, Band 5. Freiburg: Hans Ferdinand Schulz.
- Bundesärztekammer (1979). Richtlinien für die Sterbehilfe. *Deutsches Ärzteblatt*, 957–960.
- CALLISEN, A. C. P. (1834). *Medicinisches Schriftsteller-Lexicon*, 20. Band. Leipzig: Hermann und Langbein.
- FEUCHTERSLEBEN, E. V. (1845). *Lehrbuch der ärztlichen Seelenkunde*. Wien: Gerold.
- FREUD, S. (1900). *Die Traumdeutung*. London: Imago Publishing. Gesammelte Werke Bd. II, III (1942).
- GRATAROLO W. (1553 resp. 1826). Ueber die Bestimmung der Sitten und Charaktere der Menschen nach Beschaffenheit des Gesichtes und anderer Theile des Körpers. *Zeitschrift für die Anthropologie*, 2, 248–305.
- HEISCHKEL-ARTELT, E. (1967). Die Welt des praktischen Arztes im 19. Jahrhundert. In W. ARTELT & W. RÜEGG (Hrsg.), *Der Arzt und der Kranke in der Gesellschaft des 19. Jahrhunderts* (S.1–16). Stuttgart: Enke.
- HERTING, A. (1921). VERING, ALBERT MATTHIAS (1773–1829). In TH. KIRCHHOFF (Hrsg.), *Deutsche Irrenärzte, Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens* (Bd.1, S. 75–77). Berlin: Springer.
- HERZ, M. (1773). D. ERNST PLATNERS, der Arzneykunstprofessors in Leipzig, Anthropologie für Aerzte und Weltweise. In *Allgemeine Deutsche Bibliothek*, 20, S. 25–51.
- HERZ, M. (1791). *Versuch über den Schwindel* (2. Aufl.). Berlin: Voß.
- HEUN, M. (1931). *Die medizinische Zeitschriftenliteratur der Romantik. Versuch einer Bibliographie*. Inaugural-Dissertation. Leipzig: Leipziger Buchdruckerei.
- HIRSCHFELD, E. (1930). *Romantische Medizin*. Leipzig: Thieme.
- HUPPMANN, G. (1991). Die ärztliche Seelenkunde des ERNST VON FEUCHTERSLEBEN. *psychomed*, 3, 193–199.
- HUPPMANN, G. (1992a). MARCUS HERZ (1747–1803). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 1, 90–95.
- HUPPMANN, G. (1992b). Thesen zum Gegenstand der Medizinischen Psychologie. In G. HUPPMANN & S. FISCHBECK (Hrsg.), *Psychologie in der Medizin* (S. 1–5). Würzburg: Königshausen & Neumann.
- HUPPMANN, G. (1996). Medizinisch-Psychologisches im Werk von GEORG WEDEKIND (1761–1831). *Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde*, 1, 143–163.
- HUPPMANN, G. (1997a). JOHANN CHRISTIAN REIL und sein Konzept einer Euthanasie zum Tode Kranker. *Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde*, 2, 163–170.
- HUPPMANN, G. (1997b). JOHANN CHRISTIAN BOLTEN – ein Vorläufer der Medizinischen Psychologie. *Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde*, 2, 145–162.
- HUPPMANN, G. & HOFFMANN, V. (1977). Zur historischen Entwicklung der Medizinischen Psychologie in Deutschland. *Medizinische Psychologie*, 3, 145–168.
- HUPPMANN, G. & HUPPMANN, M. (1988). Trauer. In G. HUPPMANN & F.-W. WILKER (Hrsg.), *Medizinische Psychologie & Medizinische Soziologie* (S. 83–88). München: Urban & Schwarzenberg.
- HUPPMANN, G. & SILBERNAGEL, W. (1991). *Patienten führen. Compliance fördern*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- HUPPMANN, G. & WILKER, F.-W. (1988). Zum Bild des guten Arztes bei medizinischen Laien, pflegerisch Tätigen und Klinikärzten. In B. HERBECK & H. POHLMEIER (Hrsg.), *Psychologie in der Medizin* (S. 22). Göttingen: O. V.
- KANT, I. (1798). Von der Macht des Gemüths, durch den bloßen Vorsatz seiner krankhaften Gefühle Meister zu seyn. *Journal der praktischen Arzneykunde und Wundarzneykunst*, 5, 701–751.
- KANT, I. (1800). *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht abgefaßt* (2. Aufl.). Königsberg: Nicolovius.
- KOCH, U. & SCHMELING, CH. (1982). *Betreuung von Schwer- und Todkranken*. München: Urban & Schwarzenberg.
- KREMB, M. (1993). *Zum Aufklärungsbedürfnis erwachsener Patienten in bezug auf Operationen und lebensbedrohliche Krebserkrankungen*. Med. Dissertation. Mainz.
- LENHOSSEK, M. (1804). *Untersuchung über Leidenschaften und Gemüthsaffekten, als Ursachen und Heilmittel der Krankheiten*. Pesth: Trattner.
- METZGER, J. D. (1790). *Medicinisch-philosophische Anthropologie für Aerzte und Nichtaerzte*. Weißenfels: Severin.
- NASSE, CHR. F. (1823). Die Aufgabe der Anthropologie. *Zeitschrift für die Anthropologie*, 1, 1–29.
- Neuer Nekrolog der Deutschen*. (1831). (7. Jg., 1829, Teil 2, S. 482–483). Ilmenau: Voigt.
- PETERS, U. H. (1990). *Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie* (4. Aufl.). München: Urban & Schwarzenberg.
- PLATNER, E. (1772). *Anthropologie für Aerzte und Weltweise*. Erster Theil. Leipzig: Dyck
- REIL, J. CHR. (1803). *Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteserrüttungen*. Halle: Curt.
- REIL, J. CHR. (1808). Ueber den Begriff der Medicin und ihre Verzweigungen. In REIL, J. CHR., HOFFBAUER, J. CHR., *Beyträge zur Beförderung einer Kurmethode auf psychischem Wege*, Band 1, (S. 161–279).
- REIL, J. CHR. (1816). *Entwurf einer Allgemeinen Therapie*. Halle: Curt.
- REIMARUS, H. S. (1760). *Allgemeine Betrachtungen über die Triebe der Thiere, hauptsächlich über ihre Kunsttriebe*. Hamburg: Voss.
- SCHEIDEMANTEL, F. C. G. (1787). *Die Leidenschaften als Heilmittel betrachtet*. Hildburghausen: Hanisch.
- SCHMIDT, L. R. (1984). *Psychologie in der Medizin*. Stuttgart: Thieme.
- SCHUMACHER, R. (1982). *Die Musik in der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts*. Frankfurt am Main, Bern: Lang.
- SNYDER, C. R., IRVING, L. M., ANDERSON, J. R. (1991). Hope and Health. In C. R. SNYDER & D. R. FORSYTH (eds.), *Handbook of Social and Clinical Psychology* (S. 285–305). New York: Pergamon Press.
- VERING, A. M. (1803). *Cogitata medico-politica de necessitate matrimonium inuituros instruendi de officiis erga ventris fructum*. Dissertatio inauguralis. Münster.
- VERING, A. M. (1809). *Versuch einer Pastoral-Medizin*. Münster: Aschendorff'sche Buchhandlung.
- VERING, A. M. (1815). Gedanken über die Nothwendigkeit öffentlicher Heilungsinstitute für Wahnsinnige. *Hermann*, 26., 27. Stück, 205–207 u. 212–214.
- VERING, A. M. (1817). *Psychische Heilkunde (Bd. 1)*. Leipzig: Barth.
- VERING, A. M. (1818a). *Psychische Heilkunde (Bd. 2., Teil 1)*. Leipzig: Barth.
- VERING, A. M. (1818b). Allgemeine Reflexionen über die Beziehung des organischen Sinnes zu dem Gemüthe. *Zeitschrift für psychische Ärzte*, 1, 367–385.
- VERING, A. M. (1821). *Psychische Heilkunde (Bd. 2, Teil 2)*. Leipzig: Barth.
- VERING, A. M. (1820). Beobachtungen über Irre. *Zeitschrift für psychische Ärzte*, 3, 125–142.
- VERING, A. M. (1822). Beobachtungen über Irre. (Fortsetzung). *Zeitschrift für psychische Ärzte*, 5, 153–171.
- VERING, A. M. (1826). Vorwort. *Zeitschrift für die Anthropologie*, 2, 248–251.
- WELTZIEN, J. CHR. (1789). *De affectuum animi usu medico*. Dissertatio Medica Inauguralis. Göttingae: Dieterich.
- ZÜCKERT, J. F. (1774). *Von den Leidenschaften* (3. Aufl.). Berlin: August Mylius.