

# Die Entwicklung der klinischen Anschauungen Kraepelins.

Von

W. Mayer-Groß, Heidelberg.

Meine Damen und Herrn! Wenn ich hier zu dem bedeutungsvollen Thema der klinischen Anschauungen *Kraepelins* das Wort nehmen darf, so werden Sie nicht von mir erwarten, daß ich dieses Thema *nur* historisch, ausschließlich dem Gang der Ereignisse in der Vergangenheit nachspürend, behandle vor einer Zuhörerschaft, unter der manch einer diese Vergangenheit selbst noch miterlebt hat. Mit ein paar Daten und Zitaten möchte ich Ihnen nur das Wichtigste ins Gedächtnis zurückrufen. Auf der anderen Seite können die allzu gegenwärtigen Streitfragen der klinischen Psychiatrie, über die in jüngster Zeit im Anschluß an eine letzte Wendung der *Kraepelinschen* Anschauungen überreichlich Worte und Tinte geflossen sind, nicht hier noch einmal in ihrer Problematik ausbreitet werden. Ich möchte vielmehr den Versuch wagen, von der Vergangenheit des Heidelberger klinischen Wirkens *Kraepelins* eine Brücke in die Zukunft zu schlagen oder richtiger die alten Pfeiler auf ihre Standhaftigkeit zu prüfen und nicht zu verschweigen, wo sie brüchig sind. Das Zukünftige kann dabei nur angedeutet werden. So fasse ich das mir gestellte Thema auf.

Ein Blick in die Vergangenheit lehrt uns, daß auch insofern eine gewisse Korrektur unseres Themas erforderlich ist, als der an der organischen Natur gebildete *Entwicklungsbegriff* hier, wie so häufig im Geistigen, eigentlich nicht treffend anzuwenden ist, daß vielmehr die grundlegenden Gedanken *Kraepelins* zur psychiatrischen Klinik plötzlich fertig und vollständig zutage traten, wie die meisten wirkungsvollen Ideen. Der Konzeption folgten Jahre des Ausbaues, der Ausbreitung, des Stillstandes, bis eine neue Wendung das unverändert lebendige Problem in ein verändertes Licht rückte.

Fast unmittelbar am Anfang von *Kraepelins* klinischer Tätigkeit steht bekanntlich jenes kleine Kompendium, das er als 27-jähriger Privatdozent in Leipzig verfaßte, fußend auf verhältnismäßig geringen Erfahrungen, die er als *Famulus* bei *Rienecker* in Würzburg und während einer kurzen Assistentenzeit bei *Gudden* in München gesammelt hatte. „Neues wird niemand in einem Kompendium erwarten“, so heißt es in der Einleitung, dennoch habe er wenigstens eine gewisse Selbständigkeit der *Darstellung* erstrebt. Er nennt die Werke von *Griesinger* und *Krafft-Ebing*, auf welche er sich im speziellen Teile und *Emminghaus*, auf den er sich im allgemeinen Teile stützt. Von der dritten Auflage an sind es *Schüle* und *Krafft-Ebing*, die er als Gewährsmänner nennt, denen er die Gesichtspunkte der Einteilung der Erkrankungen entnommen habe. Die Auflagen des kleinen Werks

folgten sich, gemessen an dem geringen Interesse, das die wissenschaftliche Welt und die Allgemeinheit der Ärzte an der Psychiatrie zu jener Zeit hatte, verhältnismäßig schnell. Die zweite konnte unmittelbar nach der Berufung nach Dorpat 1887 erscheinen, mit dem Untertitel: ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Die dritte zwei Jahre später, kaum erweitert, aber vielfach umgearbeitet, die vierte, wesentlich vergrößert, 1893 nach der Übersiedlung nach Heidelberg. In der Benennung und Einteilung der Erkrankungen weisen diese vier Ausgaben erhebliche Unterschiede untereinander auf. Neue Gruppen werden gebildet, neue Bezeichnungen eingeführt, andere ausgeschieden. Der grundsätzliche klinische Standpunkt aber ist zum mindesten von der 2. Auflage ab der gleiche. Mit ihr etwa gleichzeitig erschien *Kraepelins* Antrittsvorlesung in Dorpat über „Die Richtungen der psychiatrischen Forschung“, in der dieser Standpunkt klar bezeichnet ist. Bei voller Anerkennung der Forschungsweisen *Griesingers*, *Meynerts* und *Guddens* tritt *Kraepelin* schon hier für das *Primat einer klinischen Betrachtungsweise* der Geistesstörungen ein und beruft sich dabei auf *Kahlbaum*. Eindrucksvoll wird die Unfruchtbarkeit der *Zellerschen* Einheitspsychose, welche *Griesinger* übernommen hatte, charakterisiert, *Meynerts* hirnmythologische Hypothesen finden eine scharf durchdachte Ablehnung und *Griesingers* Wort „Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten“ nennt *Kraepelin* eine „unzutreffende Formulierung des psychophysischen Problems unserer Wissenschaft“. Das Überwuchern der Hilfswissenschaften, der Umstand, daß „eine ganze Reihe hervorragender Vertreter unserer Disziplin die wissenschaftliche Kultivierung des irrenärztlichen Arbeitsfeldes fast gänzlich aufgegeben und ihre Neigungen statt dessen eben jenen Hilfswissenschaften zugewendet haben“, wird ebenso schmerzhaft empfunden wie die psychologische „Unwissenheit“ der Irrenärzte, von denen jeder ein anderes Steckenpferd habe. „Da sehen wir den einen mit der Physiologie der Großhirnrinde, den anderen mit der Mechanik der Blutzirkulation sich beschäftigen, während ein dritter die exakte Methode der Schädelmessung festzustellen bemüht ist usf.“

All dies hielt *Kraepelin*, soweit es nicht scheinfertige theoretische Spekulation war, keinesfalls für wertlos, aber er gruppierte die Hilfsarbeit um die zentrale Aufgabe, die es „nach Analogie unserer sonstigen medizinischen Erfahrung“ zunächst zu lösen gab: „die unbefangene Auffassung und unermüdete Verfolgung der einzelnen psychiatrischen Krankheitsfälle“, ihres gesetzmäßigen Ablaufs, die nach Ablösung des Zufälligen und Nebensächlichen zu einer praktischen Abgrenzung der einzelnen Krankheitsformen führen werde. „Die erste, nächstliegende allgemeine Aufgabe der Psychiatrie“ wäre „mit dieser Einteilung und Gruppierung ihres Stoffes durch die rein klinische Forschungsrichtung gelöst; die Bearbeitung des zweiten ungemein wichtigeren und schwierigeren Problems, der Zurückführung der Krankheitsformen auf ihre pathologischen Grundlagen bedarf dagegen des systematischen Zusammenwirkens aller jener Hilfswissenschaften . . .“ Hier sieht er auch den Punkt der Lösung des scheinbaren Widerstreits der einzelnen, sich damals heftig befehdenden, Forschungsrichtungen.

Noch knapper formuliert er diesen Gedanken im Lehrbuch, nachdem er dort in Kürze die Unmöglichkeit der Bildung von Krankheitsformen auf nur anatomischem oder rein ätiologischem oder rein symptomatologischem Wege dargetan hat: „Besäßen wir auf einem der drei Gebiete . . . eine durchaus erschöpfende Kenntnis aller Einzelheiten, so würde sich nicht nur von jedem derselben her eine einheitliche und durchgreifende Einteilung der Psychosen auffinden lassen, sondern jede dieser drei Klassifikationen würde — *diese Forderung ist das Fundament unserer wissenschaftlichen Forschung überhaupt* — mit den beiden anderen wesentlich zusammenfallen.“

Die *Kahlbaumsche* Grundidee der Krankheitseinheit ist schon hier — in der 2. Aufl. 1887 — klar erkannt und bezeichnet, und es ist nun ungemein reizvoll zu verfolgen, wie dieser Gedanke, den er zunächst noch in keiner Weise in die

Wirklichkeit umzusetzen vermag, doch immer wieder an die Wirklichkeit herangetragen, ja in sie hineingelegt wird. In der 3. Aufl. heißt es bereits, unter Fortlassung früher gemachter Vorbehalte: „daß die klinische Gruppierung der psychischen Störungen sich auf alle drei Kriterien der Klassifikation, denen man noch die aus dem Verlauf, der Prognose, ja der Therapie gewonnenen Erfahrungen hinzufügen muß, *gleichzeitig* zu stützen haben wird. Je mehr sich dabei die aus der verschiedenartigen Betrachtung gewonnenen Formen miteinander decken, desto größer ist die Sicherheit, daß diese letzteren wirklich eigenartige Krankheitszustände darstellen.“

Aus der Erwartung, daß sich die Diagnosen decken werden, ist also jetzt ein *Kriterium diagnostischer Sicherheit* geworden. Mit der 4. Aufl. aber wird für Kraepelin die Forderung der Einheit eine *Forderung der Natur selbst*. Er verzichtet, nachdem es ihm nach Übernahme des Heidelberger Lehrstuhls vergönnt war, „unter günstigeren Bedingungen als je zuvor“, klinische Beobachtungen selbst zu sammeln, auf das Herbeiziehen zahlreicher Literaturangaben, sondern strebt, wie es weiter in der Einleitung der 4. Aufl. heißt, „Naturwahrheit“ an, jeden Satz der Krankengeschichten kann er aus eigener Erfahrung belegen und erhofft so die „Gewinnung wirklich einheitlicher der Natur entsprechender Krankheitsbilder“.

Die Empirie, aus der für alle anderen Verwirrung, Mißverstehen, Resignation und Verzicht erwuchs, die ihm selbst später immer wieder die geschaffenen Einheiten zu zerstören drohte, sie machte ihn damals um so sicherer, je mehr er davon übersah. In den ersten 4 Jahren nach der Übersiedlung nach Heidelberg wuchs sein Vertrauen auf die klinische Ausgestaltung unseres Faches an Hand des neuen Materials. Schon in Dorpat schrieb er: er könne die Anschauung anderer Psychiater, welche die Aufgabe einer befriedigenden Einteilung der Seelenstörungen für unlösbar halten, nur bedingt teilen. Übergänge, abortive Formen u. dgl. weise die innere Medizin sogar auf dem Gebiet der bestcharakterisierten Genera morbi, dem der Infektionskrankheiten, auf. „Überall, wo wir den Versuch machen Lebensvorgänge ohne Rest und ohne Zwischenstufen in ein Schema einzuordnen, machen wir die Erfahrung, daß sich die anfangs scharfen Grenzen bei genauerer Kenntnis des Gegenstandes immer mehr verwischen, daß von jedem Beobachtungstypus zahllose unmerklich variierte Mittelglieder zu den benachbarten Typen hinüberführen.“ (3. Aufl.) Die 4. Auflage fügt aber hinzu: „Jedem Irrenarzt ist es bekannt, daß uns bisweilen Fälle begegnen, welche in jeder Beziehung, nach Entstehungsart, allen Einzelheiten der Krankheitserscheinungen und weiterem Verlauf eine geradezu verblüffende Übereinstimmung miteinander darbieten. Derartige Beobachtungen werden den natürlichen Ausgangspunkt unserer Einteilungsbestrebungen zu bilden haben usw. Durch strenge Ausscheidung aller nicht ganz dem ersten Typus entsprechenden Fälle werden wir zunächst zur Aufstellung zahlreicher kleinerer, wenig voneinander abweichender Gruppen geführt, deren nähere und fernere Verwandtschaft sich beim Überblick über ein großes Material unschwer wird erkennen lassen.“

So ist das theoretische und methodische Rüstzeug durchaus vorgebildet, er weiß bereits, daß die klinische Betrachtungsweise „in nicht allzu langer Zeit zu einer Gruppierung der Psychosen führen wird, die sich den analogen Leistungen im Bereich der übrigen Medizin völlig gleichberechtigt an die Seite zu stellen vermag“. Doch bleibt die Einteilung in großen Zügen noch die der 3. Auflage.

Es scheint mir nicht meine Aufgabe, den nur noch historisch interessanten Wandlungen dieser Einteilungen hier viel Zeit zu widmen. Die 5. Aufl., welche drei Jahre später, 1896, erschien, hat — das ist ja allgemein

bekannt — den endgültigen Bruch mit dem Bisherigen schroff verwirklicht. Sie beginnt mit dem stolzen Wort, daß nunmehr der letzte entscheidende Schritt von der symptomatischen zur klinischen Betrachtungsweise getan sei. „Überall hat die Bedeutung der äußeren Krankheitszeichen hinter den Gesichtspunkten zurücktreten müssen, die sich aus Entstehungsbedingungen, aus Verlauf und Ausgang der einzelnen Störungen ergeben haben. Alle reinen Zustandsbilder sind damit aus der Formenlehre verschwunden. In zahlreichen Punkten weichen die hier vertretenen Anschauungen von der herrschenden Lehre sehr erheblich ab . . . Was mir die Überlegenheit des hier befolgten klinischen Verfahrens über die herkömmliche Diagnostik unzweifelhaft dargetan hat, das ist die Sicherheit, mit welcher wir auf Grund unserer Krankheitsbegriffe den zukünftigen Gang der Dinge vorauszusagen imstande sind.“

Wir können uns das skeptische Lächeln vergegenwärtigen, mit dem der tausendmal prognostisch gescheiterte ältere Praktiker solche selbstsichere Ankündigung des jungen Professors in Heidelberg las; wir finden im Bericht über die 26. Tagung dieses Vereins in Heidelberg 1898 die ironischen und ablehnenden Diskussionsbemerkungen *Siemering's* und vieler anderer, welchen die Einheitlichkeit der von *Kraepelin* vorgestellten *Dementia praecox*-Fälle in keiner Weise einleuchtete. Wir wissen aber auch aus dem Zeugnis derjenigen, die damals bei *Kraepelin* psychiatrische Klinik hörten, deren zum Glück noch manche unter uns sind, von welcher schwungvollen wissenschaftlichen Begeisterung und diagnostischer Siegesgewißheit diese Vorlesungen durchpult waren. „Was man mit Recht vom Arzt verlangt, „so heißt es in der 5. Auflage“, ist die Vorhersage des Kommenden . . . Wir werden daher gut tun, dieser Aufgabe zunächst unsere volle Aufmerksamkeit zu widmen . . .“ An Stelle der Betrachtung und Überbewertung „träglicher Augenblicksbilder“ gelte es, *Lebensläufe* zu verfolgen.

Dies ist eine Lieblingsidee *Kraepelin's* geworden. Immer wieder hat er von Zeit zu Zeit die Notwendigkeit umfassender Lebensübersichten bis zum Ausgang betont und dabei oft das Studium gerade der Endzustände empfohlen. In einem Vortrag vor den bayerischen Psychiatern 1905, wo er die Anstaltspsychiater zur Mitarbeit ermunterte, setzte er sich mit der gleichen Überzeugtheit dafür ein wie 14 Jahre später in einem Aufsatz 1919, in dem er seine Zählkarteneinrichtung beschrieb. Gewiß sollte diese Betonung des Endes letztlich auch klinischen Zwecken dienstbar werden, aber sie entsprang doch nicht minder den großen Erwartungen, welche *Kraepelin* den Ergebnissen der *pathologischen Anatomie des Gehirns* entgegentrug. Dieses nur mittelbar der Klinik dienende Forschungsinteresse kämpft bei ihm mit der Freude am unmittelbaren Bild der Erkrankung einen Kampf, der für die weitere Ausformung seiner Psychiatrie mitbestimmend wurde. Je kürzer er in München bei einem unvergleichlich viel größeren Durchgang von Fällen den einzelnen

Patienten beobachten konnte, um so mehr erhoffte er von dem Studium der langen Lebensläufe und Ausgänge. Zu *Gustav Specht* soll er einmal geäußert haben: „Wenn ich nicht schon Psychiatrie von Heidelberg her könnte, in München könnte ich sie nicht lernen.“ Und trotzdem erwärmt er sich in jenem Zählkartenaufsatz für eine lebendige Schilderung des Verhaltens „unter Vermeidung von Fachausdrücken“, für „unbefangene, unverfälschte Darstellung“, für eine Pflege der „Feinfähigkeit für das Ungewöhnliche am Krankenbett“ und weist auf die alten Anstaltskrankengeschichten als auf eine Quelle solcher Beschreibungen hin.

Auf Grund der Erfassung „natürlicher“ „echter“ Krankheitsvorgänge zu „natürlichen“ Gruppen zu gelangen, das schwebte ihm stets als Ziel vor, nach *Kahlbaums* Vorbild „einheitliche Grundzüge durch den ganzen Verlauf zu verfolgen“, das verkündete er in der 2. Sitzung der Forschungsanstalt 1918 als nächste Aufgabe der Klinik. Im Grunde hat das von ihm so häufig zitierte Beispiel der Paralyse mit ihren durchaus verschiedenen Zustandsbildern sein Vertrauen auf eine symptomatologische Gruppierung in all den Fällen, wo Ätiologie und Anatomie ihn im Stiche ließen, niemals erschüttert.

Mißt man die Vehemenz, mit der diese Einstellung trotz aller Enttäuschungen, Selbst- und Fremdkorrekturen festgehalten wurde von einem so nüchternen Forscher, der sich den Tatsachen unbedingt und vorbehaltlos beugte, so begreift man, daß der Gegner darin schließlich eine Sache des *Glaubens* sah, dem er seine Skepsis als die wissenschaftliche Haltung gegenüberstellte. Eine *psychologische* Wurzel dieses „Glaubens“, wenn wir es einmal so nennen wollen, — die Herkunft der Idee von *Kahlbaum* ist ja schon besprochen — ist in *Kraepelins* Begabung und Neigung zum Sehen und Schildern von Kranken zu suchen.

Von der 5. bis zur 7. Auflage des Lehrbuchs sehen wir diese Lust am Beobachten und Darstellen in Blüte, ebenso wie in der „Einführung in die psychiatrische Klinik“, den gesammelten Vorlesungen, deren 1. Ausgabe 1901 von Heidelberg ausging. Hier gibt es Teile von musterhafter Klarheit und Geschlossenheit des Symptomaufbaues, in stets wacher Beobachtung gesammelt und in einer ruhigen sorgfältigen Sprache dargestellt, völlig untheoretisch, mit einer unverkennbaren Freude an dem, was es gibt, kurzum in der Haltung des echten Klinikers. Man wird wohl nicht fehlgehen, wenn man retrospektiv diese darstellerisch glänzenden Abschnitte des Lehrbuches für die weitreichende Wirkung seiner Psychiatrie in der ganzen Welt mitverantwortlich macht, und wenn man ihren Bestand in einer Zukunft voraussagt, wo man sie lesen wird, wie wir heute die klinischen Schilderungen eines *Trousseau* oder *Charcot* lesen und uns wundern, was ihrem vergleichsweise unbewaffneten Auge schon sichtbar war.

Es ist lohnend, *der Art* dieser psychologischen Beobachtungs- und Darstellungsgabe noch etwas genauer nachzugehen. Bezeichnend ist folgendes: Ein in der 5. Auflage vorübergehend, wohl unter dem Einfluß von *Möbius*, aufgegriffener Gesichtspunkt der Einteilung in *erworbene* und *anlagemäßig* bedingte Störungen wurde schon in der nächsten Auflage wieder fortgelassen. Das muß auffallen, da doch hier eine durchgängige, grundlegende Gesamtgruppierung gegeben war. Die Ursache ist meines Erachtens in dem geringen (in einem engeren Sinne) psychologischen Verständnis zu suchen, das *Kraepelin* der Besonderheit des *Psychopathischen* überhaupt entgegenbrachte, damals und später. Zwar findet sich in dem schon einmal genannten Vortrag im Jahre 1905 — soviel ich weiß zum erstenmal — die Unterscheidung zwischen krankhafter *Entwicklung* einer Persönlichkeit von dem die Persönlichkeit umformenden *Prozeß*. Aber die Tragweite dieser Gegensätzlichkeit, die zu jener Zeit bei seinen Schülern, etwa bei *Gaupp* und *Wilmanns*, schon gewürdigt wurde, hat *Kraepelin* auch später eigentlich nie voll erkannt<sup>1</sup>. Er war in gar keiner Weise ein verstehender, einführender Psychologe oder bekämpfte doch alle derartigen Neigungen und Gaben bei sich selbst. Seine klassische Schilderung des hysterischen Charakters z. B. war von ihm als ein aus zahlreichen Einzelbeobachtungen gesammeltes Mosaik gemeint, genau so wie die Zeichnung der katatonen Erregung. Noch in der 7. Auflage 1904 spricht er von hysterischem *Irresein*, vom *Zwangsirresein* ganz analog dem manisch-depressiven, dem arteriosklerotischen, dem Irresein bei Gehirnerkrankungen gebildet und mit ihm in gleicher Reihe rangierend. Ja noch im Jahre 1915 bildet er im 4. Band der 8. Auflage neue Namen wie Ponopathien, Homilopathien, Symbanthopathien und vereinigt unter diesen Bezeichnungen ganz verschiedenartige psychogene Störungen teils endogener, teils reaktiver Art und trennt sie künstlich von psychopathologisch nächstverwandten psychopathischen Zuständen ab.

Wie läßt sich dieser offenkundige Mangel an psychologischem Verständnis, oder richtiger: der innere Widerstand gegen die Verwertung unmittelbar psychologisch erfaßbarer Zusammenhänge, vereinbaren mit der zuvor gerühmten Freude an der Beobachtung und Schilderung des klinischen Bildes, einer Aufgabe von doch fraglos auch überwiegend psychologischer Natur? Zwei Momente scheinen mir geeignet, diese Gegensätzlichkeit zu beleuchten: ein lebensgeschichtliches und ein zeitgeschichtliches.

<sup>1</sup> Vgl. *Kraepelins* Definition der psychopathischen Persönlichkeiten als „unentwickelte Vorstufen wirklicher Psychosen“ oder „mißratene Persönlichkeiten ... durch ungünstige Vererbungseinflüsse, Keimschädigungen oder sonstige früh einwirkende Hemmungen ... wenn sich dabei ihre Mängel im wesentlichen auf das Gemütsleben und die Willensanlage beschränken, bezeichnen wir sie als Psychopathen.“

*Kraepelin* war zeitlebens ein eifriger *Botaniker*, er bestimmte gern Pflanzen und bis zur 7. Auflage nennt er das System *Linnés* als ein für die Psychiatrie wohl nie erreichbares Ideal einer Formenlehre. Die geschlossene, in sich ruhende Ausprägung des Lebendigen, wie es die Pflanze verkörpert, in der übersichtlichen Faßbarkeit, sowohl des Einzelindividuums, wie der systematisch geordneten Formenwelt, sichtbar, lautlos und relativ zeitlos, stabil, zog ihn an. So ist das, was er psychologisch und auch psychobiologisch sieht, statisch, querschnittartig. Für das Ineinandergreifen und Auseinanderhervorgehen psychischer Gegebenheiten hat er nur wenig Sinn. Soviel er auch vom *Verlauf* spricht, so ist ihm doch ein nach zeitlichen Werten gestaffeltes Kräfte-spiel, wie es eine Psychose durch das Zusammenwirken von anlage-mäßigen mit schicksalhaften, organisch bedingten mit reaktiven Momenten darstellt, nicht zugänglich gewesen. Und es ist nur folgerichtig, wenn er seiner großen unmittelbaren psychologischen Beobachtungsgabe selbst aufs stärkste mißtraut, ja sie sogar bekämpft, indem er schließlich ins Uferlose Einzelheiten aus den Fällen seiner Beobachtung sammelt, Phoneme, Wahninhalte, Arten der Körperbeeinflussung usw. und statisch das Vorkommen der Symptome zu erfassen sucht; so daß in der 8. Auflage anstatt des klinischen Bildes seitenweise — um mit *Hellpach* zu sprechen — „eine tote Masse von Symptomenstoff gehäuft“ ist, welche das Werk schwer genießbar macht.

Noch aufhellender ist der zweite Faktor: Die Historiker der Medizin bezeichnen bekanntlich das jüngstvergangene Zeitalter der Heilkunde als ein ganz überwiegend vom *anatomischen* Gedanken beherrschtes. *Kraepelins* klinische Wirksamkeit ist in stärkstem Maße an einem anatomisch fundierten Krankheitsbegriff, wie er zu seiner Zeit bei der Medizin allgemein in Geltung war, orientiert. Diese vorher schon gestreifte Einstellung hat ihn einerseits zu der erfolgreichen Zusammenarbeit mit *Nißl* und *Alzheimer* geführt. Sie hat aber auf klinischem Gebiet seinen Blick verschleierte für die bedeutsamen *konstitutions-pathologischen Ansätze*, die sich in der älteren Psychiatrie vorfanden und sie hat ihn gehindert, jene Schichtung und Gliederung, das Hereinragen des Gesunden in das Kranke, die funktionelle Mannigfaltigkeit im Seelischen und in dem psychophysischen Ganzen in Rechnung zu stellen. Er dachte anatomisch-statisch und bildete so seine Krankheitsformen und ihre Ordnung, von einer Neuropsychologie nach Art *Wernickes* trennte ihn nicht nur seine Abneigung gegen Theorien überhaupt, sondern auch die eindimensionale, undynamische Weise, die Lebensvorgänge denkend zu spiegeln. Daß die zum Teil starre Elementen- und Bewußtseinspsychologie *Wundts* dieser Denkform durchaus entgegenkam, kann ich hier nur andeuten.

Hörte man als psychopathologisch interessierter junger Student in den Jahren 1910—1912 in München *Kraepelins* Krankenvorstellungen für Vorgerückte, so wurde man zunächst von der kurz angebundenen

Nüchternheit zurückgestoßen, mit der hier das seelisch Lebendigste der Menschen zu differentialdiagnostischen Erwägungen herausgestellt und abgewogen wurde, von demselben Manne, dessen Bücher mit ihren lebensnahen Schilderungen das psychiatrische Interesse zuerst geweckt hatten. Erst allmählich wurde einem die mächtige phrasenlose Hingabe an ein Lebenswerk gegenwärtig. Die ganze Bedeutung aber des „*furor classificatorius* der Verlaufspsychiatrie“, wie *Hugo Liepmann* sich einmal ausdrückte, kann nur in einer historischen Gegenüberstellung sichtbar werden.

*Liepmann* benutzte seinerzeit *Kraepelins* wirkungsvolle Gestalt, um auf diesem Hintergrund die Forscherpersönlichkeit *Wernickes* als des „konstruktiven Kopfes“ in scharfen Konturen aufzuzeichnen. Für die Herausstellung von *Kraepelins* klinischer Arbeitsweise bietet sich uns die Persönlichkeit des gleichfalls jüngst verstorbenen, bedeutenden Prager Klinikers *Arnold Pick* als eine Folie an, an der aus Parallelen und Gegensätzlichkeiten sich interessante Aufschlüsse ergeben, welche uns zugleich dem Ziel unseres Berichtes, der Nutzenanwendung auf Gegenwart und Zukunft, näher bringen.

Die Lebenszeit der beiden Forscher deckt sich fast vollkommen. Beide werden von der Tätigkeit in Irrenanstalten auf akademische Lehrstühle berufen. Beide leiten ihre Arbeitsweise in der Psychiatrie von *Griesinger* her und berufen sich oft auf ihn. Sie treten der Empirie mit der Gesinnung des naturwissenschaftlichen Zeitalters gegenüber und legen die Fülle ihres ungeheuer fleißigen Sammelns von Beobachtungen in einem literarischen Lebenswerk von ungewöhnlich großem Umfang nieder. In der dieser Tätigkeit zugrunde liegenden Konzeption ihrer wissenschaftlichen Gesamtaufgabe greifen *Kraepelin* wie *Pick* auf weit zurückliegende, bis dahin kaum beachtete, von intuitiven Geistern entworfene Pläne zurück, deren Durchführung sie als ihre Lebensaufgabe betrachten: *Kraepelin* auf die 1863 erschienene kleine Schrift von *Kahlbaum*, *Pick* auf die geniale Nervenpathologie von *Hughlings Jackson*, deren Entstehung in die 70er Jahre des vorigen Jahrhunderts fällt. Abgesehen von der Anknüpfung an diesen „Entwurf des Ganzen in großen Linien“, wie *Pick* einmal sagte, richtiger vielleicht an die übernommene Forschungs-*idee* sind beide Männer Feinde theoretischer Spekulationen, weisen „Systeme“ wie diejenigen *Meynerts* und *Wernickes*, die der Erfahrung übergestülpt werden, damit sie sich ergebe, weit von sich.

Daß diese, wie wir sehen, unter nach mancher Hinsicht gleichartigen Voraussetzungen am gleichen Gegenstand, den psychischen Störungen, vollzogene Lebensarbeit zu so völlig verschiedenen Ergebnissen geführt hat, dafür haben wir gewiß in erster Linie die in jedem Fall ergriffene Idee, den gewählten Mentor, verantwortlich zu machen. Diese Wahl war sicher keine zufällige, aber sie war auch nicht allein ausschlaggebend. Schwerlich hätte *Pick* als junger Forscher die Aufgabe, ein Kompendium



zu schreiben, übernommen, auf keinen Fall hätte er, wenn ihn äußere Umstände dazu genötigt hätten, es zu einem Lehrbuch ausgebaut und in den Mittelpunkt seiner wissenschaftlichen Produktion gestellt. Obwohl er, wie aus fast jeder seiner späteren Arbeiten hervorgeht, über eine außerordentliche Kenntnis erfahrungsmäßiger wie literarischer Art auf allen Gebieten unseres Fachs verfügte, hat er nie den Versuch gemacht, dieses Wissen zu einer Übersicht über das Ganze zusammenzufassen, geschweige denn eine gestaltete Ordnung des psychopathologischen Geschehens vorzulegen. Das schien ihm ein Wagnis, zu dem die Zeit noch lange nicht gekommen sei. Auch die großartigen physiologischen Grundprinzipien von *Jackson*, die er immer wieder anwandte, verlockten ihn keineswegs zur Nacheiferung. Er sah vielmehr seine Aufgabe, wie er sie in einer methodologischen Studie beim Rücktritt vom Lehramt umschrieben hat, in der „mosaikartigen Bearbeitung“ der klinischen Erscheinungen, in der Erforschung des „sorgsamsten Details“, das er in dem in großen Linien gezogenen Entwurf des Ganzen eintrug. Es genügte ihm, wenn das Geschehen an irgendeiner Stelle durchsichtiger wurde, wenn er „eine Art Loch ins Dickicht“ brechen konnte. Die Präzision der dabei gewonnenen Einsicht wiege große Erfolge auf. Dabei stört ihn nicht die „Kleinheit des Arbeitsobjekts“, denn immer wieder zeigt ihm die Erfahrung, wie mangelhaft noch immer unsere „Materialkenntnis“ ist. Gewarnt durch die Fehlgriffe der Früheren, deren vorzeitige Verallgemeinerungen gescheitert sind, tritt er rein induktiv an die sich klinisch darbietenden Tatsachen heran, für eine Analyse der Symptomenkomplexe als Ganzes hält er unsere Wissenschaft noch nicht für ausreichend, geschweige denn für eine Synthese von Krankheiten. Für eine psychiatrische Klinik im Sinne einer gegliederten übersichtlichen Ordnung der Möglichkeiten pathologischen Geschehens geht *Pick* jedes Interesse ab. Er hat eine sehr große Zahl von Einzelfällen veröffentlicht, von der bohrenden Analyse des Falles stets ins Allgemeine vorstoßend, während *Kraepelin* reine Kasuistik gerne vermied, lieber zusammengehörige Beobachtungsbruchstücke von vornherein gesichtspunktmäßig ordnete.

Lehrt uns diese kurze Gegenüberstellung, mit welcher gänzlich ungleichen Resultaten die sog. naturwissenschaftliche Methode, die in Wirklichkeit weder eine einheitliche, noch vorurteilslose ist, den gleichen Gegenstand der Biologie bearbeiten kann, so zeigt sich weiterhin die paradoxe Tatsache, daß *Pick* bei seiner Kleinarbeit in *Zusammenhänge* des lebendigen Krankheitsgeschehens eindrang, welche *Kraepelin* trotz seiner steten Blickrichtung auf das Ganze verschlossen blieben. Seiner ausgesprochen physiologischen Denkweise gelang es, im Gegensatz zu der anatomischen *Kraepelins*, die zuvor skizzierte vielfältige Gliederung der psychophysischen Ablaufsweisen mit ihrem Zusammenspiel und den Übergängen von Gesund und Krank einzubeziehen; er vermochte hinter einzelnen

Symptomen als Erscheinungen das abgestufte Zustandekommen, die vielfältige Genese, zu sehen, obschon er zunächst einmal nichts tat, als mit „philologischer Akribie“ Material zu sammeln, um es, wie er sagte, „heranreifen zu lassen“. Von hier aus gesehen, scheint das Bild des *Mosaiks*, das *Pick* auf seine eigene Arbeitsweise anwandte, viel besser auf *Kraepelins* Bemühungen zuzutreffen, dessen wohlgegliederte Darstellungsform allerdings keine Fugen mehr sichtbar werden ließ, wohingegen *Picks* schwerfällige, mit Zitaten und Wissen überladene Schreibweise geradezu alle Glätten zu vermeiden sucht und vom Leser überhaupt keine Notiz zu nehmen scheint.

Sie werden mir einwenden, daß ich bisher den Hauptunterschied der beiden Forscher vernachlässigt habe, der am deutlichsten in dem Bekenntnis *Picks* zur *neurologischen* Methode zum Ausdruck komme. Als sein Ziel bezeichnet *Pick* den allmählichen Abbau alles dessen, was als nicht psychisch erweisbar ist. Darüber hinaus ist ja bekannt, wie sehr seine Arbeiten mit hirnlokalistischen Tendenzen durchsetzt sind auf der Suche nach „kleinen und kleinsten Funktionsherden“. Dieser Gegensatz zu *Kraepelins* ursprünglich psychologischem Ausgangspunkt wiegt nicht so schwer, wie es auf den ersten Blick erscheint. Denn beim näheren Zusehen erkennt man, daß die wesentlichen Arbeiten *Picks* besonders in der späteren Zeit von psychologischen und psychopathologischen Gesichtspunkten, Erörterungen und Anwendungen aufs stärkste beeinflußt und durchsetzt sind. Er entfernt sich eigentlich immer mehr von der Neurologie, entnimmt der Psychopathologie die Themen und Orientierungen seiner Arbeiten und verwertet dabei vor allem auch die Ergebnisse der modernen Psychologie, von denen *Kraepelin*, merkwürdig genug, kaum mehr Kenntnis genommen hat. Auf die geradezu gegensätzliche Entwicklung der klinischen Psychiatrie *Kraepelins*, von der Psychologie weg, hat *Hellpach* in einer überzeugenden Kritik der 8. Auflage den Finger gelegt. Umgekehrt hat *Kraepelin* in der klinischen Psychiatrie neurologischen Gesichtspunkten reichlich Raum gegeben, das ist uns aus der jüngsten Zeit ja noch gegenwärtig. — —

Was aber bleibt *uns* zu tun? Müssen wir den „Dogmen der klinischen Schule“ (*Bumke*) abschwören und uns mit *Hoches* Einheiten „zweiter Ordnung“ begnügen, die man jetzt Reaktionstypen nennt? *Birnbaum* hat in einer durchaus schlüssigen Beweisführung in der Festschrift zu Ehren *Bonhoeffers* nachgewiesen, wie wenig das Vorhandensein solcher Symptomverkuppelungen zum Aufgeben der echten Krankheitseinheiten Anlaß sein muß, ja, daß im Gegenteil die Existenz solcher klinischer „Radikale“ die Aufgabe stellt, sie aus dem „Symptomensemble“, in dem sie jeweils auftreten, als *diagnostisch unwichtig* auszuschneiden und den *spezifischen Hintergrund* um so genauer zu kennzeichnen. Da auch in der übrigen Medizin der anatomische Krankheitsbegriff in seiner starren Form längst humoral- und konstitutionspathologisch

gelockert und differenziert wurde, mutet es uns wie das künstliche Aufrechterhalten einer rein historischen Gegensätzlichkeit an, wenn vor einigen Jahren *Bumke* das Ende der klinischen Richtung verkündete, deren Diagnosen aber in Lehrbüchern und Handbüchern beibehalten werden. *Kraepelins* Aufsatz über die Erscheinungsformen ist, wenn man ihn unbefangen liest, nichts als ein Versuch, das Symptomenproblem konstitutionspathologisch zu lösen, keineswegs aber eine Aufkündigung der *Kahlbaumschen* Idee überhaupt. Die nosologisch einheitlichen Gebiete, welche *Kraepelin* mit einer „unheimlichen Fähigkeit, Wesentliches vom Unwesentlichen“ zu trennen (*Hellpach*), seinerzeit in den 90er Jahren hier abgegrenzt hat, sind bestehen geblieben und werden wohl im ganzen so bleiben, wenn auch die meisten Merkmale und Kennzeichen, die er damals angab, sich nicht als tragfähig erwiesen haben.

Allerdings können wir uns jetzt, nachdem Ordnung im großen herrscht, nicht mehr mit dem Blick auf das ganze Bild und seine Varianten begnügen, sondern wir versuchen den Erscheinungen, ihrer Natur und ihren Zusammenhängen näher zu kommen und sie präziser zu erfassen. Wir geben uns nicht mehr mit den Begriffen, die im klinischen Gebrauch immer unschärfer geworden sind, wie „Zerfahrenheit“, „Hemmung“, „Charakterveränderung“, „Gedächtnisstörung“, „Größenwahn“, „affektive Verblödung“, zufrieden; sondern völlig untheoretisch, *phänomenologisch*, wie auch *Pick* das mit *Jaspers* nennt, verlangt uns zu wissen, was vorliegt, und was auf diese Weise das klinische Bild konstituiert. Wir richten diese Frage sowohl an das aktuelle Einzelsymptom, wie an den diagnostisch charakteristischen Hintergrund, von dem es sich abhebt, sowohl an das rein Psychische, also etwa an die Denkstörung, als auch an die psychophysischen Grenzgebiete der sensorischen und motorischen Anomalien im Symptomenbilde, bis hinein in die sog. neurologischen Bezirke. Endlich nicht nur an das Augenblicksbild, sondern auch an den Ablauf, innerhalb kürzerer Zeiträume und auch über ganze Lebensläufe. Dabei leiten uns keineswegs nur diagnostische Gesichtspunkte, und die Auswahl dessen, was im einzelnen in Angriff zu nehmen ist, wird keineswegs nur von nosologischen Fragen her bestimmt. Auch die immer wieder vorkommenden „Radikale“, Symptomenverkuppelungen: Delir, Korsakow, Dämmerzustand usf. bedürfen dringend einer psychopathologischen und neuropsychologischen Analyse. Wir halten weiterhin nicht mehr alles, was der Kranke an Ungewöhnlichem produziert für unmittelbaren Ausdruck der Krankheit selbst, wir wollen die Umwege und Ersatzbildungen zergliedernd erkennen, um auf die Funktionen und ihre Störungen zu stoßen. Aber wir sträuben uns gegen die Verfahrungsweise von *Pick*, der bei ähnlichen Bemühungen oft nur noch einzelnes sah, Symptome und Symptömchen, aus dem Zusammenhang gerissen, analogisch verwertete, dabei naturgemäß den Blick für das Krankheitsgeschehen im ganzen verlor und damit auch

die Hoffnung auf eine systematische Ordnung der Formen. Von seinen hirnlokalisatorischen Bemühungen scheinen uns zwar die funktionellen Grundvorstellungen beachtenswert, gerade sie sind für uns mit dem Suchen nach Herden unvereinbar.

Dieses Studium der Erscheinungsformen, zu dessen Fortführung es weder an Gesichtspunkten, noch an Methoden fehlt, so daß heute erst recht kein Anlaß zum Ausweichen in die Hilfsdisziplinen besteht, führt unter anderem in ein zweites, jenes im engeren Sinne psychologische Reich, das erst durch *Freud* in die Medizin unserer Zeit Eingang gefunden hat, das der von *Jaspers* so genannten *verständlichen Zusammenhänge*. Wir sahen schon, wie wenig *Kraepelin* hier überhaupt von wissenschaftlichen Aufgaben wahrnahm, und zwar keineswegs nur weil er von den anfechtbaren Methoden *Freuds* zurückgestoßen wurde, sondern weil ihm das Organ für ganze Bezirke des Psychopathischen, die „innere Lebensgeschichte“ (*L. Binswanger*), fehlte. Eine neuartige klinische Gesinnung ist mit der verstehenden Psychologie in unser Fach (und auch in die übrige Medizin) eingezogen, nicht ungefährlich, wegen der noch mangelhaften Kriterien des Wahrheitsgehaltes der so erkannten Zusammenhänge, aber keinesfalls, wie die Werke *Bleulers* und *Kretschmers* beweisen, dem Ausbau der Klinik im Sinne *Kraepelins* entgegenstehend.

Erlauben Sie mir, entgegen der Übung, diese prinzipiellen Erörterungen mit einem ganz konkreten Beispiel zu schließen, indem ich Sie auf das großartige Naturexperiment der epidemischen Encephalitis hinweise: an ihrer ätiologischen Einheitlichkeit wird man wohl kaum zweifeln können, die Einheitlichkeit des Verlaufs und des Ausgangs wird uns immer mehr zur Gewißheit, je länger wir sie kennen, über die anatomische Einheitlichkeit habe ich kein Urteil, ihre Erkennung aus dem Gehirnbefund ist aber schon möglich. Ihre psychopathologische (und erst recht die neurologische) Symptomatologie weist eine ungeheure Mannigfaltigkeit auf: die ganze Psychiatrie scheint sich hier noch einmal zu wiederholen: psychopathieähnliche, zirkuläre, schizophrene Bilder werden beobachtet, Zwangsphänomene, Delirien, Zustände organischer Demenz, epileptiforme, paranoische Symptome treten interkurrent auf. Gleichwohl ist die klinische Diagnose aus dem Zustandsbild durchschnittlich leicht zu stellen, abgesehen vielleicht von ganz vereinzelt tumorartigen und hebephrenieähnlichen Fällen. Das kommt, wie Ihnen ja allen bekannt ist, daher, daß jedesmal diese so verschiedenartigen Erscheinungen vorübergehend, meist dauernd eingebettet sind in eine relativ kleine kennzeichnende Gruppe von Störungen, welche die Schlafwachregulierung, die Ausdrucks- und Willkürmotorik in spezifischer Weise befallen. Den Einwand, daß das nur neurologische Zeichen seien, kann ich nicht gelten lassen, ihn könnte man mit dem gleichen Recht und Unrecht gegen die katatonen Symptome machen, welche *Kraepelin* anfangs für pathognomisch für die Dementia praecox ansah. Niemals hat sich

*Kraepelin* bei aller psychologischen Interessiertheit für eine *rein* psychopathologische Diagnostik eingesetzt, so sehr es ihm sein strenger Parallelismus nahegelegt hätte. Auch in dieser Hinsicht war er ein wahrer Kliniker, auf den ganzen kranken Menschen gerichtet. Und auf keinen Fall ist auch bei der Encephalitis die seelische Erlebnisweise der motorischen Anomalien, gerade im Vergleiche mit derjenigen der katatonischen, denen sie in so vieler Hinsicht äußerlich gleichen, diagnostisch irrelevant. Es gibt für uns keine ängstlichen Ressortgrenzen zwischen Psycho- und Neuropathologie mehr, das haben uns die von *Kraepelin* angeregten pharmako-psychologischen Versuche ebenso eindringlich gelehrt, wie die Klinik der Encephalitis lethargica, die fraglos *eine echte Krankheit* im Sinne *Kahlbaums* ist, eine schlagende Bestätigung jener „Naturgesetzlichkeit“, auf der *Kraepelin* den stolzen Bau seiner klinischen Psychiatrie errichtet hat.

#### Literaturverzeichnis.

- Birnbaum*: Mschr. Psychiatr. **68**, 82. — *Bonhoeffer*: Mschr. Psychiatr. **37**, 94. — *Bumke*: (a) Münch. med. Wschr. **1924**, Jg. **71**, 1595. (b) Arch. f. Psychiatr. **76**, 58. — *Hellpach*: Z. angew. Psychol. **14**, 333. — *Hoche*: Z. Neur. **12**, 540. — *Kahlbaum*: (a) Die Gruppierung der psychischen Krankheiten 1863. (b) Die Katatonie. Berlin 1874. — *Kraepelin*: (a) Psychiatrie. 1 bis 8. Aufl. (b) Die Richtungen der psychiatrischen Forschung. Leipzig 1887. (c) Zbl. Nervenheilk. (*Gaupp*) **16**, 573. (d) Z. Neur. **42**, 169; **51**, 224; **52**, 107; **55**, 310; **61**, 351; **62**, 1. — *Liepmann*: Mschr. f. Psychiatr. **30**, 1. — *Pick*: Die neurologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie. Beihefte zur Mschr. f. Psychiatr. H. 13. Berlin 1921. — *Plaut*: Z. Neur. **108**, 1. — *Sittig*: Arch. f. Psychiatr. **72**, 1. Jb. f. Psychiatr. **44**, 1. — *Spielmeyer*: Z. Neur. **108**, 10.