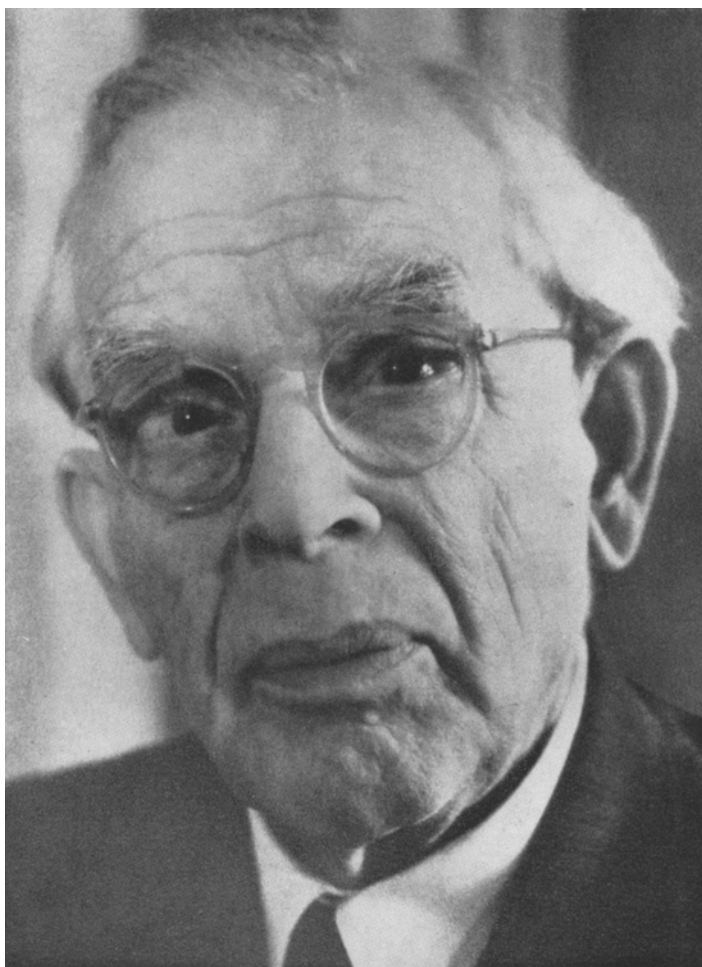


**Karl Bonhoeffer, 1868—1948**



A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Bonhoeffer'. The signature is written in a cursive style with a long horizontal stroke at the end.

KARL BONHOEFFER wäre am 31. März 1968 hundert Jahre alt geworden. Es ziemt sich wohl, eines Mannes zu gedenken, der am Aufbau des heute gültigen psychiatrischen Lehrgebäudes Entscheidendes geleistet hat: gerade in einer Zeit, in der das Interesse an historischer Besinnung ganz allgemein und allerorts mehr und mehr zu schwinden scheint. Die Inschrift auf seinem Grabstein besagt, daß hier sich ein Leben vollendet habe, das trotz tiefem Leide gesegnet gewesen sei. Wenn wir uns fragen, worin denn dieser Segen zu suchen sei, so gewiß nicht allein in seiner Bedeutung als Forscher oder gar als Lehrer und Arzt.

Für den, der BONHOEFFER aus eigenem Erleben kannte und bei ihm lernen durfte, ist seine Persönlichkeit gar nicht denkbar ohne die Welt seiner Familie, wobei es nicht etwa um die große Schar seiner Kinder und Enkelkinder geht, sondern um eine geistige Haltung, die bestimmt wurde zwar auch vom Erbgut, nicht minder aber von der beispielgebenden Kraft, die von ihm selber ausging. Daß der Name BONHOEFFER und der ihm verwandten Familien SCHLEICHER, VON DOHNANY, DELLBRÜCK und VON HASE zum Symbol werden konnte für den Widerstand, der aus der Tradition einer bestimmten geistigen Führungsschicht sich gegen die Diktatur erhob, ist nicht von ungefähr, und wenn auch BONHOEFFER selbst nicht aktiv daran beteiligt gewesen sein mag, so wurzelte diese Haltung seiner Kinder und Schwiegerkinder, die dafür den Tod erleiden mußten, letzten Endes doch auch in den prägenden Eindrücken familiärer Überlieferung und Erziehung.

Die Familie BONHOEFFER war im 16. Jahrhundert aus Holland nach Schwaben eingewandert. Die Vorfahren waren Theologen, Ärzte und Juristen, der Vater zuletzt Präsident des Landgerichts in Ulm. Im Chor der schönen St.-Michaels-Kirche in Schwäbisch Hall stehen die Epitaphien seiner Ahnen, die in dieser Stadt als Dekane gewirkt haben. Wie dies in den protestantischen Familien Schwabens ja keineswegs selten ist, finden sich im Stammbaum verwandtschaftliche Beziehungen zu zahlreichen anderen Familien der geistigen Elite des Landes.

Dies also war die Welt, aus der BONHOEFFER herkam, und es war notwendig, darauf hinzuweisen, weil die enge Verflechtung in eine solche Tradition an ihm selber auf Schritt und Tritt zu spüren war: in der Vornehmheit der Gesinnung, seines Auftretens, der leisen und unaufdringlichen Art, in der er die Klinik führte, in der Autorität, die durchaus patriachalische Züge hatte und die von ihm ebenso selbstverständlich in Anspruch genommen wurde, wie man sie ihm zu geben bereit war. Man hörte von BONHOEFFER kein lautes Wort und er hatte gewiß nichts Diktatorisches an sich, aber keiner im Hause hätte es gewagt, Anordnungen und seine Wünsche, die er — oft nur den Eingeweihten kenntlich — mit wenigen, wie unabsichtlich hingeworfenen Bemerkungen kundtat, nicht zu respektieren.

BONHOEFFER — nach außen ein Vorbild von Zucht und Beherrschtheit — war im Innersten, das erfuhr jeder, der ihm näherkam, äußerst sensibel und empfindsam, bis ins hohe Alter von starken Affekten besetzt, die in kleinerem Kreise sich manchmal in recht sarkastischen Bemerkungen über Zeitgenossen und Zeitumstände Luft machten. Die kühle Distanz, mit der er gleichmäßig alle seine Mitarbeiter — wenigstens im Dienst — behandelte, war wohl nur eine Haltung, die ihn davor schützen sollte, daß ein anderer allzu sehr in sein Inneres hineinsah.

Diese Atmosphäre einer gewissen Distanziertheit erstickte jeden Versuch zu Intriguen und zu Machtkämpfen unter den Mitarbeitern, wie sie an vielen Kliniken leider ja üblich sind, schon im Keime. Es wurde niemand bevorzugt, es gab auch keine Streberei, zumal BONHOEFFER selber sehr wenig Wert auf literarische Kraftanstrengungen legte, um so mehr aber die ärztlich-diagnostische und therapeutische Haltung bei seinen Mitarbeitern bewertete. Dies entsprach wohl seiner Abneigung gegen jede Art von „Betrieb“, ebenso aber auch einer ihm wohl angeborenen skeptischen Haltung, einer Bescheidung auf das, was er in der Wissenschaft für wesentlich hielt. Und das war wohl nicht viel. Auf Luxus legte er keinen Wert, sein Dienstzimmer — auch gemessen an der altpreußisch einfachen Ausstattung der Charité — war an Bescheidenheit der Einrichtung kaum zu unterbieten. Finanzielle Gesichtspunkte spielten bei ihm keine Rolle und sogenannte Privatpatienten wurden gewiß nicht verwöhnt. Es gibt ergötzliche Anekdoten, die das Gegenteil bezeugen. Wenn man BONHOEFFER an ein Krankenbett rief, konnte man sicher sein, daß er, wer auch immer in seiner Sprechstunde sein mochte, alles stehen- und liegen ließ und sogleich zur Stelle war, um zu raten, zu helfen, oder — was nicht selten der Fall war — durch sein Schweigen die getroffenen Maßnahmen zu billigen. Wo findet man heute noch solche Pflichttreue auch in den kleinsten Dingen?

Wohl gleichfalls aus einer solchen Selbstbescheidung heraus hat BONHOEFFER es niemals unternommen, ein Lehrbuch zu schreiben. Dabei hat er sich wissenschaftlich fast auf allen Gebieten der Psychiatrie und auch der zentralen Neurologie betätigt und einige Themen, wie z.B. die symptomatischen Psychosen, die Geisteskrankheiten der Trinker und zuletzt noch die choreatischen Erkrankungen, auch monographisch behandelt.

Wenn wir versuchen wollen, das wissenschaftliche Werk BONHOEFFERS kurz zu umreißen und auch (soweit es die Nähe des zeitlichen Abstandes zuläßt) kritisch zu betrachten, so ist vielleicht das Erstaunlichste daran, daß die bedeutendsten seiner Konzeptionen, d. h. die Lehre von den akuten exogenen Reaktionstypen, die Hypothese von den sogenannten ätiologischen Zwischengliedern, die Abgrenzung der hysterischen Reaktionen aus der Sammelgruppe des Psychogenen, der Neurosen, bis heute ihre Gültigkeit nicht verloren haben. Dies mag wohl daran liegen, daß

BONHOEFFER alles Spekulative um seiner selbst willen ganz fern lag und daß er, begabt mit dem sicheren Blick eines kritischen Beobachters, sich lediglich auf das stützte, was die empirischen Tatbestände ihm zeigten.

Ohne näher auf Einzelheiten eingehen zu können, sei hier zunächst der Lehre von den akuten exogenen Reaktionstypen gedacht und der Aufstellung der hierher gehörigen, allgemein bekannten Syndrome. BONHOEFFER hat zum ersten Male dargelegt, daß das Hirn auf exogene Noxen eben nur eine beschränkte Anzahl von Reaktionsmöglichkeiten bereit hält, die unabhängig von der besonderen Art der Noxe und im wesentlichen auch unabhängig von bestimmten Anlagen in der Regel eben als „typisch“ für die Exogenität des schädigenden Agens angesehen werden kann. BONHOEFFER hat dabei schon frühzeitig erkannt, daß gelegentlich auch Syndrome, wie wir sie bei endogenen Psychosen beobachten, etwa katatonie Erregungen, maniforme oder halluzinatorische Zustandsbilder, dabei vorkommen können, daß dies aber nicht die Regel ist und dann wohl auf konstitutionell gegebene Dispositionen besonderer Art hinweist.

Mit dieser Lehre, die in ihren Grundzügen auch heute noch richtig ist, war nach der Aufstellung der endogenen Psychosen durch KRAEPELIN der Kreis geschlossen, der nun alles erfaßte, was auf patho-biologische Vorgänge im Organismus zurückgeführt werden konnte, handele es sich nun um mehr endogene oder um mehr exogen verursachte Zustandsbilder. Jetzt hatte man also alles das, was als Störung im biologischen Bereich bezeichnet werden mußte, zusammengefaßt und war nun in der Lage, diese als echte Krankheiten zu charakterisierenden Zustände, den sogenannten Neurosen, d. h. den abnormen Reaktionen, den Fehlentwicklungen und Verirrungen der Person (nicht des Organismus!) gegenüberzustellen. Daß sich später eine lebhafte Diskussion zu der Frage entwickelte, ob die Entscheidung zwischen endogen und exogen nicht nur mehr eine Frage der Qualität der Noxe sei, ist bekannt.

BONHOEFFER hat die Syndrome der exogenen Reaktionstypen, d. h. also die Amentia, die Ausnahmezustände, die Delirien, das Korsakow-Syndrom, zwar nicht zum ersten Male beschrieben, aber doch wohl am gründlichsten psychopathologisch analysiert. Seiner Zeit entsprechend dachte er im wesentlichen an eine Allgemeinschädigung der Hirnrinde. Heute denken wir darüber freilich anders, und allein schon die Befunde GAMPERS bei Delirien und Korsakow-Zuständen haben uns gezeigt, daß es sich hier doch wohl um lokalisierbare Schädigungen handelt und daß hier wahrscheinlich ortsspezifische Besonderheiten des Gewebestoffwechsels wirksam sind. Das gleiche dürfte wohl auch für die Halluzinosen gelten, die ja sowieso in das System der exogenen Reaktionen, folgt man der Bonhoefferschen Lehre, niemals recht hineinpaßten. Auch haben neuere Untersuchungen ergeben, daß die Störungen des „Bewußtseins“,

wie BONHOEFFER noch meinte, keineswegs das Achsensyndrom darstellen, jedenfalls dann nicht, wenn man unter Bewußtsein das Wachbewußtsein, die Wachheit versteht. Das zentrale Symptom sowohl der Ausnahmestände wie auch des Delirs und des Korsakow-Syndroms (zum Unterschied vom amnestischen Syndrom!) ist nämlich die Falschorientiertheit, die Verfälschung der aktuellen Situation auf Grund einer Unfähigkeit, sich seines „biographischen Orts“, d. h. der momentanen Position in der Lebensgeschichte, zu vergegenwärtigen. Diese Unfähigkeit beruht auf einer partiellen Störung der Selbstvergegenwärtigung in bezug auf die historische Zeit. Hierin liegt die Grundstörung und nicht etwa in einer Schwäche des Gedächtnisses bzw. des Merkens, wie BONHOEFFER dies noch annahm, obwohl er als guter Beobachter selbst schon festgestellt hatte, daß die sogenannte Merkfähigkeit sehr wechselhaft ist und die Korsakow-Kranken bei Gedächtnisprüfungen im Laboratorium sehr viel besser abschneiden, als wenn man sie nach ihren aktuellen Lebensumständen fragt.

Unbeschadet solcher Korrekturen, die hinsichtlich der Psychopathologie der einzelnen exogenen Syndrome angebracht werden müssen, bleibt deren klinische Existenz doch unangefochten, und neuere Versuche, sie zu sogenannten „Durchgangssyndromen“ zu nivellieren, sind unserer Ansicht nach allein schon aus rein terminologischen Gründen wenig glücklich und auch nicht notwendig, sondern im Gegenteil nur geeignet, die Tatbestände zu verschleiern und die Grenzen zwischen den einzelnen Syndromen zu verwischen. Auch die „gestaltanalytische“ Betrachtung der exogenen Syndrome, wie sie CONRAD versucht hat, stellt wohl eine unseren heutigen psychologischen Erkenntnissen besser angepaßte Art der Beschreibung dar, sagt aber über die Genese der einzelnen Syndrome, über deren Zusammenhänge und die kausale Beurteilungen im Sinne einer möglichen Lokalisation nichts Neues aus.

Auch die von BONHOEFFER aufgestellte Hypothese der ätiologischen (wie EWALD vielleicht besser formuliert hat) pathogenetischen „Zwischenglieder“ ist immer noch gültig. Die Gleichartigkeit der Reaktionen auf Noxen verschiedener Art wird jedenfalls dadurch am besten erklärt. Man denke beispielsweise nur an die verblüffende Ähnlichkeit bei der Vitamin-B 1-Mangel auftretenden Krankheitserscheinungen (Beri-Beri, Pellagra) mit denen bei chronischem Alkoholismus. WERNICKE hatte schon zur Diskussion gestellt, ob nicht ein Lokalfaktor im Spiel sein könnte, und nach den oben mitgeteilten neueren Befunden von umschriebenen Hirnveränderungen bei Delirien, beim Korsakow- und beim amnestischen Syndrom wäre es durchaus denkbar, daß bestimmte Systeme im Hirn eine besondere Vulnerabilität gegenüber chemisch zu definierenden oder anderen Noxen (im Sinne einer histochemischen Lokalisation) aufweisen.

Auch das Problem der Chorea hat BONHOEFFER immer wieder beschäftigt, seitdem er im Jahre 1897 die Entdeckung gemacht hatte, daß ein Herd im Bindearm eine Hemichorea hervorrufen kann. Er hat damit gezeigt, daß der Ausfall bestimmter efferenter, vom Kleinhirn herkommender Impulse, die normalerweise das Striatum erreichen sollten, eine Hyperkinese hervorrufen können. Man darf danach wohl annehmen, daß nicht nur, wie dies die Ansicht von C. und O. VOGT war, ein Ausfall der kleinen Striatumzellen, sondern eben auch Blockierungen von Leitungsbahnen, die zum Striatum hinziehen, eine striäre Bewegungsstörung verursachen können. Dieser Entdeckung schlossen sich die wichtigen Arbeiten an über die Encephalitisepidemie am Ende des ersten Weltkrieges: die Analyse der sogenannten Schauanfälle mittels der Hypothese einer Dissoziation der einzelnen Funktionsglieder der Schlaf-Wach-Steuerung, die Beobachtungen über die Wesensänderung encephalitischer Kinder, ein Thema, das später Gegenstand der bekannten Monographie R. THIELES aus der Bonhoefferschen Klinik wurde. In den letzten Jahren seiner wissenschaftlichen Tätigkeit galt sein Interesse auch den Fragen der Lokalisation im Thalamus. Obwohl BONHOEFFER, wie er in seinen Lebenserinnerungen schreibt, während seiner Assistenzzeit in Breslau seinen Lehrer WERNICKE niemals eine Aphasie untersuchen hatte sehen können, weil dieser sich damals ausschließlich für Psychosen interessierte, hat der Geist dieses Lehrers, vielleicht auch die Freundschaft mit Männern wie LIEPMANN und HEILBRONNER ihn doch so weit berührt, daß die Untersuchung aphasischer Syndrome ihn seither immer ganz besonders interessierte. Bekannt sind seine Studien über den Agrammatismus und über die Paraphasien, Erkenntnisse, die gewonnen wurden an den Ausfallserscheinungen von Kranken, bei denen wegen einer Epilepsie Teile der motorischen Region reseziert worden waren. Auch Syndrome des Scheitellappens, insbesondere die sogenannte Rechts-Links-Störung, wurden von BONHOEFFER frühzeitig beschrieben und gedeutet. Unter psychiatrischen Fragestellungen interessierten ihn zweifellos am meisten die Manisch-Depressiven, die ja auch in seiner schwäbischen Heimat besonders zahlreich vertreten sind. Wir verdanken ihm eine sehr wichtige Feststellung auch auf diesem Gebiet, nämlich den Nachweis der engen Beziehung zwischen endogenen Phasen und dem Auftreten von Zwangssyndromen — praktisch ein Befund von wesentlicher Bedeutung, der vor der Verwechslung mit der genuinen Zwangskrankheit schützt und die Kranken vor überflüssigen, psychotherapeutischen Versuchen bewahrt.

Von noch größerer Bedeutung, insbesondere auch in sozialpsychiatrischer Hinsicht, war die differenziertere Erfassung und Durchleuchtung jener neurotischen Zustände, die zum ersten Male wohl im Verlaufe des ersten Weltkrieges in Massen zu beobachten waren, die natürlich aber auch nach Friedensunfällen zahlreich genug sind. Auf der später berühmt gewordenen Tagung der deutschen Psychiater in Stuttgart im Jahre 1911

formulierte BONHOEFFER zum ersten Male das Wesen jener Zustände, für die allein er die Bezeichnung hysterisch angewendet wissen wollte. Es handle sich dabei um die „Abspaltung psychischer Komplexe unter dem Einfluß einer inhaltlich bestimmt gerichteten Willensrichtung“. Das „Durchschimmern dieser Willensrichtung in der Krankheitsdarstellung“ sei das, was uns als hysterisch imponiere. Damit war das hysterische Verhalten durch das Demonstrative in der Krankheitsdarstellung von dem weiteren Begriff des Psychogenen klar abgegrenzt. Nicht die Verdrängung also, nicht die Konversion ins Körperliche, auch nicht die Flucht in die Krankheit mache das Wesen der Hysterie aus, sondern die sich dahinter verbergende Tendenz. Auf der nicht minder bekannt gewordenen Kriegstagung 1916 in München mußten BONHOEFFER, NONNE und GAUPP diese neu gewonnene Erkenntnis BONHOEFFERS der Lehre OPPENHEIMS von der organischen Bedingtheit derartiger Zustandsbilder entgegenhalten. Die Bonhoeffersche Lehre setzte sich allgemein durch, OPPENHEIM unterlag und sein tragisches Ende, das nicht lange danach erfolgte, ist bekannt.

Das Thema von den psychogenen Reaktionsweisen hat BONHOEFFER immer wieder beschäftigt. Er untersuchte die Äußerungsformen und Folgezustände von Schreckmotionen und fand dabei, daß diese regelmäßig abklingen und daß im Falle einer späteren Fixierung von Beschwerden immer eine tendenziöse Einstellung festzustellen ist, für die dann eben nicht die Unfallschädigung als solche, sondern die individuelle personale Einstellung des Verletzten verantwortlich gemacht werden muß. Diese Lehre von den sogenannten Entschädigungsneurosen wurde dann in gemeinsamer Bearbeitung mit W. HIS und P. JOSSMANN im Auftrage des Reichsgesundheitsamtes zur Grundlage für die Begutachtungen solcher abnormen Reaktionen in Entschädigungsstreitfällen. BONHOEFFER hat immer großen Wert auf die Feststellung gelegt, daß es keineswegs nur Wünsche seien, die darauf abzielten, sich materielle oder andere Vorteile zu verschaffen, sondern ebenso häufig auch hypochondrische Befürchtungen in bezug auf die versehrte Gesundheit. Daß vielleicht noch öfter auch die Überzeugung, Unrecht erlitten zu haben, berechnete Ansprüche nicht erfüllt zu sehen, an der Wurzel solcher Neurosen sitzt — darauf hat V. VON WEIZSÄCKER, indem er den Begriff der sogenannten „Rechtsneurose“ schuf, ergänzend hingewiesen.

BONHOEFFER wird in der Wissenschaft weiterleben als ein Forscher, vorbildlich durch Unbestechlichkeit des Urteils und souveräne Meisterschaft in der klinischen Beobachtung.

Seinen Schülern wird er immer gegenwärtig sein, sein Beispiel hat sie alle geprägt. Er war eine Persönlichkeit im wahrsten Sinne des Wortes, von strenger Selbstzucht und vornehmer Zurückhaltung gegenüber allem Lauten und Aufdringlichen.

H. SCHELLER, Würzburg