

Matthias M. Weber

## Erziehung und Hypnose – Die „psychische Behandlung“ in der Psychiatrie um 1900

Education and Hypnosis – „Mental treatment“ in Psychiatry about 1900

Psychotherapie stellt unter medizinhistorischen Aspekten keine Errungenschaft der jüngsten Vergangenheit dar, sondern wurde als „psychische Therapie“ auch während der Epoche des sogenannten therapeutischen Nihilismus in der Psychiatrie um 1900 praktiziert. Eine Analyse der Werke von Richard von Krafft-Ebing und Emil Kraepelin ergibt, dass zwar die Notwendigkeit der Psychotherapie erkannt, jedoch einer persönlichen Begabung des Psychiaters als Erzieher seiner Patienten zugeschrieben wurde, die kaum systematisch gelehrt oder wissenschaftlich untersucht werden konnte. Lediglich die Hypnose galt bei einigen psychischen Erkrankungen als spezifische Therapiemethode indiziert, während die in Entstehung begriffene Psychoanalyse als unwissenschaftlich abgelehnt wurde. Allerdings konnte die Psychiatrie keine andere fundierte Methode der psychischen Therapie anbieten. Einige einschlägige Veröffentlichungen, wie etwa von Leopold Löwenfeld, die in dieser unbefriedigenden Situation um 1900 entstanden, enthalten interessante Ansätze späterer psychotherapeutischer Entwicklungen, z.B. der Verhaltenstherapie.

Schlüsselwörter

Geschichte der Psychotherapie – Hypnose – Psychoanalyse – Geschichte der Psychiatrie – therapeutischer Nihilismus

*In medical-historical terms psychotherapy is not a recent achievement but was already practiced as “mental therapy” during the period of so-called therapeutic nihilism around 1900. An analysis of the work of Richard von Krafft-Ebing and Emil Kraepelin shows that while the necessity of psychotherapy was recognised it was considered as depending from the competence of the psychiatrist as the tutor of his patients, i. e. as something that could neither be systematically taught nor scientifically examined. In the case of certain mental diseases only hypnosis was considered to be indicated as a specific therapeutic method whereas the developing psychoanalysis was dismissed as being non-scientific. Psychiatry, however, was not able to put forward any other substantiated method of mental therapy. Some relevant publications from this period, for example those of Leopold Löwenfeld, offer interesting approaches towards later psycho-therapeutic developments such as behavioural therapy.*

Keywords

*history of psychotherapy – hypnosis – psychoanalysis – history of psychiatry – therapeutic nihilism*

*„Eben in dieser individualisierenden Aufgabe liegt das Interessante, aber auch zugleich das Schwierige der psychischen Heilkunst, die wohl gelernt, kaum aber methodisch gelehrt werden kann.“*

Richard von Krafft-Ebing (1903, S. 256)

## Psychotherapie im Aufwind?

Die Psychotherapie scheint sich seit etwa zwei Jahrzehnten in der Psychiatrie einer kontinuierlich zunehmenden Bedeutung zu erfreuen. Dies ist nicht nur daran erkennen, dass inzwischen die Anwendung psychotherapeutischer Verfahren nach den diversen Versorgungsleitlinien als unverzichtbarer Bestandteil der klinisch-psychiatrischen Behandlung bei allen häufigen psychischen Störungen gilt (vgl. z.B. DGPPN, 2012), sondern etwa auch an der 1992 erfolgten Umbenennung des größten deutschen psychiatrischen Fachverbandes in „Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde“ (DGPPN, 2015). Darüber hinaus belegen die Integration immer umfangreicherer psychotherapeutischer Inhalte in die psychiatrischen Facharzt-Weiterbildungsordnungen (Längle & Pollmächer, 2014), der mühevollen, aber letztlich erfolgreiche Weg zur Etablierung eines eigenständigen und offiziell anerkannten Berufsstandes für klinische Psychotherapeuten durch das Psychotherapeutengesetz von 1999 (Schulte, 1999; Wittchen & Fichter, 1980) sowie die Anforderungen an die personelle Ausstattung klinischer Einrichtungen im neuen „pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik“ (PEPP), dass eine psychiatrische Versorgung ohne qualifizierte und differenzierte Psychotherapie heute nicht mehr vorstellbar ist.

Diese allgemeine Tendenz spiegelt sich darüber hinaus auch in Werken der psychiatrischen Fachliteratur wider, die sich nicht primär mit psychotherapeutischen Methoden befassen. Aktuelle Auflagen psychopharmakologischer Standardwerke betten ihre substanzbezogenen Indikationsempfehlungen etwa ebenfalls in psychotherapeutisch geleitete Gesamtbehandlungspläne ein (Benkert, 2014). Schließlich zeigen die inzwischen zahlreichen Studien zu den in den bildgebenden Verfahren – tatsächlich oder vermeintlich – nachweisbaren Effekten psychotherapeutischer Interventionen (Beauregard, 2014) auf, dass die Psychotherapie auch hinsichtlich ihrer wissenschaftlichen Methoden und Paradigmen im Mainstream der psychiatrischen Forschung angekommen ist.

Die Ursachen für den wachsenden praktischen und theoretischen Einfluss der Psychotherapie auf die Psychiatrie sind zweifellos vielfältig. Diese Bedeutungszunahme mag zunächst in den Entwicklungen und Verschiebungen innerhalb der Psychotherapie während der letzten drei Jahrzehnte selbst begründet sein, insbesondere in der Entstehung von störungsorientierten Verfahren, die letztlich aus eklektischen Modifikationen der Verhaltenstherapie hervorgingen (Kahl, Winter, Schweiger & Sipos, 2011), wie etwa die kognitiven Verfahren oder die Schematherapie. Gleichzeitig scheinen sich die tradierten dogmatischen Schulen, vor allem die Psychoanalyse, eher auf dem Rückzug zu befinden (Hohagen et al., 2012). Ein wesentliches Moment dürfte aber darin zu se-

hen sein, dass die Forschungsergebnisse der sogenannten biologischen Psychiatrie im gleichen Zeitraum aus der Sicht der klinisch-psychiatrischen Praxis kaum zu tatsächlich verwertbaren therapeutischen Neuerungen führten. Trotz der im letzten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts ausgerufenen „decade of the brain“ sind inzwischen weniger psychopharmakologische Innovationen und häufig eher ein Desinteresse der Arzneimittelindustrie an der Psychopharmaka-Forschung zu verzeichnen (vgl. z.B. Müller, 2013), wobei auf die komplexen wissenschaftlichen und ökonomischen Ursachen dieser Entwicklung hier nicht näher eingegangen werden kann. Nach der Dominanz der Psychopharmakologie als psychiatrischer Leitwissenschaft seit dem Ende der 1950er Jahre zeichnete sich schon vor der „decade of the brain“ eine konzeptuelle Krise dieses Gebiets ab (Weber, 1999), die zweifellos das Interesse an den Möglichkeiten förderte, die eine Modernisierung der Psychotherapie für die Psychiatrie bieten kann.

Über diesen – aus medizinhistorischer Sicht eher kurzfristigen – Änderungen der in der Psychiatrie vorherrschenden Denkweisen sollte nicht vergessen werden, dass jede kurative Beeinflussung des als pathologisch definierten psychischen Befindens und Verhaltens im Grunde nur auf zwei Wirkfaktoren zurückgreifen kann, nämlich einerseits auf materielle Substrate zur Anwendung am oder im menschlichen Körper, seien dies Arzneimittel oder physikalische Verfahren wie etwa die Bäderbehandlung oder die Elektrokrampftherapie, andererseits auf die Kommunikation zwischen Patient und Arzt, mag diese auf Sprache, künstlerischen Medien oder schlichtweg auf der übenden Nachahmung von Verhalten beruhen. Insofern ist es nicht verwunderlich, sondern stellt aus psychiatriehistorischer Sicht einen geradezu notwendigen Vorgang dar, dass sich das Interesse nach Jahrzehnten des Überwiegens der Psychopharmakologie wieder vermehrt der Psychotherapie zuwendet. Dass diese Hypothese eine Vereinfachung sowohl der historischen Vorgänge als auch der gegenseitigen Abhängigkeiten dieser beiden therapeutischen Grundelemente darstellt, soll zumindest der Vollständigkeit halber erwähnt werden.

Außerdem muss in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, dass die vor allem seitens der orthodoxen Psychoanalyse häufig postulierte Annahme, Psychotherapie habe überhaupt erst mit den Werken von *Sigmund Freud* Eingang in die medizinische Theorie und Praxis gewonnen, eher der Selbstlegitimation dient und keineswegs den leicht nachvollziehbaren historischen Abläufen entspricht. Abgesehen von der Tatsache, dass seit der Antike ärztliche Ratschläge zur Lebensführung einschließlich der Regulation des „Gemüts“ (*affectus animi*) einen elementaren Bestandteil der Diätetik darstellten (Engelhardt, 2005), negiert diese Ansicht insbesondere die während des gesamten 19. Jahrhunderts sowohl in Frankreich als auch in Deutschland intensiv geführten Auseinandersetzungen um Suggestion und Hypnose, an denen sich viele namhaften Psychiater dieser Zeit beteiligten (Ellenberger, 1970). Der Begriff der Psychotherapie in seiner rezenten Bedeutung tauchte allerdings erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts u.a. bei *Hippolyte Bernheim* (1840-1919) im Umkreis der Schule von Nancy auf, und eine systematische Beschäftigung der akademischen Medizin – einschließlich der Psychiatrie – mit der Psychotherapie begann, abgesehen von wenigen Ausnahmen (vgl. z.B. Löwenfeld, 1897), erst in der Zeit zwischen den Weltkriegen (vgl. z.B. Kretschmer, 1922; Isserlin, 1926 & Eliasberg, 1927).

Schließlich erscheint noch eine weitere Bemerkung zum historischen und sozialen Kontext erforderlich. Die Klientel, die sich um 1900 sowohl in den psychiatrischen Großanstalten als auch in den Universitätskliniken befand, setzte sich überwiegend aus Patienten zusammen, die an psychotischen oder schweren affektiven Störungen, an progressiver Paralyse oder an hirnorganischen Folgen der Alkoholabhängigkeit litten. Patienten, insbesondere Angehörige der „höheren Stände“, die an anderen psychischen Erkrankungen litten, wurden eher in Privatanstalten behandelt, die als „Sanatorien“ oder „Nervenheilstätten“ fungierten und vielfach Vorläuferinstitutionen späterer psychosomatischer Kliniken waren. Dort wurden bereits zahlreiche Verfahren eingesetzt, die aus heutiger Sicht der Physio- und Ergotherapie zuzuordnen sind. Psychiatrische Großanstalten und Universitätskliniken waren hingegen als Erprobungsfeld für psychotherapeutische Verfahren kaum geeignet. Daher ist es auch kein Zufall, sondern eine Konsequenz der damaligen psychiatrischen Versorgungsstrukturen, dass die Psychoanalyse aus der ambulanten Tätigkeit Freuds als niedergelassener Nervenarzt hervorging. Auch das erste deutschsprachige Lehrbuch der Psychotherapie wurde 1897 von einem „Specialarzt für Nervenkrankheiten“ verfasst, dem in München niedergelassenen *Leopold Löwenfeld* (1847-1923).

## Psychische Therapie in der Epoche des therapeutischen Nihilismus

Psychotherapie als Behandlung durch Kommunikation bzw. psychologische Mittel existierte seit jeher als Bestandteil der Psychiatrie, und zwar auch in jenen Abschnitten der psychiatriehistorischen Entwicklung, die gemeinhin nicht als Höhepunkt eines patientenzugewandten Bemühens um Heilung gelten, sondern vielmehr als Ära des therapeutischen Nihilismus und einer kustodial-patriarchalen Grundhaltung. Eine solche Epoche stellte die Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts dar, die einerseits vor allem in Deutschland durch die Etablierung der psychiatrischen Großanstalt als paradigmatisches Sinnbild für das gesamte Fach gekennzeichnet war, andererseits wissenschaftshistorisch durch die Vorherrschaft der Neuropathologie als Leitwissenschaft für die psychiatrische Forschung, die sich in klinischer Hinsicht wiederum hauptsächlich mit nosologischen Fragestellungen beschäftigte (Schott & Tölle, 2006).

Typische Repräsentanten dieser Entwicklung waren etwa *Richard von Krafft-Ebing* (1840-1902), Ordinarius für Psychiatrie in Graz seit 1873 und in Wien seit 1889, und *Emil Kraepelin* (1856-1926), Direktor der Münchner psychiatrischen Universitätsklinik von 1903 bis 1922 und 1917 Begründer der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie. Beide wurden hauptsächlich durch die Beschreibung und Definition von psychischen Krankheitsbildern und die Förderung der psychiatrischen Forschung bekannt. Krafft-Ebing beschäftigte sich insbesondere mit forensischer Psychiatrie und Sexualpathologie (Sigusch, 2004). Seine Begriffsbildungen, wie etwa die der „conträren Sexualempfindung“ und des Sadoomasochismus, sind bis heute in Wissenschaft und Literatur präsent (Krafft-Ebing, 1886). Emil Kraepelin prägte die psychiatrische Nosologie durch seine Abgrenzung der *Dementia praecox* und des manisch-depressiven Irreseins sowie durch seine Betonung des Krankheitsverlaufs als diagnostisches Kriterium (Burgmair, Engstrom & Weber, 2000; Engstrom, Weber & Burgmair, 2006), wobei auch die aktuellen diagnostischen Manuale noch auf diesen Prinzipien beruhen. Die Frage, welche Rolle der sogenannten

psychischen Therapie durch die Psychiatrie in Lehre und Forschung um 1900 tatsächlich zugewiesen wurde, soll nachfolgend anhand der Werke dieser beiden Autoren analysiert werden (Krafft-Ebing, 1903; Kraepelin, 1909).

Im Vergleich zu den umfangreichen Ausführungen der zeitgenössischen Fachliteratur über die Ätiologie, die Psychopathologie und die einzelnen Erscheinungsformen der psychischen Krankheiten fielen die Darstellungen der Behandlungsmöglichkeiten meistens recht knapp aus. Dies galt allerdings für die „psychische Behandlung“ ebenso wie für die somatische Therapie. Krafft-Ebing widmete in der 1903 erschienenen siebten Auflage seines psychiatrischen Lehrbuchs, die mehr als 650 Seiten umfasst, der allgemeinen psychiatrischen Pharmakotherapie 13 Seiten und der psychischen Behandlung 5 Seiten. In der achten Auflage von Kraepelins Lehrbuch der Psychiatrie, das insgesamt aus vier Bänden mit mehr als 3700 Seiten besteht, werden die Prinzipien sowohl der arzneilichen als auch der psychischen Behandlung auf jeweils 14 Seiten erläutert. Bei beiden Autoren enthalten zwar auch die Schilderungen der einzelnen psychischen Erkrankungen jeweils zusätzliche Therapieempfehlungen, die jedoch auf ihren allgemeinen therapeutischen Ausführungen aufbauen und aus denen sich daher keine prinzipiell neuen Gesichtspunkte ergeben.

Diese geringe theoretische und praktische Bedeutung der psychischen Therapie in Unterrichtswerken und Handbüchern aus der Zeit um 1900 entsprach durchaus dem zeitgenössischen Standard. *Theodor Ziehen* (1862-1950), Ordinarius für Psychiatrie an der Berliner Charité, beschränkte sich etwa in seinem ebenfalls weitverbreiteten Lehrbuch bei der Darstellung der psychischen Therapie auf nur 2 Druckseiten (Ziehen, 1908). Im immerhin 240 Seiten umfassenden psychiatrischen Kurzlehrbuch von *Philipp Jolly* (1880-1932) blieb hierfür lediglich ein Absatz (Jolly, 1914), während *Alexander Pilcz* (1871-1954), der Schüler und Nachfolger von *Julius Wagner von Jauregg* (1857-1940) in Wien, auf ein entsprechendes Kapitel in seinem Lehrbuch ganz verzichtete (Pilcz, 1904). Der therapeutische Nihilismus, der dieser Epoche der Psychiatrie zugeschrieben wird, scheint sich also zumindest in dieser Hinsicht zu bestätigen. Allerdings bleibt zu untersuchen, mit welchen konkreten Inhalten der Begriff der „psychischen Therapie“ gefüllt wurde und welche persönlichen Anforderungen an den Psychiater im Umgang mit seinen Patienten gestellt wurden.

## Der Psychiater als Therapeutikum

Nach der Auffassung von Krafft-Ebing habe die psychische Behandlung „noch umfassender“ als die somatische zu sein. Bei ihr stehe der Psychiater als Person im Mittelpunkt:

„Es handelt sich hier nicht um Mittel, die der Arzt aus der Apotheke verschreibt, sondern um solche, die er aus sich selbst schöpft und dispensiert, sei es durch sein persönliches Benehmen, sei es durch den Mechanismus der von ihm geleiteten Anstalt und ihrer Hausordnung“ (Krafft-Ebing, 1903, S. 276).

Die psychische Therapie ist demnach nicht durch einzelne Methoden oder Kunstgriffe zu charakterisieren, sondern das wirksame Element stellt die Persönlichkeit des Psychiaters als solche dar, die sich im gesamten therapeutischen Alltag einer Institution vom einzelnen

Gespräch mit dem Patienten bis hin zur Hausordnung widerspiegeln soll. Daraus ergibt sich, dass „vermöge einer glücklichen Naturbegabung“ einige Ärzte für die Ausübung der psychischen Therapie besonders geeignet seien. Außerdem sei nur dadurch zu erklären, weshalb „Charlatane oft bessere psychische Heilkünstler sind als die Ärzte“. Psychische Heilkunst beruhe ganz überwiegend auf der „Macht des Glaubens“ und des Vertrauens, das der Psychiater durch Begabung und ein überzeugendes Auftreten gegenüber seinen Patienten schaffen müsse.

Das prägende Element des Spontanen und Künstlerischen der psychischen Therapie wird auch in der Definition Krafft-Ebings sichtbar, dass für die „geistige Berührung“ von „Individuum mit Individuum“, d. h. von Arzt und Patient, nur sehr allgemeine Gesichtspunkte aufgestellt werden könnten, aber keine speziellen Anweisungen oder Verhaltensregeln. Der konkrete Behandlungsfall entziehe sich daher jeder „generalisierenden Anweisung“, wobei in „dieser individualisierenden Aufgabe“ sowohl „das Interessante, aber auch zugleich das Schwierige der psychischen Heilkunst“ liege (Krafft-Ebing, 1903, S. 276). Folgt man dieser Auffassung, dann kann die psychische Intervention nur dann erfolgreich sein, wenn sie auf einem situationsspezifisch überzeugenden Verhalten des Arztes beruht, der zudem die individuellen Bedürfnisse des Patienten genau erkennen muss. Im Gegensatz zur späteren Entwicklung der Psychotherapie schließt Krafft-Ebing die Möglichkeit eines systematisierten Vorgehens nahezu aus, da dies der Individualität sowohl des Arztes als auch des Patienten widerspricht. Damit wird die psychische Therapie aber zugleich weitgehend der akademischen Vermittelbarkeit, der Möglichkeit einer wissenschaftlichen Fundierung und systematischen Weiterentwicklung entzogen.

Dennoch versucht Krafft-Ebing, die „allgemeinen Gesichtspunkte“ der psychischen Therapie zu präzisieren. Hierbei orientiert er sich hauptsächlich am Krankheitsstadium. Zu Beginn einer Erkrankung komme der psychischen Therapie ausschließlich die Aufgabe zu, den Kranken „in möglichste psychische Ruhe“ zu versetzen. Ziel der psychischen Behandlung sei vor allem die „Fernhaltung von psychischen Schädlichkeiten“, wozu Krafft-Ebing auch „Zerstreuungsversuche, gemütliche Anregungen“ und „Belehrungen“ des Patienten zählt. Die Gesprächsführung des Arztes habe sowohl den Melancholiker als auch den „Maniakalischen“ von jedem erregenden Gegenstand abzubringen und auf andere, möglichst neutrale Themen zu lenken. Insbesondere bei Wahnideen helfe weder „Dialektik“ noch „logisches Rasonement“ (Krafft-Ebing, 1903, S. 277).

Dass Krafft-Ebing auch die Isolierung des Patienten, notfalls in einer Isolierzelle, als Bestandteil dieser ersten „negativen“ Phase der psychischen Therapie auffasste, wirkt wie eine Reminiszenz an die Entstehungszeit der Psychiatrie um 1800 im Sinne der „psychischen Curmethode“ von *Johann Christian Reil* (1759-1813). Sie war davon ausgegangen, psychische Krankheiten durch die kombinierte Einwirkung von Arzneimitteln, physischen Reizen, mechanischen Vorrichtungen, moralischen Belehrungen und sinnvoller Beschäftigung auf die erkrankte Seele heilen zu können (Marneros, 2005). Auch in Krafft-Ebings Darstellung der notwendigen Eigenschaften des psychisch-therapeutisch tätigen Arztes sowie in seiner Unterscheidung einer „negativen“ und einer „positiven“ bzw. „aktiven“ Phase der psychischen Therapie lässt sich der Einfluss Reils eindeutig nachweisen (Reil, 1803).



Sobald die psychische Störung ihren Höhepunkt überschritten habe und sich „zum guten oder schlimmen Ausgang hinneigt“, übernimmt laut Krafft-Ebing die psychische Therapie nämlich die wesentliche aktive Rolle in der gesamten Behandlung. Hierbei zeige sich: „die ganze Kunst des psychischen Arztes in dem freien Verständnis der Individualität des Kranken, der Anleitung zur Wiedergewinnung der früheren geistigen Persönlichkeit oder wenigstens der Rettung der Trümmer aus dem geistigen Schiffbruch“ (Krafft-Ebing, 1903, S. 278).

In dieser Phase bedeute die psychische Therapie ein „positives Eingreifen“ des Arztes. Noch bestehende Reste psychopathologischer Inhalte könnten nunmehr „erschüttert werden“, allerdings nach wie vor nicht durch „Logik und Dialektik“, sondern „durch die Waffen freundlichen Scherzes und Zuspruchs“. Um die „Krankheitsreste“ zu beseitigen, sei der Patient nicht nur zu einer Beschäftigung anzuhalten, die seinen „früheren Berufs- und individuellen Verhältnissen“ entspreche, sondern es sei eine „mühsame Erziehung durch Belohnung“, aber auch durch „kleine Strafen“ erforderlich, „um die psychische Persönlichkeit quasi neu zu schaffen“. Dies gelte gerade auch bei ungünstiger Prognose, um den Patienten durch „Beschäftigung“, aber auch durch „Anhaltung zur Ordnung und Reinlichkeit“ vor noch „tieferem Versinken“ in seine psychische Störung zu bewahren (Krafft-Ebing, 1903, S. 278). Der Psychiater übernimmt somit vorwiegend eine pädagogische Aufgabe mit dem Ziel, den Patienten so weit wie möglich an seinen prämorbidem Zustand heranzuführen, wobei hier zugleich die zeittypische direktive Grundhaltung des Arztes ersichtlich wird.

Krafft-Ebing bleibt allerdings weiterführende Darlegungen zu der Frage schuldig, wie diese „mühsame Erziehung“ zur Beseitigung der „Krankheitsreste“ konkret durchzuführen sei. Die „hypnotische Suggestivbehandlung“ sei hierzu jedenfalls nicht geeignet, da bei schwereren psychischen Erkrankungen die Voraussetzungen für einen Erfolg der Hypnose fehlen. Der Patient könne bereits infolge seines inneren Beschäftigtseins mit seiner psychischen Symptomatik dem Hypnotiseur keine Aufmerksamkeit zuwenden. Zudem seien Geistesstörungen entweder hirnanorganisch begründet oder „im psychischen Mechanismus so fest fundierte Phänomene, dass sie suggestiv kaum angreifbar erscheinen“. Die Hypnose könne daher nur bei einigen „funktionellen Psychosen (Psychoneurosen)“ wirken. Praktische Erfolge seien laut Krafft-Ebing u. a. bei „krankhaften Triebrichtungen“ und Zwangsvorstellungen, aber auch bei „Morphin- und Kokainhunger“ zu erzielen. Die Erwähnung der Hypnose durch Krafft-Ebing war offensichtlich nicht dadurch begründet, dass er von der klinischen Effektivität des Verfahrens überzeugt gewesen wäre. Vielmehr ging Krafft-Ebing darauf ein, weil es sich um diejenige Methode der psychischen Therapie handelte, die um 1900 überhaupt noch über eine breitere Bekanntheit in der Medizin verfügte, obwohl der Höhepunkt der Diskussionen um den Hypnotismus bereits überschritten war.

Mit diesen Ratschlägen endete Krafft-Ebings Darstellung der psychischen Therapie in der klinischen Psychiatrie auffällig abrupt. Irgendwelche weiterführenden theoretischen Überlegungen unterblieben ebenso wie eine Rezeption der um die Jahrhundertwende in Fachkreisen bereits durchaus bekannten Psychoanalyse (vgl. z.B. Löwenfeld, 1897). Dies mag einerseits durch die spezifischen Gegebenheiten und akademischen Konkur-

renzverhältnisse in der Wiener Medizin um 1900 bedingt gewesen sein (Lesky, 1965), zeigt aber andererseits auf, dass ein eigenständiges Konzept der psychischen Therapie mit wissenschaftlichem Anspruch nicht existierte. Die bei Krafft-Ebing festzustellende Diskrepanz zwischen der Betonung der Notwendigkeit der psychischen Therapie, die geradezu den Höhepunkt der gesamten Behandlung und der Kunst des Psychiaters als therapeutische Persönlichkeit darstellen soll, und den spärlichen sowie wenig systematischen und kaum konkret formulierten Empfehlungen für ihre praktische Durchführung findet sich zunächst auch bei den einschlägigen Ausführungen von Emil Kraepelin wieder.

## Erzieher und Freund des Kranken

Kraepelin greift bei seiner Beschreibung der psychischen Therapie ebenfalls auf ein psychiatriehistorisches Vorbild zurück. Seiner Grundhaltung entsprechend berief sich Kraepelin jedoch nicht auf Reil, sondern auf *Wilhelm Griesinger* (1817-1868), den Begründer der modernen naturwissenschaftlich orientierten Psychiatrie in Deutschland (Leibbrand-Wettley, 1966). Mit Griesinger vertritt Kraepelin die Meinung, dass für einen in der psychischen Therapie erfolgreich tätigen Arzt „ganz bestimmte geistige Eigenschaften“ erforderlich seien, insbesondere (Kraepelin, 1909, S. 600):

„wohlwollender Sinn, große Geduld, Selbstbeherrschung, eine besondere Freiheit von allen Vorurteilen, ein aus einer reichen Weltkenntnis geschöpftes Verständnis der Menschen, Gewandtheit der Konversation und eine besondere Neigung zu seinem Beruf, der ihn allein über dessen vielfache Mühen und Anstrengungen hinwegsetzt“ (Griesinger, 1876, S. 533).

Auch die Notwendigkeit einer „planvollen psychischen Behandlung“ leitete Kraepelin aus der Entwicklung der Psychiatrie im Verlauf des 19. Jahrhunderts ab. Diese Methode verdanke ihre Entstehung nämlich dem Umstand, dass vormals „Arzt und Pflegepersonal gegenüber den Aufregungszuständen [der Patienten] ihre Zuflucht zur nackten Gewalt nehmen konnten“. Nach der Abschaffung solcher Maßnahmen in den Anstalten infolge der no-restraint-Bewegung musste man nun „darauf bedacht sein, sich durch das Mittel der psychischen Einwirkung Macht über [die] Pflegebefohlenen zu verschaffen“ (Kraepelin, 1909, S. 599). Ausgestattet mit den genannten persönlichen Eigenschaften solle der Arzt zum „Erzieher und Freund“ des psychisch Kranken werden, der „nicht nur den körperlichen Grundlagen der Geistesstörung seine Aufmerksamkeit“ zuwenden darf, „sondern durch die Macht seiner Persönlichkeit verständnisvoll auch die krankhaften psychischen Erscheinungen selbst“ wirksam bekämpfen kann. Im Gegensatz zur damals vorherrschenden Meinung an den deutschen medizinischen Fakultäten über die Eignung von Frauen für den Arztberuf schloß sich Kraepelin dabei der Auffassung seines Heppenheimmer Kollegen *Georg Ludwig* (1826-1910) an, wonach „weibliche Ärzte“ für die Aufgaben der psychischen Therapie besonders gut geeignet wären, weil „die Frau ein viel tiefer dringendes Verständnis für das Seelenleben ihrer Geschlechtsgenossinnen besitzen wird“ (Kraepelin, 1909, S. 600).



Der „oberste Grundsatz“ der psychischen Behandlung ist laut Kraepelin „Offenheit und unbedingte Wahrheitsliebe“. Eine „Täuschung“ des psychisch Kranken müsse auf jeden Fall unterbleiben, da durch ein solches Verhalten des Arztes das Vertrauensverhältnis zum Patienten unwiederbringlich zerstört wird. Aus diesem Grundsatz ergebe sich für den Psychiater auch, dem Patienten keinerlei Versprechungen, etwa zu Art und Dauer der Behandlung, zu machen, die voraussichtlich nicht eingehalten werden können. In der psychischen Therapie sei daher stets ein „ruhiges und freundliches“ Vorgehen notwendig (Kraepelin, 1909, S. 601), wobei Kraepelin wie Krafft-Ebing empfahl, sich gegenüber den psychopathologischen Vorstellungen und Verhaltensweisen der Patienten „einfach ablehnend“ zu verhalten, d.h. Wahnideen zu „übergehen“ oder „unbeachtet zu lassen“. Gelegentliche Hinweise auf die Krankhaftigkeit der Symptome wären völlig ausreichend. Ebenso unzulässig sei es jedoch, die psychopathologische Symptomatik des Patienten in irgendeiner Weise „ins Lächerliche [zu] ziehen und dadurch die Kranken [zu] erbittern“ (Kraepelin, 1909, S. 601).

Das aktive Eingreifen des Psychiaters sei hingegen erforderlich, falls eine „Selbstbeschädigung“ des Patienten zu befürchten sei, vor allem Suizidalität oder „Gewalttätigkeit“ (Kraepelin, 1909, S. 602). Jedoch müsse auch in solchen Situationen penibel darauf geachtet werden, jeden „Anschein der Disziplinierung“ des Kranken zu vermeiden. Alle Maßnahmen des Psychiaters dürfen ausschließlich therapeutisch begründet sein. Daher lehnte Kraepelin auch die von Krafft-Ebing noch empfohlenen „kleinen Belohnungen“ bzw. die „Gewährung von kleinen Vergünstigungen“ als untaugliche „Erziehungsversuche“ ab, da sie die Patienten „erbittern“ würden (Kraepelin, 1909, S. 603).

Spezifischere Anweisungen zur psychischen Therapie seien schon deshalb nicht möglich, weil auch nach Kraepelins Auffassung ihre Aufgabe und Haltung bei akut auftretenden psychischen Erkrankungen „wesentlich eine abwartende“ sei. Da es sich bei Geistesstörungen um „krankhafte Erregungszustände des Gehirns“ handle, müsse der Arzt „in erster Linie für die möglichste Fernhaltung aller äußeren und inneren Reize“ sorgen. Die Annahme der „älteren Psychiatrie“ – auch hier bezieht sich Kraepelin auf Reil – dass psychopathologische Zustände durch normalpsychologische Mittel therapeutisch beeinflusst werden könnten, insbesondere durch die Erzeugung der Erkrankung entgegengesetzten Affekten, wird als „kindliche Verkennung des Wesens der Geistesstörungen“ abgelehnt (Kraepelin, 1909, S. 605).

Wie Krafft-Ebing vertrat Kraepelin die Meinung, dass erst „mit dem Beginne einer deutlichen Beruhigung des Kranken“ die psychische Therapie eine weiterführende Funktion in der Behandlung erhalten kann, nämlich „die Auswahl einer passenden, wohl anregenden, aber nicht anstrengenden Beschäftigung“. Dazu zählt Kraepelin nicht nur „unterhaltenden Lesestoff, die Lösung leichter geistiger Aufgaben, Spiele aller Art“ oder „Musikübungen“, sondern auch „körperliche Arbeit, die sich den früheren Beschäftigungen möglichst anpasst (Kraepelin, 1909, S. 605). Die „planmäßige Erziehung zur Arbeit“ eigene sich sowohl dazu, bei „vielen Psychopathen das mangelnde Selbstvertrauen, das krankhafte Gefühl des Unfähigkeit und Schonungsbedürftigkeit“ zu bekämpfen, als auch bei „Endzuständen ungeheilter Geistesstörungen“ einen „Rest von Selbständigkeit und geistigem Leben zu retten“ (Kraepelin, 1909, S. 607).

Darüber hinaus riet Kraepelin dem Psychiater, sich mit der Hypnose „auf das eingehendste vertraut zu machen, sei es auch nur, um nicht durch unsachgemäßes Vorgehen Schaden anzurichten“ (Kraepelin, 1909, S. 611). Wie Krafft-Ebing folgte zwar auch Kraepelin der damals herrschenden Meinung, dass sich einerseits die großen Erwartungen der Psychiatrie an die langfristige therapeutische Wirkung der hypnotischen Suggestivverfahren nicht erfüllt hätten. Dies sei darauf zurückzuführen, dass viele psychopathologische Symptome, insbesondere Wahnideen, „gewissermaßen als dauernde Eigensuggestionen“ aufzufassen seien, die durch eine Hypnosebehandlung kaum beeinflusst werden könnten (Kraepelin, 1909, S. 610). Kraepelin vertrat allerdings andererseits unter Berufung auf Bernheim die Ansicht, dass Appetit- und Schlafstörungen, Schmerzen, vor allem aber Angstzustände der hypnotischen Behandlung bis zu einem gewissen Grade zugänglich seien“, ebenso die „monosymptomatische Hysterie“, manche „Zwangsbefürchtungen“ und die „konträre Sexualempfindung“. Für Kraepelin blieb demnach die Hypnose ein wichtiger Bestandteil der psychischen Therapie. Kraepelins letztlich positive Einstellung gegenüber der Hypnose beruhte dabei auch auf seiner Wertschätzung der einschlägigen Schriften seines schweizerischen Kollegen *Auguste Forel* (1848-1931), mit dem er seit ihrer gemeinsamen Assistentenzeit bei *Berhard von Gudden* an der oberbayerischen Kreisirrenstalt verbunden war (Forel, 1889).

Wenig Verständnis konnte Kraepelin hingegen für das „eigenartige Verfahren der psychischen Behandlung“ von *Josef Breuer* (1842-1925) aufbringen (Hirschmüller, 1978), das zwar ursprünglich von der Hypnose ausgehe, jedoch von Freud zur „Psychoanalyse“ umgewandelt worden sei (Kraepelin, 1909, S. 612). Hierbei handele es sich nicht um Wissenschaft, sondern um eine Kunst, die sich mit „unbeweisbaren Gedankenspielerien“ beschäftige (Weber, 2015). Auch ihre therapeutischen Wirkungen beruhten laut Kraepelin keineswegs auf der behaupteten kathartischen Wirkung der Aufdeckung „eingeklemmter“ bzw. „verdrängter“ Affekte im Zusammenhang mit „geschlechtlichen Kinderheitserlebnissen“, sondern wiederum „auf der Wirkung der ärztlichen Persönlichkeit und der von ihr ausgehenden Suggestionen“. Auch die Unschädlichkeit der Methode, das „planmäßig fortgesetzte, unablässige Drängen nach peinlichen geschlechtlichen Enthüllungen“, sei erheblich zu hinterfragen (Kraepelin, 1909, S. 613).

Wie Krafft-Ebing vermochte allerdings auch Kraepelin dieser neuen Entwicklung kaum eine wissenschaftliche oder theoretisch reflektierte Begründung der psychischen Therapie entgegenzusetzen, die über allgemeine Empfehlungen, pädagogische Ratschläge oder die bekannte Suggestionsbehandlung hinausging. Dies fällt bei Kraepelin umso mehr auf, als er sich als Schüler des Leipziger Psychologen Wilhelm Wundt (1832-1920) verstand und zumindest seit seiner Dorpater Antrittsvorlesung (Kraepelin, 1887) konzeptuell die Notwendigkeit der psychologischen Forschung für die Psychiatrie stets hervorgehoben hatte (Burgmair, Engstrom, Hirschmüller & Weber, 2003, S. 41-53).

## Persönlichkeit und Begabung oder Methode und Ausbildung?

Die psychische Therapie, wie sie in der klinischen Psychiatrie um 1900 propagiert wurde, zeichnete sich somit einerseits durch die Hervorhebung der persönlichen Fähigkeiten des Arztes aus, der – eher einem Künstler als einem Wissenschaftler gleich – durch sein

Auftreten auf den psychisch Erkrankten zunächst beruhigend, im weiteren Verlauf der Störung anregend und ordnend wirken sollte. Obwohl in der einschlägigen Literatur zur Zeit von Krafft-Ebing und Kraepelin die oft drastischen Methoden der „älteren Psychiatrie“ in der Nachfolge Reils aus der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts einerseits abgelehnt wurden, konnten jedoch andererseits die stets sehr allgemein gehaltenen Empfehlungen für die psychische Therapie kaum mit konkreten Vorgehensweisen oder gar mit einem theoretischen Unterbau präzisiert werden. Die in diesem Zusammenhang von Krafft-Ebing und Kraepelin verwendeten Formulierungen zur psychischen Therapie finden sich, wenn auch mit einigen Abwandlungen, in den meisten zeitgenössischen Werken zahlreicher anderer Psychiater, wie z. B. bei *Wilhelm Weygandt* (1902) und sogar bei *Eugen Bleuler* (1916), der sich später für die Rezeption der Psychoanalyse einsetzte (Hell, Scharfetter & Möller, 2001).

Der Umstand, dass in der Epoche der positivistischen Wissenschaftsauffassung gerade die psychische Therapie nach wie vor als eine persönliche Kunstfertigkeit des Psychiaters betrachtet wurde, die letztlich weder systematisch beschrieben noch untersucht oder unterrichtet werden könne, ist nicht zuletzt durch die Ausrichtung der zeitgenössischen psychiatrischen Forschung zu erklären. Sie interessierte sich entweder aus Gründen der methodischen Zugänglichkeit für das neuropathologische Substrat psychischer Störungen oder für die Beschreibung ihrer klinischen Erscheinungsformen in Ausprägung und Verlauf. Funktionale Aspekte psychopathologischer Symptome, deren Kenntnis eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung strukturierter psychotherapeutischer Methoden sind, konnten in diesem Umfeld kaum beachtet werden. Auch die damalige experimentelle Psychologie war auf eine Analyse elementarer psychischer Funktionen beschränkt, die von der Ebene komplexer psychischer Symptome noch weit entfernt war.

Der Psychiater verkörperte zwar theoretisch den hohen Anspruch eines in seiner psychischen Therapie wirkmächtigen Individuums und sollte in Klinik und Praxis als wohlmeinender Freund des psychisch Kranken agieren. Sein tatsächliches psychotherapeutisches Bemühen beschränkte sich jedoch meistens auf einfache pädagogische und milieutherapeutische Maßnahmen, sowohl hinsichtlich des eigenen Auftretens als Vorbild des Patienten als auch in einzelnen kritischen Situationen des Behandlungsverlaufs. Die Grundhaltung des Psychiaters in seiner psychischen Therapie blieb dabei stets die eines direktiven Erziehers, wozu auch die diskursive Nichtbeachtung der psychopathologischen Symptomatik gehörte. Allerdings dürfen in diesem Zusammenhang weder die damalige Zusammensetzung der Patientenklientel psychiatrischer Anstalten noch die geringen sonstigen Interventionsmöglichkeiten vergessen werden. Pädagogik als Teil der Psychiatrie soll hier auch keineswegs mit einer negativen Konnotation belegt werden, zumal aus diesem Ansatz zahlreiche therapeutische Verfahren abgeleitet wurden, wie z. B. die Arbeits- und Ergotherapie, aber auch einige Formen der Kunst- und Musiktherapie sowie die Psychoedukation (Schott & Tölle, 2006).

Die Hypnose und Suggestionenbehandlung, das einzige spezifische Verfahren der psychischen Therapie, das um 1900 zur Verfügung stand, hatte zudem den Höhepunkt seiner Akzeptanz bereits deutlich überschritten. Zwar billigte ihr die Psychiatrie nach wie vor eine große theoretische Bedeutung für das Verständnis einiger psychischer Störungen zu,

insbesondere der Hysterie. Ferner galt die Hypnose bei diesen Erkrankungen weiterhin als therapeutisch indiziert, jedoch wurde sie offensichtlich nicht mehr als Ausgangspunkt für eine konzeptuelle Fortentwicklung der psychischen Behandlung in der Psychiatrie betrachtet. Die Psychoanalyse, die wiederum für sich beanspruchte, genau dies erreicht und die bloße Suggestionstheorie des 19. Jahrhunderts durch ein tragfähiges theoretisches Fundament für eine kausale psychische Therapie überwinden zu haben, wurde von der zeitgenössischen Psychiatrie durchweg als unwissenschaftliche Deutungskunst auf der Grundlage eines willkürlichen Symbolbegriffs und als Phantasmagorie einer „Vorstellungsgymnastik“ sexueller Peinlichkeiten abgelehnt (vgl. z. B. Isserlin, 1926, S. 104-126).

Allerdings konnte sich die Psychiatrie dem Wandel, der durch die Entstehung der Psychoanalyse und die Diskussionen um die praktische Bedeutung der Hypnose in Gang gesetzt wurde, nicht mehr auf Dauer entziehen. Der in München niedergelassene Nervenarzt Löwenfeld hatte bereits 1897 sein schon erwähntes „Lehrbuch der gesamten Psychotherapie“ publiziert. Nach einer kurz gefassten Einführung in die Psychologie gab Löwenfeld darin einen Überblick über den Stand der psychischen Therapie. Unabhängig vom Inhalt zeigte bereits das Erscheinen dieser ersten einschlägigen Gesamtdarstellung das allmählich wachsende Bedürfnis der Ärzteschaft, insbesondere der Psychiater, Psychotherapie auf einer nachvollziehbaren wissenschaftlichen und empirischen Grundlage zu praktizieren, die über eine bloße persönliche Kunstfertigkeit hierfür besonders Begabter hinausreicht:

„Die Schriften, welche bisher unter dem Titel ‚Psychotherapie‘ dem ärztlichen Publikum angeboten wurden, beschäftigen sich lediglich mit Hypnose und hypnotischer Behandlung. Das Buch, welches ich hiermit der Öffentlichkeit übergebe, enthält die erste Darstellung des ganzen Gebietes der Psychotherapie. Dass diese einem Bedürfnisse entspricht, dürfte aus meinen Ausführungen [...] sich ergeben [...]“ (Löwenfeld, 1897, S. IX).

Löwenfeld bemängelte vor allem die Ausbildung der Ärzte und stellte fest, dass ihnen an den damaligen deutschen Universitäten weder psychologische Grundkenntnisse vermittelt noch „Vorlesungen über Psychotherapie gehalten oder praktische Unterweisungen in der selben erteilt“ wurden. Statt der weiteren Überfrachtung des Studiums z. B. mit theoretischen Fächern oder Pharmakologie würden angehende Mediziner „der leidenden Menschheit ungleich größere Dienste“ leisten, falls sie „in Psychologie und Psychotherapie geschult in die Praxis träten“ (Löwenfeld, 1897, S. 10).

In seinen konkreten Empfehlungen folgte Löwenfeld den meisten zeitgenössischen Ansichten über die psychische Behandlung. Er ging – durchaus in einem gewissen Widerspruch zu seinen einleitenden Absichtserklärungen – etwa ausführlich auf die Indikationen und den therapeutischen Wert der Hypnose ein und kritisierte die Psychoanalyse wegen ihrer aufwendigen Durchführung und fragwürdigen Effektivität (Löwenfeld, 1897, S. 164f.). Jedoch zeichneten sich bei Löwenfeld auch bereits andere Aspekte der Psychotherapie ab. Ausgehend von der zeitgenössischen Willenspsychologie, von der u.a. auch Kraepelin maßgeblich beeinflusst war, propagierte Löwenfeld im Abschnitt über „besondere psycho-therapeutische Verfahren“ vor allem die „psychische Gymnastik“, insbesondere eine sogenannte Willensgymnastik (Löwenfeld, 1897, S. 119f.), die z. B. gegen Phobien

und Zwangsvorstellungen eingesetzt werden sollte (Löwenfeld, 1897, S. 195-204). Die darin beschriebene übende Vorgehensweise mit Ansätzen z. B. zu einer systematischen Desensibilisierung erinnert eindeutig an Techniken, die mehr als ein halbes Jahrhundert nach Löwenfeld auf einer völlig anderen theoretischen Grundlage als Verhaltenstherapie Eingang in den klinischen Alltag der Psychiatrie fanden.

Die weitere Entwicklung der Psychotherapie im 20. Jahrhundert, auf die hier nicht näher eingegangen soll, erfüllte das von Löwenfeld konstatierte Bedürfnis zweifellos in hohem Maße. Insbesondere seit den 1940er Jahren entstand zunächst in den USA eine inzwischen kaum mehr überschaubare Vielfalt psychotherapeutischer Verfahren, die auf unterschiedlichsten wissenschaftlichen Modellen psychischer Funktionen, aber auch auf zahlreichen divergenten weltanschaulichen Annahmen beruhen. Nach den sich über ein halbes Jahrhundert erstreckenden Grabenkämpfen zwischen den einerseits aus der Psychoanalyse und andererseits aus dem Behaviourismus hervorgegangenen Methoden setzt sich derzeit eine eklektisch-integrative und störungsorientierte Psychotherapie durch, wobei die strukturierte Vermittelbarkeit und Überprüfbarkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens heute zu den wichtigsten Qualitätsmerkmalen zählen. Das Zeitalter der Psychotherapie als höchstpersönliche, im Grunde weder beschreibbare noch lehr- oder erlernbare Fähigkeit eines individuell wirkmächtigen Therapeuten scheint daher endgültig der medizinhistorischen Vergangenheit anzugehören, obwohl viele Befunde im Sinne einer „allgemeinen Psychotherapie“ nach wie vor für diesen schulenübergreifenden menschlichen Faktor sprechen (Frank, 1985; Grawe, 1995).

Allerdings sollte trotz der Vielfalt der zur Verfügung stehenden psychotherapeutischen Methoden samt den zugehörigen strukturierten diagnostischen Instrumenten, Leitlinien und Manualen, trotz der inzwischen etablierten curricularen Lehre der Psychotherapie einschließlich ausgefeilter Supervisions- und Interventionsprozeduren die Mahnung von *Werner Leibbrand* (1896-1974) nicht vergessen werden, dem bedeutenden Psychiater auf dem Münchner Lehrstuhl für Medizingeschichte in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg und Gutachter der Anklage beim Nürnberger Ärzteprozess (Burgmair, 2005). Leibbrand war der Ansicht, dass der Arzt, insbesondere der Psychiater und der Psychotherapeut, für seine Tätigkeit vor allem jene „connaissance du monde“ benötige, die man weder durch die Ausbildung an Universitätskliniken noch an anderen Instituten erwerben könne (Weber, 2005). Diese dringende Empfehlung Leibbrands bleibt auch in der Epoche der störungsorientierten Psychotherapieverfahren unverändert gültig. Manchen „psychischen Ärzten“ von heute würde man wieder mehr „connaissance du monde“ – bzw. „reiche Weltkenntnis“ im Sinne Kraepelins – und nicht nur schematisierte psychotherapeutische Methodenkenntnis zum Verständnis und Wohl ihrer Patienten wünschen.

## Literatur

- Beauregard, M. (2014). Functional neuroimaging studies of the effects of psychotherapy. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 16(1), 75-81.
- Benkert, O. & Hippus, H. (2014). *Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie* (10. Aufl.). Berlin: Springer.

- Bleuler, E. (1916). Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin: Springer.
- Burgmair, W., Engstrom, E.J. & Weber, M.M. (Hrsg.). (2000). Emil Kraepelin „Persönliches“. Selbstzeugnisse. Edition Emil Kraepelin (Bd. 1). München: belleville.
- Burgmair, W., Engstrom, E.J., Hirschmüller, A. & Weber, M.M. (Hrsg.). (2003). Kraepelin in Dorpat (1886-1891). Edition Emil Kraepelin (Bd. 4). München: belleville.
- Burgmair, W. (2005). „Mein wissenschaftlicher Beruf ist der eines Psychiaters und Medizinhistorikers.“ Eine Einführung zu Leben und Werk von Werner Robert Leibbrand. In P.U. Unschuld, M.M. Weber & W.G. Locher (Hrsg.), Werner Leibbrand (1896-1974). „... ich weiß, dass ich mehr tun muss, als nur ein Arzt zu sein ...“ (S. 15-51). München: Zuckschwerdt.
- DGPPN (2012). S3-Leitlinie / Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. Langfassung. äzq, Berlin 2012.
- DGPPN (2015). URL <http://www.dgppn.de/dgppn/geschichte/geschichte0.html>
- Eliasberg, W. (Hrsg.). (1917). Psychotherapie. Bericht über den I. Allgemeinen Ärztlichen Kongreß für Psychotherapie in Baden-Baden, 17.-19. April 1926. Halle: Marhold.
- Ellenberger, H.F. (1970). The Discovery of the Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry. London: Penguin Press.
- Engelhardt, D. (2005). Diätetik. In W. Gerabeck et al. (Hrsg.), Enzyklopädie Medizingeschichte (S. 299-303). Berlin: deGruyter.
- Engstrom, E.J., Weber, M.M. & Burgmair, W. (2006). Emil Wilhelm Magnus Georg Kraepelin (1856-1926). American Journal of Psychiatry, 163, 1710.
- Forel, A. (1889). Der Hypnotismus. Seine Bedeutung und seine Handhabung. Stuttgart: Enke.
- Frank, J.D. (1985). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In M.J. Mahony et al. (Eds.), Cognition and Psychotherapy (pp. 49-79). New York: Plenum Press.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut, 40, 130-145.
- Griesinger, W. (1876). Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten (4. Aufl.). Braunschweig: Wreden.
- Hell, D., Scharfetter, C. & Möller, A. (Hrsg.). (2001). Eugen Bleuler. Leben und Werk. Bern: Hans Huber.
- Hirschmüller, A. (1978). Physiologie und Psychoanalyse in Leben und Werk Josef Breuers (Jahrbuch der Psychoanalyse, Beiheft 4). Bern: Hans Huber.
- Hohagen, F., Stieglitz, D. et al. (2012). Psychotherapie. In M. Berger (Hrsg.), Psychiatrische Erkrankungen (4. Aufl.; S. 131-201). München: Urban & Fischer.
- Isserlin, M. (1926). Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Berlin: Springer.
- Jolly, P. (1914). Kurzer Leitfaden der Psychiatrie für Studierende und Ärzte. Bonn: A. Marcus & E. Weber Verlag.
- Kahl, L., Winter, L., Schweiger U. & Sipos, V. (2011). Die Dritte Welle der Verhaltenstherapie. Eine Übersicht über die Methoden und ihre Evidenzbasierung. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie, 79(6), 330-339.
- Kraepelin, E. (1887). Die Richtungen der psychiatrischen Forschung. Leipzig: F.C.W. Vogel.
- Kraepelin, E. (1909). Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte (8. Aufl., Bd. 1). Leipzig: Barth.
- Krafft-Ebing, R. (1886). Psychopathia sexualis. Eine klinisch-forensische Studie (1. Aufl.). Stuttgart: Enke.
- Krafft-Ebing, R. (1903). Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage für praktische Ärzte und Studierende (7. Aufl.). Stuttgart: Enke.
- Kretschmer, E. (1922). Medizinische Psychologie. Leipzig: Thieme.
- Längle, G. & Pollmächer, T. (2014). Mitteilungen aus der Bundesdirektorenkonferenz. Fortentwicklung der Weiterbildungsordnung für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie. Psychiatrische Praxis, 41(2), 113.



- Leibbrand-Wetley, A. (1966). Griesinger, Wilhelm. In: Neue Deutsche Biographie (Bd. 7; S. 64f.). Berlin: Duncker & Humblot.
- Lesky, E. (1965). Die Wiener Medizinische Schule im 19. Jahrhundert. Graz: Hermann Böhlau Nachf.
- Löwenfeld, L. (1897). Lehrbuch der gesammten Psychotherapie. Mit einer einleitenden Darstellung der Hauptthatsachen der medicinischen Psychologie. Wiesbaden: J.F. Bergmann.
- Marneros, A. (2005). Der „Urheber der psychischen Medizin in Deutschland überhaupt“ und „Vater des Wortes Psychiatrie“ – Johann Christian Reil. In A. Marneros & F. Pillmann (Hrsg.), Das Wort Psychiatrie ... wurde in Halle geboren (S. 3-79). Stuttgart: Schattauer.
- Müller, T. (2013). Hürden in der Forschung. Gehen den Psychiatern bald die Pillen aus? *Ärztzeitung online*, 11.12.2013.
- Pilcz, A. (1904). Lehrbuch der speziellen Psychiatrie. Für Studierende und Ärzte. Leipzig: Franz Deuticke.
- Reil, J.C. (1803). Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrüttungen. Halle: Curtsche Buchhandlung.
- Schott, H. & Tölle, R. (2006). Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. München: C.H. Beck.
- Schulte, D. (1999). Das Psychotherapeutengesetz. Seine Geschichte, seine Chancen und Herausforderungen. *Verhaltenstherapie*, 9(1), 52-54.
- Sigusch, V. (2004). Richard von Krafft-Ebing (1840-1902). Eine Erinnerung zur 100. Wiederkehr seines Todestages. *Nervenarzt*, 75, 92-96.
- Weber, M.M. (1999). Die Entwicklung der Psychopharmakologie im Zeitalter der naturwissenschaftlichen Medizin. Ideengeschichte eines psychiatrischen Therapiesystems (Angewandte Neurowissenschaft, Bd. 4). München: Urban & Vogel.
- Weber, M.M. (2005). Hermeneutische Ideenkunst wider medizinhistorische Genügsamkeit. Anmerkungen zu Werner Leibbrand. In P.U. Unschuld, M.M. Weber & W.G. Locher (Hrsg.), Werner Leibbrand (1896-1974). „... ich weiß, dass ich mehr tun muss, als nur ein Arzt zu sein ...“ (S. 1-14). München: Zuckschwerdt.
- Weber, M.M. (2015). Das Hysterie-Konzept der deutschen Psychiatrie um 1900 im Lehrbuch von Emil Kraepelin. *Psychotherapie*, 20, 50-64.
- Weygandt, W. (1902). Atlas und Grundriß der Psychiatrie (Lehmann's Medizinische Handatlanten, Bd. 27). München: J.F. Lehmanns.
- Wittchen, H.U. & Fichter, M.M. (1980). Psychotherapie in der Bundesrepublik. Materialien und Analysen zur psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung. Weinheim: Beltz.
- Ziehen, T. (1908). Psychiatrie für Ärzte und Studierende (3. Aufl.). Leipzig: Hirzel.

## Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Matthias M. Weber  
 Max-Planck-Institut für Psychiatrie (Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie)  
 Historisches Archiv | Kraepelinstraße 2-10  
 D-80804 München | mmw@mpipsykl.mpg.de