

Matthias M. Weber

Das Hysterie-Konzept der deutschen Psychiatrie um 1900 im Lehrbuch von Emil Kraepelin

The concept of hysteria of German psychiatry about 1900 in Emil Kraepelin's textbook

Die historische Entwicklung des Krankheitskonzepts der Hysterie wird nach wie vor häufig von der psychoanalytischen Theoriebildung bestimmt. Allerdings setzte sich auch die akademische Psychiatrie um 1900 intensiv mit diesem Krankheitsbild auseinander. Dies kann anhand der Darstellung der Hysterie im bekannten Lehrbuch der Psychiatrie von Emil Kraepelin exemplarisch nachgewiesen werden. Kraepelin interpretiert die Hysterie als eine anlagebedingte psychische Entwicklungshemmung, die zu atavistischen Reaktionen auf emotionale Reize führt. Seine therapeutischen Empfehlungen sind hauptsächlich durch seine Willenspsychologie bestimmt. Die psychoanalytische Auffassung der Hysterie lehnt er hingegen mit der Begründung ab, dass sie keinen wissenschaftlichen Kriterien genügen könne.

Schlüsselwörter

Hysterie – Geschichte der Psychiatrie – Emil Kraepelin

The historical development of the medical concept of hysteria is still dominated by psychoanalytical theory constructions. However, hysteria was also a main topic for academic psychiatry about 1900. This can be exemplified by the chapter on hysteria in Kraepelin's renowned textbook of psychiatry. For Kraepelin hysteria has to be interpreted as an inhibition of psychological development that evokes atavistic reactions to emotional stimuli and is caused by degenerative constitutional factors. Kraepelin's therapeutic recommendations follow his voluntaristic psychological assumptions. He rejects the psychoanalytical concept of hysteria due to its lack of a scientific foundation.

Keywords

Hysteria – history of psychiatry – Emil Kraepelin

„Das Problem der Hysterie ist bis zur erklärenden Stufe wissenschaftlicher Erkenntnis gefördert und wird gegenwärtig wesentlich unter genetischen Gesichtspunkten bearbeitet.“

Willy Hellpach (1904)

Hysterie – kein Krankheitsmodell der Psychoanalyse

Die aktuelle Diskussion um die histrionischen bzw. dissoziativen Störungen und die hierfür geeigneten Therapieverfahren wird nach wie vor von der These bestimmt, dass psychoanalytischen Erklärungsmodellen in der historischen Entwicklung des Hysterie-Konzepts eine zentrale Rolle zukommt. Dabei soll dieser Ansatz hauptsächlich aus der Auseinandersetzung der französischen und der deutschen Psychiatrie mit den traumatischen Neurosen sowie dem Hypnotismus als psychopathologischem Phänomen und Behandlungsmethode im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts hervorgegangen sein (vgl. z. B. King, 1995). Untersucht man zur Überprüfung dieser Hypothese etwa die Erläuterungen zur Genese des Hysterie-Konzepts in verbreiteten deutschsprachigen Lehrbüchern der Psychiatrie, dann ist festzustellen, dass meistens die von *Jean-Martin Charcot* (1825-1893), *Pierre Janet* (1859-1947) und *Sigmund Freud* (1856-1939) formulierten klinischen Beobachtungen sowie die daraus abgeleiteten intrapsychischen Mechanismen als maßgebliche Erkenntnisfortschritte für das Verständnis dieser psychischen Erkrankungen angegeben werden, insbesondere die „Abspaltung von Erlebnissen“ („*désagrégation*“) und der Mechanismus der „Konversion“ (Freyberger, 2012, S. 613; Kapfhammer, 2011, S. 682 f.).

Diese Auffassung beruht nicht zuletzt auf der bis in die 1990er Jahre gängigen Psychiatrie- und Psychoanalyse-Historiographie. Folgt man der Darstellung, wie sie etwa in „Die Entdeckung des Unbewussten“ (1973) von *Henri Frédéric Ellenberger* (1905-1993) ausgearbeitet wurde, dann gipfelte die Entwicklung der „dynamischen Psychiatrie“, die mit dem Aufkommen des Mesmerismus vor 1800 eingesetzt haben soll, in der Entstehung der Psychoanalyse und ihren ideengeschichtlichen Abkömmlingen. Allerdings ist die Bedeutung der Hysterie als kultur- und medizinhistorisches Phänomen damit keineswegs erschöpfend beschrieben; die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit hysterischen Symptomen und Patienten begann keineswegs erst in der deutschen Psychiatrie zur Zeit der Romantik und endete auch nicht mit der dominierenden Rolle des tiefenpsychologischen Denkens in der Psychotherapie während der Jahrzehnte nach dem Zweiten Weltkrieg (Scull, 2009).

In Anbetracht der Vielzahl der medizinischen Abhandlungen, die an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert zur „Hysteriefrage“ publiziert wurden, und zwar keineswegs nur von Psychiatern, muss diese Epoche tatsächlich als Höhepunkt der einschlägigen Diskussionen gelten. Allerdings stellt sich die Frage, ob in den zeitgenössischen Darstellungen über ein damals offensichtlich als vorrangig empfundenes klinisches Problem nicht vor allem die Verunsicherung des *Fin de Siècle*, des „Zeitalters der Nervosität“ (Radkau, 1998), über die gesellschaftlichen Veränderungen im Verlauf des 19. Jahrhunderts zum Ausdruck kam. Die Konversions- und Dissoziationshypothese hysterischer Symptombildung, die notwendig mit der Preisgabe eines rationalistischen Persönlichkeitskonzepts der Einheitlichkeit und Dominanz des bewussten Erlebens und Handelns verbunden war, spiegelte nicht zuletzt die Selbstzweifel des bürgerlichen Subjekts in der Zeit vor dem Ersten Weltkrieg wider.

Mit diesen Verweisen auf das kulturhistorische Umfeld sollen die klinischen und konzeptuellen Leistungen keinesfalls geschmälert werden, die z. B. *Josef Breuer* (1842-1925) und Freud in ihren klassischen Abhandlungen über die Hysterie erzielten. Darüber darf nur

nicht vergessen werden, dass die Hysterie in der gesamten psychiatrischen Fachliteratur um 1900 breit diskutiert wurde und die einschlägige Theoriebildung keineswegs auf die heute noch bekannten Arbeiten aus dem Umkreis der frühen Psychoanalyse beschränkt war. Auch Breuer und Freud hatten sich etwa in ihrer paradigmatischen Untersuchung „Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänome“ (1893) mit der Feststellung, „der Hysterische leide größtenteils an Reminiszenzen“, auf Arbeiten des deutschen Psychiaters und Wissenschaftsschriftstellers *Paul Julius Möbius* (1853-1907) und seines Lehrers *Adolf von Strümpell* (1853-1925) berufen. Um den Umfang und die Breite dieser keineswegs auf die Psychoanalyse begrenzten fachlichen Auseinandersetzungen in Erinnerung zu bringen, erscheint es sinnvoll, die in der akademischen Psychiatrie dieser Zeit vorherrschenden Meinungen über hysterische Erkrankungen anhand eines hierfür typischen Beispiels darzustellen, nämlich des Hysterie-Kapitels aus dem 1915 publizierten vierten Band der achten Auflage des Lehrbuchs der Psychiatrie von Emil Kraepelin (1856-1926).

Emil Kraepelins „Psychiatrie“

Kraepelin verdankte seine herausragende Stellung in der deutschen, aber auch in der internationalen Psychiatrie um 1900 hauptsächlich seinem Lehrbuch, das zwischen 1883 und 1927 insgesamt in neun Auflagen erschien. Die Zielsetzung dieses Werks, das in der ersten Auflage noch als ein übersichtliches „Compendium“ konzipiert war (Kraepelin, 1883), beruhte dabei nicht auf langfristigen Überlegungen, sondern eher auf der massiven persönlichen Krise Kraepelins im Sommer 1882, nachdem er sich mit seinem damaligen Vorgesetzten *Paul Flechsig* (1847-1929), dem Direktor der Universitätsirrenklinik Leipzig, völlig überworfen und dadurch seine Habilitation an der Leipziger medizinischen Fakultät ernsthaft gefährdet hatte (Burgmair, Engstrom & Weber, 2002, S. 24; Steinberg, 2001). Mehrere Kollegen und akademische Lehrer Kraepelins, insbesondere der Würzburger Kliniker *Franz von Rinecker* (1811-1883) und Leipziger Psychologe *Wilhelm Wundt* (1832-1920), hatten ihm in dieser Situation zur Abfassung eines Lehrbuchs geraten, um seine Bekanntheit zu fördern und damit seine Universitätskarriere zu sichern.

Schließlich dürfte eine entsprechende Anfrage der Leipziger Verlagsbuchhandlung Abel vom Oktober 1882 Kraepelin endgültig zur Niederschrift eines „kurzen Lehrbuchs“ motiviert haben (vgl. Brief Emil Kraepelin an seine Ehefrau Ina, 29.10.1882, publiziert in Burgmair et al., 2002, S. 248-251). Die Reaktionen auf das Erscheinen des „Compendiums“ machten Kraepelin bewusst, dass die Pädagogisierung der damals noch im Entstehen befindlichen Psychiatrie in Form eines Lehrbuchs für Studenten und Ärzte nicht nur allgemein ihre Stellung als medizinische Disziplin festigte, sondern auch seinen Ruf als akademischer Lehrer. Seitdem verwandte Kraepelin sehr viel Mühe darauf, seinen schriftlichen und mündlichen Unterrichtsstil dauerhaft zu verbessern (Burgmair, Engstrom & Hirschmüller, 2003, S. 31) und vor allem seine klinischen Darstellungen der Krankheitsbilder didaktisch zu präzisieren.

Kraepelins Lehrbuch zeichnete sich während der vier Jahrzehnte seines Erscheinens in allen neun Auflagen einerseits durch die Kontinuität dieses pädagogischen Impetus aus,

andererseits durch eine ständige Anpassung des Aufbaus an die jeweils aktuellen Themen der Psychiatrie. Kraepelin hatte dabei die Neuerungen häufig selbst durch sein klinisch-psychiatrisches Forschungsmodell und seine Nosologie vorgegeben. Dieser Umstand erklärt, weshalb sich trotz eines erheblich vermehrten Gesamtumfangs manche Textpassagen aus der ersten Auflage des Lehrbuchs auch noch in der achten Auflage wiederfinden, wobei sich allerdings die psychiatrische Krankheitslehre Kraepelins erheblich veränderte (Hoff, 1994). Kraepelin nutzte sein Lehrbuch ab der fünften Auflage von 1896 insbesondere dazu, seine Krankheitskonzepte der *Dementia praecox* und des manisch-depressiven Irreseins zu entwickeln und bekannt zu machen. Sie blieben nicht zuletzt aufgrund ihrer überzeugend wirkenden didaktischen Formulierung bis heute eine der Grundlagen der psychiatrischen Nosologie.

Die achte Auflage des Lehrbuchs, deren vier Bände von 1909 bis 1915 erschienen, war die letzte, die Kraepelin persönlich verfasste; die postum publizierte neunte Auflage von 1927 wurde hauptsächlich von seinem Schüler *Johannes Lange* betreut und blieb unvollständig. Daher gilt die achte Auflage als der Höhepunkt von Kraepelins psychiatrischem Denken. Zugleich repräsentiert sie wie kaum ein anderes Werk den Stand der deutschen akademischen Psychiatrie in der Zeit vor dem Ersten Weltkrieg.

Die Darstellung der Hysterie im Gesamtzusammenhang des Lehrbuchs

Im Gegensatz zu der überwiegenden Mehrzahl seiner Kollegen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts und trotz seiner Ausbildung bei dem Münchner Psychiater und Neuroanatomen *Bernhard von Gudden* orientierte sich Kraepelin wissenschaftlich nicht an der Neuroanatomie bzw. -pathologie als den damaligen Leitwissenschaften der Nervenheilkunde, sondern verstand sich als Schüler von Wilhelm Wundt vorwiegend als naturwissenschaftlich arbeitender Psychologe. Daher wurde schon von Kraepelins Zeitgenossen, insbesondere aber in der rezenten psychiatriehistorischen Literatur, häufig die Frage diskutiert, inwieweit Kraepelins experimentalpsychologische Studien seine klinischen Auffassungen und Darstellungen beeinflussten. Auf die Einzelheiten dieses kontroversen Diskurses kann hier nicht eingegangen werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die große Bedeutung, die Kraepelin beispielsweise dem langfristigen Verlauf psychischer Störungen für die Ätiologie und Diagnose beimaß, nicht zuletzt eine Reaktion auf den zeitlich eindimensionalen Querschnittscharakter experimentalpsychologischer Befunde darstellte (Burgmair et al., 2003, S. 52 f.), wobei er jedoch bis zu seinen letzten Publikationen an diesen Untersuchungsverfahren als psychiatrisches Forschungsinstrument festhielt (Kraepelin, 1926).

Nur vor diesem methodischen Hintergrund werden Struktur und Inhalt der klinischen Schilderungen der einzelnen psychischen Krankheitsbilder verständlich. Die Hysterie handelt Kraepelin im vierten Band seines Lehrbuches ab, der außerdem auch seine Ausführungen zu den „psychogenen Erkrankungen“ enthält. Darunter subsumiert Kraepelin z. B. die Neurasthenie und die traumatische Neurose. Ferner umfasst der vierte Band die Kapitel über Paranoia, über die sogenannten originären Krankheitszustände, d. h. Zwangsneurosen und Phobien, und schließlich über „psychopathische Persönlichkeiten“

und Oligophrenien. Bereits diese Stellung im Gesamtzusammenhang des Lehrbuchs zeigt an, dass Kraepelin die Hysterie zwar in den Umkreis derjenigen psychischen Störungen einordnet, für die „psychische Einwirkungen“ hinsichtlich Ätiologie und Verlauf eine besondere Rolle spielen. Jedoch sei der Zusammenhang des psychogenen Moments mit der klinischen Symptomatik nicht so offensichtlich wie etwa bei der „nervösen Erschöpfung“ oder der „Schreckneurose“ (Kraepelin, 1915, S. 1397-1399). Im Fall der Hysterie sei vielmehr davon auszugehen, dass sich zwischen die auslösenden „psychischen Reize“ und die beobachtbaren Krankheitserscheinungen „noch unbekante Zwischenglieder“ einschieben würden, weshalb es sich um eine „Krankheit von ausgesprochener Eigenart“ handle.

Symptome und „Gemütsbewegungen“

Entsprechend dieser Grundauffassung leitet Kraepelin sein 160 Druckseiten umfassendes Hysterie-Kapitel mit einem Hinweis auf die „tiefgreifenden Meinungsverschiedenheiten“ der psychiatrischen Experten über diese psychische Erkrankung ein (Kraepelin, 1915, S. 1547), wobei er sich der Definition von Möbius anschließt. Danach sei die Hysterie allgemein durch die „außerordentliche Leichtigkeit und Schnelligkeit“ gekennzeichnet, „mit der Gemütsbewegungen nicht nur das gesamte Seelenleben beeinflussen, sondern auch mannigfaltige körperliche Krankheitserscheinungen hervorbringen“. Mit dem heute kaum mehr gängigen Begriff „Gemüt“ bezeichnet Kraepelin in der Tradition der deutschen Philosophie die Gesamtheit der menschlichen Affektzustände, wobei er Angst, Schreck, Trauer, Zorn und Verzweiflung für besonders bedeutsam hält (Kraepelin, 1909, S. 121). Die Ansicht, dass die Hysterie auf pathologischen affektiven Reaktionen beruht, hatte sich seit der wegweisenden Studie des französischen Psychiaters *Paul Briquet* (1796-1881) über Hysterie (1859) zunehmend durchgesetzt.

Sodann handelt Kraepelin systematisch die Bereiche des psychopathologischen Befunds ab, die auch experimentalpsychologisch untersucht werden können. Die „Verstandesbegabung der Hysterischen“ sei „sehr verschieden“, das Auffassungsvermögen meistens ungestört (Kraepelin, 1915, S. 1548 f.). Aufgrund der „erhöhten gemüthlichen Ansprechbarkeit“ seien hysterische Patienten zwar meistens „geistig regsam“, neugierig und vielfach interessiert, jedoch ermangele es ihnen aus demselben Grund an Ausdauer bis hin zur Zerstretheit. Halluzinationen kämen nur während der „abnormen Bewusstseinszustände der Hysterischen“ vor, stark emotional getönte nächtliche Pseudohalluzinationen seien allerdings nicht selten (Kraepelin, 1915, S. 1550). Kraepelin vertrat zwar die Ansicht, dass das Assoziations- und Vorstellungsvermögen bei Hysterie inkonstant sei und oberflächlich bleibe sowie an Äußerlichkeiten hafte, lehnte jedoch die Ergebnisse der einschlägigen Studien von *Carl Gustav Jung* (1875-1961), insbesondere das Konzept der „Deckerinnerungen“ für konfliktbehaftete „Komplexe“ (Jung, 1904), aufgrund seiner persönlichen Erfahrungen mit den diffizilen und störanfälligen Durchführungsbedingungen bei experimentalpsychologischen Assoziationsuntersuchungen ab (Kraepelin, 1915, S. 1551). Tatsächlich hatte sich Kraepelin seit den frühen 1880er Jahren bis zu seinem Tod immer wieder mit derartigen Untersuchungen auseinandergesetzt (Kraepelin, 1884). Ferner seien Merkfähigkeit und Gedächtnisleistungen hysterischer Patienten meistens gut, allerdings würden sie nicht selten „zur Erdichtung von geschlechtlichen und räuberischen Angriffen“

neigen (Kraepelin, 1915, S. 1552 f.). Diese Einschätzung Kraepelins ist nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Diskussionen der Psychoanalyse um die Realtrauma-Theorie der Neurosen von Bedeutung. Der Affekt zeichne sich bei Hysterie laut Kraepelin nicht nur durch eine allgemein starke Erregbarkeit, sondern vor allem durch „wetterwendische“ Stimmungsschwankungen und Schreckhaftigkeit aus (Kraepelin, 1915, S. 1555).

Kraepelin geht dabei von der psychologischen Erfahrungstatsache aus, dass „schon beim Gesunden den Gemütsbewegungen ein weitgehender Einfluss auf körperliche Verrichtungen zukommt“ (Kraepelin, 1915, S. 1556). Dies erkläre etwa die „unwillkürliche Übertreibung der Ausdrucksbewegungen“ bei hysterischen Patienten. Kraepelin untermauert seine Hypothese anhand von Schriftproben und Schreibdruckkurven (Kraepelin, 1915, S. 1594 f.). Die Anwendung dieser Untersuchungsmethoden war für Kraepelins experimentalpsychologische Herangehensweise typisch, da er die Schriftpwaage häufig zur Charakterisierung von psychopathologischen Zuständen heranzog (Schäfer, 2005). Die häufigen hypochondrischen Beschwerden interpretiert Kraepelin im Zusammenhang mit der Tatsache, dass „bei der Hysterie die eigene Person besonders stark in den Vordergrund des Bewusstseins gerückt“ wird (Kraepelin, 1915, S. 1560); hinzu komme die „große Beeinflussbarkeit der Kranken“ (Kraepelin, 1915, S. 1563). Ihr Verhalten sei durch „unvermittelte Heftigkeit ihrer Gemütsregungen“ und „launenhafte Eigenwilligkeit“ gekennzeichnet (Kraepelin, 1915, S. 1568). Die „schwankenden Gefühle“ seien auch für die Suizidversuche Hysterischer verantwortlich, die allerdings meistens „mit untauglichen Mitteln und ohne Tatkraft angestellt werden“ (Kraepelin, 1915, S. 1569).

Um die Bedeutung der psychischen Störung für ihre Lebensführung aufrecht zu halten, würden hysterische Patienten außerdem zur Vortäuschung von Krankheitserscheinungen und zu Selbstverletzungen neigen (Kraepelin, 1915, S. 1573). Die „Schwankungen des gemüthlichen Gleichgewichts“ führen nach Kraepelin schließlich auch zur Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. „Eine gewisse Zahl von Hysterischen“ sei darüber hinaus „sittlich minderwertig“, „arbeitscheu, leichtsinnig, genussüchtig, naschhaft, lügenhaft“ (Kraepelin, 1915, S. 1575). Mit dieser negativen sozialen Bewertung, deren Wortwahl in der damaligen psychiatrischen Literatur keineswegs unüblich war, schließt Kraepelin seine Schilderung der „hysterischen Persönlichkeit“ ab. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass Kraepelin keine strikte Trennung zwischen hysterischen Akutsymptomen und Persönlichkeitsmerkmalen vornimmt, wobei er hierunter auch klinische Erscheinungen subsumiert, die heute anderen Persönlichkeitsstörungen zugeschrieben werden.

Darauf folgt die Darstellung der pseudoneurologischen Konversionssymptomatik, die damals sowohl die fachliche als auch die öffentliche Wahrnehmung der Hysterie dominierte. Ausführlich schildert Kraepelin die zahlreichen Varianten der hysterischen Dys-, An- und Hyperästhesien, der Hypo- und Hyperalgesien sowie der hysterischen Blindheit, wobei er auch auf Phänomene eingeht, die heute kaum mehr bekannt sind, wie etwa hysterisch bedingte Störungen des Farbensehens (Kraepelin, 1915, S. 1588). Die psychomotorischen Ausfälle, insbesondere die hysterischen Paresen, führt Kraepelin darauf zurück, „dass die gelähmten Glieder zwar für bewusste Willkürantriebe, nicht aber für andersartige Erregungen unzugänglich sind“. Insbesondere „unwillkürliche Schutz-, Stütz- und Abwehrbewegungen“ würden ernsthafte Verletzungen bei hysterischen Pati-

enten verhindern (Kraepelin, 1915, S. 1590 f.). Die Sprachproduktion sei häufig durch Stottern oder Hypophonie, das Schriftbild durch Zittern beeinträchtigt. Darüber hinaus seien die somatischen Beschwerden einerseits durch „Zuckungen“ aller Art, andererseits durch „krampfartige“ Körperwahrnehmungen bestimmt, wofür der Globus hystericus das bekannteste Beispiel darstelle (Kraepelin, 1915, S. 1597 f.). Schließlich würden auch „vasomotorische“ Störungen zur Hysterie zählen, wie etwa Pulsbeschleunigungen, Hitze-wallungen, Kälteempfindungen und Schweißausbrüche, wobei Kraepelin allerdings keine Erklärung für die spezifischen pathophysiologischen Mechanismen dieser Veränderungen anbieten kann.

Der hysterische Anfall als Kernsymptom der Hysterie

Nach der eher schematischen Aufzählung der Symptomgruppen geht Kraepelin auf den hysterischen Anfall ein, der nach damaliger Auffassung die gesamte Psychopathologie der Hysterie als extreme Ausprägungsform enthält. Deshalb sei laut Kraepelin eine klare zeitliche oder klinische Abgrenzung des „Anfalls“ von den längerfristig bestehenden „Symptomen“ des Hysterie keineswegs immer möglich. Charakteristisch während des „Anfalls“ sei allerdings der „veränderte Bewusstseinszustand, der von leichtester Umnebelung bis zu völliger Bewusstlosigkeit alle Grade der Trübung aufweisen kann“ (Kraepelin, 1915, S. 1604). Für diese Definition beruft sich Kraepelin nicht auf eigene Untersuchungen oder Beobachtungen, sondern auf die Arbeiten des Jenaer Psychiaters *Otto Binswanger* (1904). Die geschickte Legitimation seiner didaktischen Ausführungen durch die zeitgenössische Literatur zeichnete Kraepelins Arbeitsweise bei der Abfassung des Lehrbuchs übrigens häufig aus. Gleichzeitig stellten Kraepelins Ausführungen nicht selten das Vorbild für andere Autoren dar; zum Beispiel orientiert sich das Kapitel über Hysterie im 1914 erschienenen „Leitfaden der Psychiatrie“ von *Philipp Jolly* (1880-1932) deutlich an Kraepelins Darstellung.

Das Anfallsereignis selbst ist laut Kraepelin äußerst vielgestaltig; nach Aura-ähnlichen Vorbotensymptomen wie etwa Missempfindungen oder Übelkeit komme es zu einer „wirren, abwechslungsreichen Folge der wildesten motorischen Entladungen“ mit „geschlossenen oder weit aufgerissenen Augen“, die schließlich im bekannten „arc de cercle“ oder sogar in „Purzelbäumen“ endeten (Kraepelin, 1915, S. 1605 f.). Zwischen diese „sinn- und ziellosen Entladungen“ würden sich „Ausdrucksbewegungen“ einschieben, die „in einer gewissen Beziehung zur Umgebung stehen“, wie etwa ein „zorniger, ängstlicher, verzückter Gesichtsausdruck“ (Kraepelin, 1915, S. 1607). Die von der zeitgenössischen französischen Psychiatrie, insbesondere von *Georges Gilles de la Tourette* (1891) eingehend geschilderten sogenannten großen Anfälle, die eine noch weitaus reichhaltigere psychomotorische Psychopathologie boten, hält Kraepelin für sehr seltene „monströse“ Erscheinungsformen der Hysterie. Diese hätten sich nur „unter dem Einflusse der eifrigen ärztlichen Beobachtung“ ausgebildet, womit offensichtlich die Untersuchungsbedingungen und öffentlichen Vorlesungen an der Pariser Salpêtrière unter der Direktion Charcots gemeint sind (Kraepelin, 1915, S. 1610).

Kraepelin nimmt die nähere Charakterisierung der hysterischen Anfallstypen anhand einer Gegenüberstellung von psychomotorischen und Bewusstseinsstörungen vor. Am häufigsten sei der einfache „synkopale Anfall“ bzw. die „hysterische Ohnmacht“, wobei Kraepelin in diesem Kontext allerdings auch Fälle schildert, die heute z. B. eher als Narkolepsie aufgefasst würden (Kraepelin, 1915, S. 1611 f.). Die „zweite große Hauptgruppe“ der hysterischen Anfälle bilden die Dämmerzustände, die nicht selten durch „stärkere Reize (Kälte, Stechen, Kneifen)“ durchbrochen werden könnten. Auch hier ist laut Kraepelin eine vielfältige Psychopathologie zu beobachten; neben „lebhaften Erregungszuständen“, die eine „gewissermaßen zum hysterischen Dämmerzustand verzerrte Gemütsbewegung“ darstellen würden, seien „vorzugsweise bei jugendlichen Kranken“ auch Formen mit „läppischer Färbung“ zu beobachten, wobei das „Benehmen der Kranken [...] an dasjenige eines ungezogenen, albernern Kindes“ erinnere (Kraepelin, 1915, S. 1614 f.). Darüber hinaus beschreibt Kraepelin weitere dissoziative Anfallsformen, wie etwa „einfache, rasch vorübergehende Bewusstseinstrübungen mit Verwirrtheit“, die nicht selten zu sinnlosen und unverständlichen Reisen führen würden. Sogar den „Wandertrieb“ oder manche delirante Zustände fasst Kraepelin als hysterische Erscheinungen auf (Kraepelin, 1915, S. 1619 f.). Hierbei muss man sich der Tatsache bewusst sein, dass heutige apparative diagnostische Möglichkeiten, insbesondere zur Abgrenzung von epileptischen Dämmerzuständen, Anfang des 20. Jahrhunderts noch nicht zur Verfügung standen und die Unterscheidung zwischen dissoziativen und epileptischen Anfällen nach wie vor ein schwieriges differentialdiagnostisches Problem darstellen kann.

Die Erläuterung der dissoziativen Syndrome schließt Kraepelin mit der Darstellung von zwei Syndromen ab, die typischerweise bei Untersuchungshäftlingen vorkommen, nämlich der von *Sigbert Ganser* (1853-1931) definierte delirähnliche Dämmerzustand mit bewusstseinsnahem Vorbeireiden (1898) sowie der sogenannte Haftstupor, der erstmals von *Julius Raecke* (1872-1930) beschrieben wurde (Kraepelin, 1915, S. 1623 f.). Das Interesse Kraepelins an derartigen forensisch-psychiatrischen Spezialitäten ist nicht zuletzt dadurch zu erklären, dass er sich seit dem Beginn seiner Karriere immer wieder mit Themen aus diesem Bereich auseinandersetzte und hierüber auch publizierte (Burgmair, Engstrom, Hoff & Weber, 2001).

Verlauf und Prognose: Entwicklung oder Entartung?

Seiner Grundauffassung der Hysterie als einer durch pathologische Folgen von „Gemütsbewegungen“ bedingten und daher äußerst wechselhaften psychischen Störung folgt Kraepelin auch bei seiner Analyse des Krankheitsverlaufs, „der vielfachen Schwankungen unterliege“, nicht zuletzt im Hinblick auf die langfristige Entwicklung des Schweregrads (Kraepelin, 1915, S. 1635). Aufgrund einer Auswertung der Anamnesen von 150 Patienten, vermutlich aus der Münchner Nervenklinik, kommt Kraepelin zu dem Ergebnis, dass bei mindestens der Hälfte der Fälle die hysterische Symptomatik in unmittelbarem Zusammenhang mit „aufregenden Ereignissen“ auftrat, insbesondere durch „Enttäuschungen und Gemütsbewegungen durch Liebesverhältnisse, Auflösung von Beziehungen“ (Kraepelin, 1915, S. 1636). Die gesamte psychopathologische Symptomatik der Hysterie sei einerseits durch eine enge zeitliche und inhaltliche Verbindung zwischen

dem „auslösenden Anlass und hysterischer Reaktionsform“ gekennzeichnet, andererseits durch ihre Beeinflussbarkeit durch äußere Veränderungen. Dies zeige sich nicht zuletzt dadurch, dass eine neue Umgebung in der Regel zu einer Besserung der Symptome führe (Kraepelin, 1915, S. 1641).

Um zu belastbaren Aussagen über die Prognose der Hysterie zu gelangen, führt Kraepelin nach den von ihm vermuteten Kausalfaktoren fünf Untergruppen ein, nämlich die Entwicklungshysterie, Entartungshysterie, Alkoholhysterie, Unfallhysterie und Hafthysterie. Die meisten Betroffenen seien der ersten Gruppe der „vulgären Hysterie“ zuzurechnen, bei der zweiten spiele eine anlagebedingte „psychopathische Minderwertigkeit“ die überwiegende Rolle (Kraepelin, 1915, S. 1643), bei den letzten drei spezielle ätiologische Faktoren. Allerdings muss Kraepelin einräumen, dass diese Gruppen heterogen seien und keine klare Abgrenzung zuließen. Aus der Tatsache, dass Kraepelin die meisten klinisch behandlungsbedürftigen Fälle als Entwicklungshysterie betrachtete, schließt er allgemein auf eine eher günstige Prognose, „namentlich bei jugendlichen Kranken“ (Kraepelin, 1915, S. 1644). Auch die „Unfallhysterie“ sei durch die Wiederaufnahme einer „geregelten Tätigkeit“ günstig zu beeinflussen. Die „Alkoholhysterie“, d. h. diejenige Unterform, bei der die Symptomatik erst im Zusammenwirken mit Substanzmissbrauch auftritt, sei ebenfalls heilbar, „sobald es gelingt, die Kranken vom Alkohol zu befreien“. Hierbei bleibt aber offen, ob diese Einschätzung Kraepelins tatsächlich auf klinischen Beobachtungen beruht oder eher auf seinem Eintreten für die Abstinenzbewegung, der er sich seit der Mitte der 1890er Jahre zunehmend verpflichtet fühlte (Weber, 2003).

Die in der damaligen Psychiatrie weit verbreitete Ansicht, dass sich zwar die Art der hysterischen Symptomatik ändern könne, jedoch nicht die Erkrankung als solche, teilt Kraepelin daher nicht bzw. will sie auf die „Entartungshysterie“ beschränken, die durchaus in die Verlaufsform eines „dauernden psychischen Siechtums“ einmünden könne. Eindeutige Aussagen über den Verlauf der Hysterie bleibt Kraepelin letztlich schuldig; allerdings kommt er zu dem Schluss, dass die Lebenserwartung durch die „hysterische Erkrankung an sich nicht gefährdet“ wird (Kraepelin, 1915, S. 1645).

Eine Erkrankung des naiven Seelenlebens

Seine Interpretation der Ätiologie und des „Wesens“ der Hysterie stützt Kraepelin zunächst auf zwei epidemiologische Feststellungen, nämlich die Geschlechts- und Altersverteilung der Betroffenen. Obwohl die männliche Hysterie „heute keine seltene Krankheit mehr“ darstelle (Kraepelin, 1915, S. 1645) und die einschlägigen Zahlenangaben in der Literatur uneinheitlich seien, bestünden an der „stärkeren Beteiligung“ des weiblichen Geschlechts allgemein keine Zweifel (Kraepelin, 1915, S. 1646). Insbesondere sei das klinische Krankheitsbild bei Frauen „durchweg ein viel reicheres“, während bei Männern die Psychopathologie von Anfällen dominiert werde (Kraepelin, 1915, S. 1647). Die Altersverteilung analysiert Kraepelin anhand von 430 Fällen, wobei er zu dem Schluss kommt, „dass die Hysterie ganz vorzugsweise eine Erkrankungsform der jugendlichen Altersklassen ist“; bei drei Viertel der Patienten trete die Symptomatik erstmals bereits vor dem 20. Lebensjahr auf. In Fortführung seiner Ausführungen zum Verlauf der Hysterie

geht Kraepelin davon aus, dass „in der großen Mehrzahl der Fälle“ die Beschwerden mit zunehmendem Lebensalter zumindest nicht mehr psychiatrisch behandlungsbedürftig sind (Kraepelin, 1915, S. 1648 f.).

Ferner beschäftigt sich Kraepelin eingehend mit dem Familienstand hysterischer Patienten. Ein auffällig hoher Anteil von mehr als 80% sei ledig, und zwar sowohl der männlichen als auch der weiblichen Betroffenen. Kraepelin postuliert, dass die Hysterie einerseits eine Verheiratung erschwere, andererseits aber das Eheleben „größere Sicherheit vor gemüthlichen Stürmen“ gewähre und daher protektiv wirke (Kraepelin, 1915, S. 1653). Schließlich glaubt Kraepelin aus den Krankengeschichten der hysterischen Patientinnen seiner Klinik entnehmen zu können, „dass sich unter den weiblichen Hysterischen ein ganz unverhältnismäßig hoher Prozentsatz von Mädchen befindet, die vom Lande oder aus kleinen Städten in die Großstadt eingewandert sind“. Bei dieser Aussage stützte sich Kraepelin vermutlich auf die Auswertung der von ihm entwickelten „Zählkarten“, die in verdichteter Form die wesentlichen anamnestischen Daten seiner Patienten enthielten (Weber, 1997).

Aus allen diesen Beobachtungen zieht Kraepelin den Schluß, dass es sich bei der Hysterie um „eine Erkrankungsform des unentwickelten, naiven Seelenlebens“ handelt (Kraepelin, 1915, S. 1656 f.), d. h. um eine Art psychischer Entwicklungshemmung, die dadurch charakterisiert sei, dass „Gemütsbewegungen“ zu psychopathologischen und somatoformen Reaktionen führen. Ursache dieser psychischen Entwicklungsstörung sei zunächst eine „erbliche Veranlagung“, die bei etwa 50% bis 80% der Betroffenen nachgewiesen werden könne. Hierbei stützt sich Kraepelin nicht zuletzt auf zeitgenössische Literaturangaben, die sich in der Regel auf hospitalisierte Patienten beziehen. Diese von nahezu allen zeitgenössischen Autoren vermutete genetische Disposition bzw. „hysterische Konstitution“ (vgl. z. B. Lewandowsky, 1914) definiert Kraepelin als eine psychische „Entartung“, die zur Verminderung der „Widerstandsfähigkeit des Kindes gegen gemüthliche Erschütterungen“ führe, wobei das Erleben solcher „Erschütterungen“ ein unvermeidlicher Bestandteil des menschlichen Lebens sei. Das von dem französischen Psychiater *Bénédict Augustin Morel* (1809-1873) propagierte Entartungskonzept (1857), das letztlich eine vermeintlich biologisch begründete Umdeutung religiöser Sündenfalltheorien darstellte, wurde gerade wegen seiner wissenschaftlichen Unschärfe seit dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts häufig zur pauschalen Erklärung verschiedenster psychischer Störungen herangezogen. Die darin postulierte Verschlechterung der „Veranlagung“ über Generationen hinweg spiegelte eher soziale Urteile als gesicherte medizinische Kenntnisse wider und übte trotz fehlender naturwissenschaftlicher Nachweise einen großen Einfluss auf die psychiatrische Theoriebildung aus.

Kraepelin fasst die Ätiologie der Hysterie dahingehend zusammen, dass darin „die stammesgeschichtlich alte Neigung zu unmittelbarem Ausstrahlen der Gemütsbewegungen auf die verschiedensten Gebiete körperlicher und seelischer Leistungen infolge von Entwicklungshemmungen besonders stark erhalten bleibt und krankhaft ausgestaltet wird“ (Kraepelin, 1915, S. 1658). Mit dieser Deutung stellt sich Kraepelin zwar in die wissenschaftliche Tradition der spätestens seit *Charles Darwin* (1809-1882) existierenden biologisch-medizinischen Analyse menschlichen Ausdrucksverhaltens (1872), eine nähere

Auseinandersetzung mit Ätiologie oder dem pathologischen Mechanismus der vermuteten Entwicklungshemmung bleibt er jedoch schuldig. Allerdings misst er auch diesbezüglich der erblichen Veranlagung bzw. der Entartung und dem Alkoholmissbrauch eine entscheidende Bedeutung bei, „der bei Männern die nach dem 15. Lebensjahre beginnende, nicht traumatische Hysterie fast vollkommen beherrscht“ (Kraepelin, 1915, S. 1615).

Kraepelin war sich der um 1900 vorhandenen psychiatrischen Meinungsvielfalt zur Hysteriefrage durchaus bewusst, wobei seines Erachtens die Grundlinien seiner Auffassungen trotz einiger Detailunterschiede im Wesentlichen mit der damals anerkannten Argumentation übereinstimmten. *Willy Hellpach* (1877-1955) spreche etwa von der „Lenksamkeit als einer Grundeigenschaft der Hysterischen“ (1904), *Robert Gaupp* (1870-1953) von einer „mangelhaften Entwicklung des Regulierungssystems“, *Gustav Aschaffenburg* (1866-1944) vom „Missverhältnis von Reiz und Reaktion“, *Otto Binswanger* (1852-1929) vom „gestörten Parallelismus zwischen Reizgröße und Empfindung“ (Kraepelin, 1915, S. 1664 f.). Die hysterische Symptomatik sei somit als pathologisch-triebhaftes Hervortreten „stammesgeschichtlich uralter Schutzeinrichtungen“ aufzufassen, da beim hysterischen Patienten die Fähigkeit, „Gemütsbewegungen zu beherrschen und in planmäßige Willensarbeit umzusetzen“, unentwickelt geblieben sei (Kraepelin, 1915, S. 1668). Obwohl Kraepelin sich hier zwar reichlich der damaligen wissenschaftlichen Terminologie bedient, fasst seine Interpretation die Hysterie letztlich als einen persönlichkeitsinhärenten psychopathologischen Zustand auf, der durch eine mangelhafte Kontrolle der Emotionen durch den Willen gekennzeichnet ist. Diese voluntaristische Deutung wird nur vor dem Hintergrund verständlich, dass das Problem des Willens und vor allem der Willensbildung in vielen Schriften Kraepelins eine zentrale Rolle spielte, und zwar sowohl im privaten als auch im wissenschaftlichen Kontext (vgl. z. B. Burgmair, Engstrom & Weber, 2000, S. 40-41, 57-59).

Mit einigen zeitgenössischen Werken zur Hysterie setzt sich Kraepelin detailliert auseinander, insbesondere mit den Arbeiten von Janet. Er teilt zwar dessen Auffassung, dass bei der Hysterie eine Abspaltung bzw. ein Auseinanderfallen von Bewusstseinsvorgängen vorliege, d. h. eine Dissoziation im Sinne einer fehlenden „perception personelle“. Hierbei handele es sich allerdings nicht um eine angeborene Schwäche zur psychischen Synthese, wie dies von Janet vermutet werde, sondern um nichts anderes als die pathologische Wirkung von Gemütsbewegungen, „die eben erfahrungsgemäß die Beziehungen zwischen Bewusstsein und Außenwelt zu lockern vermögen“ (Kraepelin, 1915, S. 1672 f.). Darüber hinaus sieht Kraepelin durch Janet auch seine evolutionsbiologische Theorie der hysterischen Symptomatik bestätigt, da etwa „Naturvölker, Kinder und Frauen“ in weitaus höherem Maß die Gewohnheit hätten, „die Eindrücke der Außenwelt sofort in enge Beziehungen zur eigenen Person zu bringen, als etwa der forschende Gelehrte, dessen Streben auf möglichste Objektivität gerichtet“ sei (Kraepelin, 1915, S. 1673).

Eine höchst eigentümliche Lehre

Während Kraepelin sich durch seine kritische Würdigung von Janet in den Kontext der zeitgenössischen Anschauungen einreihet und diese um seine phylogenetische Interpre-

tation ergänzt, kann er jedoch einem anderen Aspekt der Auseinandersetzung um die Hysteriefrage überhaupt nichts abgewinnen, nämlich der damals „ganz neuartigen“ Anschauung von Freud und Breuer, „dass als die Ursache der hysterischen Störungen unliebsame und deswegen verdrängte persönliche Erlebnisse anzusehen seien, die gerade wegen ihrer Abtrennung aus dem Bewusstsein eine besondere, krankmachende Macht gewonnen hätten“ (Kraepelin, 1915, S. 1678). Diese Auffassung zeichne sich eher durch eine „derbe Anschaulichkeit“ denn durch die „Zuverlässigkeit ihrer psychologischen Grundlagen“ aus. Kraepelin bezweifelt zwar nicht den Mechanismus der Verdrängung, jedoch dessen psychopathologische Bedeutung und heuristische Reichweite. Die Behauptungen der „Tiefenpsychologie“ widersprächen insbesondere allen Erkenntnissen der „Universitätspsychologie“ zum Gedächtnis, zur Assoziations- und Erinnerungsfähigkeit. Auf diesem Gebiet fühlte sich Kraepelin infolge seiner eigenen experimentalpsychologischen Studien und seiner einschlägigen Literaturkenntnis äußert sicher. Besonders skeptisch stimmte ihn, „dass die pathogenen Komplexe in der Regel erst durch die verwickeltesten Deutungskünste [...] erschlossen werden müssen, und dass die Kranken trotz oder gerade wegen ihres Widerstrebens immer und immer wieder zum Grübeln veranlasst wurden, bis sich eine Erinnerung fand, die den Komplexsucher befriedigte“ (Kraepelin, 1915, S. 1680).

Aus wissenschaftshistorischer Sicht fällt auf, dass Kraepelin die Freud'sche Deutung der Hysterie zwar noch in den Kontext der zeitgenössischen Diskussion um die pathologische Wirkung von Gemütsbewegungen stellt, allerdings als „eine höchst eigentümliche Gestaltung“ dieser Lehre ablehnt (Kraepelin, 1915, S. 1677). Selbst „die bescheidensten Anforderungen an die wissenschaftliche Begründung derartig erstaunlicher Annahmen“ seien nicht erfüllt (Kraepelin 1915, S. 1681). Besonders scharf wendet sich Kraepelin gegen die mit der Psychoanalyse verbundene Sexualtheorie. Auch hier bezweifelt er die Möglichkeit intrapsychischer Mechanismen, wie etwa der Sublimierung, nicht prinzipiell, jedoch sei wiederum die heuristische Wertigkeit der psychoanalytischen Sexualtheorie zur Aufklärung hysterischer Symptome zu hinterfragen: „Von irgendeinem auch nur einigermaßen einleuchtenden Beweise für die Behauptung, dass die Verdrängung geschlechtlicher Gelüste imstande sei, Hysterie zu erzeugen oder gar, dass sie die einzige und wesentliche Grundlage jener Krankheit darstelle, kann somit gar keine Rede sein“ (Kraepelin, 1915, S. 1683). So widerspreche die epidemiologische Tatsache, dass beispielsweise „Dienstmädchen vom Lande“ keineswegs seltener hysterische Symptome entwickeln würden als „die Töchter besserer Stände“ der Annahme, dass dem „Kampf gegen geschlechtliche Gelüste“ eine maßgebliche ätiologische Bedeutung zukomme. Kraepelin räumt zwar ein, dass auch seine „Vorstellungen vom Zustandekommen der hysterischen Erscheinungen noch sehr rohe“ seien, kommt aber zum Schluss, „dass die Verfahren, welche die Grundlage der Psychoanalyse bilden, nicht die mindeste Gewähr für die Gewinnung wirklich zuverlässiger Einblicke in die Wirrnisse des Unbewussten bieten“ (Kraepelin, 1915, S. 1684).

Bekämpfung der Gefühle

Entsprechend der Bedeutung, die Kraepelin der Ausbildung des Willens beimaß, sind seine Therapieempfehlungen für hysterische Patienten ganz vom Gedanken der Erziehung zu psychischer Gesundheit bestimmt. Dies beginne bereits bei der „vorbeugenden Bekämpfung“, die „mit einer gesundheitsgemäßen, auf die körperliche Ausbildung gerichteten, einfachen Erziehung einzusetzen“ habe (Kraepelin, 1915, S. 1694). Ungünstig seien „Verweichlichung und Verzärtelung“, die „Einflüsse des Großstadtlebens“ oder die „Begünstigung geistiger Frühreife“. Diese allgemeinen Ratschläge spiegeln nicht zuletzt den Einfluss der Lebensreformbewegung und der Rassenhygiene auf Kraepelin wider. Die häufigen somatischen Beschwerden der Hysterie sollten durch „zweckmäßige Ernährung, Regelung der Darmtätigkeit“, ferner durch „kühle Überrieselungen, Massage, Gymnastik, allgemeine Faradisation“ sowie durch „Eisen- und Arsenpräparate“ behoben werden.

Eingreifende somatische Therapien, wie etwa die Kastration oder die Uterusamputation, die um 1900 unter der nach wie vor populären Vorstellung einer besonderen Beziehung der Hysterie zu den Sexualorganen propagiert wurden, lehnte Kraepelin schon deshalb ab, weil er hier keinen ätiologischen Zusammenhang erkennen konnte. Allerdings habe aufgrund der ausbleibenden Erfolge operativer Maßnahmen bei Hysterie „glücklicherweise [...] die Messerfreudigkeit auf der ganzen Linie bedeutend nachgelassen“ (Kraepelin, 1915, S. 1696). Auch der damals verfügbaren Pharmakotherapie stand Kraepelin sehr zurückhaltend gegenüber, insbesondere der Gabe von Opiaten, „da die Gefahr der Gewöhnung an das Mittel bei der Wehleidigkeit und Willensschwäche der Kranken eine außerordentlich große ist“ (Kraepelin, 1915, S. 1698). Die Hypnose sei als Behandlungsverfahren ebenfalls wenig geeignet, da hierdurch u. a. schwer zu durchbrechende und auch autohypnotisch auftretende Dämmerzustände provoziert werden können (Kraepelin, 1915, S. 1705 f.).

Entscheidend für eine erfolgreiche Therapie der Hysterie sei vielmehr die „psychische Einwirkung“, die als „Erziehung“ mit dem Ziel aufzufassen sei, „dem Kranken die Herrschaft über sein Gefühlsleben und dessen bewusste und unbewusste Äußerungen zu verschaffen“ (Kraepelin, 1915, S.1702). Zu diesem Zweck müsse sich der Arzt „das unerschütterliche Vertrauen und damit die unerlässliche Macht über die Kranken verschaffen“. Sinnvoll könne sowohl das „Überrumpelungsverfahren“ als auch die „zielbewusste Vernachlässigung“ der Beschwerden sein; im Mittelpunkt der Therapie sollte allerdings die „schrittweise und planmäßige“ Übung der „seelischen Kräfte“ stehen, vor allem die Beschäftigung mit „anregender und nützlicher Arbeit“ (Kraepelin, 1915, S. 1704). Im Hinblick auf Kraepelins Ausführungen über die Hysterielehre der Psychoanalyse verwundert es nicht, dass er die Wirksamkeit dieser Methode auch als therapeutisches Verfahren stark bezweifelt. Dadurch werde „schwerlich mehr erreicht, als auch sonst durch eine verständige psychische Behandlung Hysterischer mit sorgfältiger Berücksichtigung des Einzelfalles möglich ist“ (Kraepelin, 1915, S. 1701).

Die Behandlung der Hysterie im Lehrbuch Kraepelins zeigt exemplarisch auf, wie intensiv sich die akademische Psychiatrie um 1900 mit diesem Krankheitsbild auseinandersetzte. Die häufig geäußerte Vermutung, dass die psychiatrische Theoriebildung bis in die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg überwiegend durch die Auseinandersetzung mit den

Psychosen dominiert worden sei, erscheint daher unbegründet. Die Hysterielehre war nicht nur durch eine sehr differenzierte und exakte Beschreibung des klinischen Bildes gekennzeichnet, sondern auch durch das Bemühen, eine wissenschaftliches Erklärungsmodell der Ätiologie und Psychopathologie zu erarbeiten, das auf dem zeitgenössischen psychologischen Kenntnisstand beruhte. Kraepelin griff hier insbesondere auf die Psychologie der Ausdrucksbewegungen in der Tradition Darwins zurück, die er mit dem Entartungskonzept als ätiologisches Modell kombinierte.

Obwohl seit der Mitte des 19. Jahrhunderts unbestritten war, dass es sich bei der Hysterie um eine psychogene Erkrankung handelte, blieb jedoch der tatsächliche psychische Entstehungsmechanismus der hysterischen Symptomatik unklar. Dies gilt auch für den Ansatz von Kraepelin. Genau in diese Lücke konnte die Krankheitslehre der Psychoanalyse vorstoßen, obwohl sie nach den Kriterien der akademischen Psychologie und Psychiatrie keinen wissenschaftlichen Anforderungen genügte. Hierbei ist vor allem zu berücksichtigen, dass der allgemeinpädagogische Charakter der lehrbuchmäßigen psychiatrischen Therapieempfehlungen, die über die Ratschläge der Lebensreformbewegung kaum hinausgingen, wenig überzeugend wirkten, obwohl darin durchaus Ansätze enthalten waren, die aus heutiger Sicht etwa verhaltenstherapeutischen Techniken zuzurechnen wären. Unabhängig davon zeigt Kraepelins Darstellung der Hysterie auf, dass die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesem Krankheitsbild erheblich zur Entwicklung psychiatrischer Krankheits- und Therapiekonzepte beitrug.

Literatur

- Binswanger, O. (1904). Die Hysterie. Wien: Hölder.
- Breuer, J. & Freud, S. (1893). Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänome. *Neurologisches Centralblatt*, 12, 4-10, 43-47.
- Briquet, P. (1859). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris: Ballière.
- Burgmair, W., Engstrom, E.J. & Weber, M. M. (2000). Emil Kraepelin - „Persönliches“. *Selbstzeugnisse* (Edition Emil Kraepelin, Bd. 1). München: belleville.
- Burgmair, W., Engstrom, E.J., Hoff, P. & Weber, M.M. (2001). *Kriminologische und forensische Schriften* (Edition Emil Kraepelin, Bd. 2). München: belleville.
- Burgmair, W., Engstrom, E.J. & Weber, M.M. (2002). Emil Kraepelin. *Briefe I* (Edition Emil Kraepelin, Bd. 3). München: belleville.
- Burgmair, W., Engstrom, E.J., Hirschmüller, A. & Weber, M.M. (2003). Emil Kraepelin. *Kraepelin in Dorpat* (Edition Emil Kraepelin, Bd. 4). München: belleville.
- Darwin, C. (1872). *The Expression of the Emotions in Man and Animals*. London: John Murray.
- Ellenberger, H.F. (1973). *Die Entdeckung des Unbewussten*. 2 Bde. Bern: Hans Huber.
- Freyberger, H.J. (2012). Dissoziative Störungen. In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie* (4. Aufl., S. 613-622). München, Urban & Fischer.
- Ganser, S. (1898). Ueber einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand. *Archiv für Psychiatrie*, 30, 633-640, 654.
- Gilles de la Tourette, G. (1891). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie d'après l'enseignement de la Salpêtrière*. Paris : Plon.
- Hellpach, W. (1904). *Grundlinien einer Psychologie der Hysterie*. Leipzig: Engelmann.

- Hoff, P. (1994). Emil Kraepelin und die Psychiatrie als klinische Wissenschaft. Ein Beitrag zum Selbstverständnis klinischer Forschung (Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie, Bd. 73). Berlin: Springer.
- Jolly, P. (1914). Kurzer Leitfaden der Psychiatrie für Studierende und Ärzte. Bonn: Marcus & Weber.
- Jung, C.G. (1904). Diagnostische Assoziationsstudien. Beiträge zur experimentellen Psychopathologie. Leipzig: Barth.
- Kapfhammer, H.P. (2011). Dissoziative Störungen. In H.J. Möller, G. Laux & H.J. Kapfhammer (Hrsg.), Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie (4. Aufl., Bd. 2., S. 681-732). Berlin: Springer.
- King, H. (1995). Conversion Disorder and Hysteria – Social Section. In G. Berrios & R. Porter (Eds.), A History of Clinical Psychiatry. The Origin and History of Psychiatric Disorders (pp. 442-450). London: Athlon Press.
- Kraepelin, E. (1883). Compendium der Psychiatrie zum Gebrauche für Studierende und Aerzte. Leipzig: Abel.
- Kraepelin, E. (1884). Experimentelle Studien über Associationen. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 40, 829-831.
- Kraepelin, E. (1909). Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte (8. Aufl., Bd. 1). Leipzig: Barth.
- Kraepelin, E. (1915). Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte (8. Aufl., Bd. 4, Teil 3). Leipzig: Barth.
- Kraepelin, E. (1926). Versuche über fortlaufende Zeitschätzung. Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 43, 253.
- Lewandowsky, M. (1914). Die Hysterie. Berlin: Springer.
- Möbius, P.J. (1888). Über den Begriff der Hysterie. Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie, 11, 66-71.
- Morel, B.A. (1857). Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes, qui produisent ces variétés malades. Paris: Baillière.
- Radkau, J. (1998). Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler. München: Carl Hanser.
- Schäfer, A. (2005). Lebendes Dispositiv. Hand beim Schreiben (S. 241-266). In C. Borck & A. Schäfer (Hrsg.), Psychographien. Zürich: diaphanes.
- Scull, A. (2009). Hysteria. The biography. Oxford: Oxford University Press.
- Steinberg, H. (2001). Kraepelin in Leipzig. Eine Begegnung von Psychiatrie und Psychologie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Weber, M.M. & Engstrom, E.J. (1997). Kraepelin's „diagnostic cards”. The confluence of clinical research and preconceived categories. History of Psychiatry, 8, 375-385.
- Weber, M.M. (2003). „Natürlich besoff ich mich lästerlich ...“ Kraepelin und die Abstinenzbewegung um 1900. Sucht, 49, 34-41.

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