

Em. A 86

BRESLAUER UNIVERSITÄTSREDEN
HEFT 3

ROBERT WOLLENBERG

**DIE STELLUNG
DER PSYCHIATRIE IN DER
UNIVERSITAS LITTERARUM**

0. Nr.

REDE
GEHALTEN BEIM ANTRITT DES REKTORATS
AM 15. OKTOBER 1927



Faul
Zellerei

FERDINAND HIRT IN Breslau KÖNIGSPLATZ 1
1928

Kampf der Vorurteile

27/28

Hochansehnliche Fest-Versammlung!
Liebe Kommilitonen!

Wenn ich die lange Reihe der Mediziner¹⁾ überblicke, die vor mir an dieser Stelle gestanden haben, so finde ich unter ihnen Vertreter der verschiedensten Fächer, aber keinen Psychiater. Es ist deshalb für mich eine besondere Ehre und Freude, heute als solcher zu Ihnen sprechen zu können, und ich glaube richtig zu handeln, wenn ich bei dieser Gelegenheit nicht eine der gegenwärtig zur Erörterung stehenden Sonderfragen bespreche, sondern ganz allgemein die Beziehungen untersuche, welche zwischen meinem Fache und den anderen Wissenschaften bestehen, mit anderen Worten, wenn ich die Stellung der Psychiatrie in der Universitas litterarum zum Gegenstand meines Vortrages mache.

Ich muß dabei von der Stellung ausgehen, welche die Psychiatrie unter den Naturwissenschaften, insbesondere innerhalb der medizinischen Wissenschaft selbst, einnimmt. Dies könnte überflüssig erscheinen; aber es ist noch nicht sehr lange so, daß sie hier als völlig legitimiert gilt. Ja, sie erscheint auch heute wohl noch diesem oder jenem Mediziner als ein fremdartiges Wesen, demgegenüber man nicht recht weiß, wie man sich verhalten soll. Die Gründe dafür liegen einmal in der völligen Eigenartigkeit der seelischen Probleme selbst und ihrer Methodik, verglichen mit jenen der körperlichen Disziplinen.

¹⁾Es sind die Anatomen Otto, Barkow, der Physiologe Heidenhain, die Pathologen Bartels, Henschel, Ponfick, die Internen Berends, Biermer, der Chirurg Benedict, die Gynäkologen Betschler, Spiegelberg, Fritsch, Küstner, die Ophthalmologen Foerster, Uhthoff, der Dermatologe Wendt, die Pharmakologen Link, Treviranus, Göppert, Haeser, die Hygieniker Flügge und Pfeiffer.

Dann aber kann man es der Psychiatrie vielfach nicht vergessen, daß sie von der Philosophie herkommt, und hegt den Verdacht, daß immer noch das Gedachte und nicht das Beobachtete ihre wesentlichste Erkenntnisquelle sei.

Es ist natürlich richtig, daß in einer Zeit, in welcher philosophische Spekulationen die gesamte Medizin beherrschten, also in der Periode der naturphilosophischen Romantik, die Psychiatrie ihr besonderer Tummelplatz gewesen ist, auf welchem sich auch die Philosophen vielfach betätigt haben. Hegel, Schopenhauer und andere haben über psychische Krankheiten geschrieben, ohne von ihnen etwas Tatsächliches zu wissen. Auch von Kant besitzen wir neben anderen hierauf bezüglichen Schriften einen „Versuch über die Krankheiten des Kopfes“¹⁾, in welchem er zwar „die traurigen Übel der Geisteskrankheiten“ vornehmlich dem Arzte zuweist, aber doch „ehrenhalber den Philosophen nicht gern ausschließen möchte, welcher die Diät des Gemüts verordnen könnte; nur unter dem Beding, daß er hierfür, wie für seine mehrste andere Beschäftigung, keine Bezahlung fordere“.

Wenn man bedenkt, daß fast die gesamte damals, d. h. am Ende des 18. und in den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts, in Deutschland lebende Ärztegeneration noch viel zu tief in der spekulativen Mystik ihrer Zeit verstrickt war, um die schon vorliegenden wichtigen Forschungsergebnisse fremdländischer und einiger deutscher Ärzte in ihrer Bedeutung erkennen zu können, so liegt eigentlich kein Grund vor, sich über die Verirrungen der damaligen Psychiatrie besonders zu entrüsten.

Wie in ihren Anfängen, so zeigen Seelen- und Körperheilkunde auch weiterhin trotz aller Verschiedenheit des einzelnen in der großen Linie der Entwicklung Überein-

¹⁾ Immanuel Kant's Vorzügliche kleine Schriften und Aufsätze (1764), 2. Bd. Leipzig 1833.

stimmung. Wie in der Körperheilkunde die pathologische Anatomie sich durchsetzte und zum Kernpunkt des Ganzen wurde, so begann sich allmählich auch die Seelenheilkunde anatomisch und physiologisch zu orientieren. Der Satz, daß Geisteskrankheiten Gehirnkrankheiten seien, welcher in zwischen Gemeingut der medizinischen Welt geworden ist und erst in neuester Zeit wieder eine gewisse Einschränkung erfahren hat, ist eine Frucht der neuen Betrachtungsweise. Diese stützte sich auf die Einsichten in Bau und Funktion des Gehirns, welche man den Forschungen und Entdeckungen insbesondere Theodor Meynerts auf anatomischem, Eduard Hitzigs auf physiologischem, Karl Wernickes auf klinisch-pathologischem Gebiete verdankte. Ich nenne hier nur diese Namen, um nicht zu ausführlich zu werden. Auf diesem Wege gelangte man zum Verständnis der organischen, d. h. mit anatomischen Veränderungen einhergehenden Gehirnkrankheiten mit und ohne Geistesstörung. Die Hoffnung, mit Hilfe der immer verfeinerten Untersuchungsmethoden auch die Ursachen und Vorgänge bei den funktionellen, d. h. den eines anatomischen Befundes entbehrenden „Geisteskrankheiten im eigentlichen Sinne“ aufzuklären, erfüllte sich allerdings nicht. Die Gehirnfunktionslehre ist hinsichtlich der Lokalisation des Psychischen über Anfänge nicht weit hinausgekommen, und es ist trotz aller damals und später aufgewendeten Mühe bei dem Tatbestand geblieben, den schon Locke¹⁾ vor vielen Jahren mit Bezug auf die Grenze des Naturerkennens folgendermaßen umschrieben hat: „Unser Geist ist nicht fähig, irgendeinen begreiflichen Zusammenhang zu entdecken zwischen den primären Qualitäten der körperlichen Dinge und den Empfindungen, welche durch sie in uns hervorgerufen werden; auf keine Weise läßt es sich verstehen, wie irgendeine Lage, Gestalt

¹⁾ zit. nach Alois Riehl, Zur Einführung in die Philosophie der Gegenwart, Teubner 1913, S. 81.

oder Bewegung irgendwelcher Partikel der Materie in uns die Empfindung einer Farbe, eines Geschmacks, eines Tones erzeugen kann; es besteht keinerlei Verwandtschaft zwischen jenen mechanischen Vorgängen und irgend-einer dieser Vorstellungen in uns.“ Ein Gedankengang, den Dubois Reymond bekanntlich in seiner Rede „Über die Grenzen des Naturerkennens“ bis zu dem berühmten „Ignorabimus“ weitergeführt hat.

Jedenfalls aber war die Seelenheilkunde nun auch naturwissenschaftliches Forschungsgebiet geworden. Sie wurde längere Zeit hindurch wesentlich mit den Mitteln eines solchen, d. h. physiologisch-mechanistisch, betrieben. Daß man sich vor einer tiefgehenden Beschäftigung mit dem subjektiv Seelischen, mit den unmittelbaren inneren Erlebnissen des Kranken selbst scheute, hatte seinen Grund in einer begreiflichen Überspannung des anatomisch-physiologischen Prinzips gegenüber der eben erst überwundenen philosophisch-mystischen Wirrnis. Man neigt heute wohl da und dort dazu, die Leistungen der älteren, d. h. der vor etwa 50 Jahren lebenden Psychiater gering zu schätzen. Sehr mit Unrecht. Jede wissenschaftliche Epoche hat ihre besondere Aufgabe. Diese bestand aber damals darin, auch auf dem klinisch-psychiatrischen Gebiet zunächst einmal der naturwissenschaftlichen Beobachtung gegenüber der philosophischen und moralisierenden Betrachtungsweise zum Siege zu verhelfen und vor allem Erfahrungen zu sammeln. Dies hat Griesinger getan, indem er die Psychiatrie in enge Beziehung zu ihren medizinischen Schwesterwissenschaften, insbesondere der Nervenheilkunde, setzte und erst eine klinische Psychiatrie schuf. Es folgten zunächst Karl Westphal, ferner Meynert, Schüle, Wernicke, Kahlbaum u. a. mit wertvollen Untersuchungen und Befunden teils klinischen, teils anatomischen Inhalts. Ihnen verdanken wir eine Reihe der feinsten Beobachtungen, die ihren Wert durch die Jahrzehnte

behalten haben, weil sie mit voller Naturtreue wiedergegeben und mit sachlicher Kritik ausgewertet sind. Eigentliche „Krankheitseinheiten“ wurden aber auf diese Weise nicht gewonnen. Die alten Meister verzichteten auch darauf, weil sie die großen Schwierigkeiten sehr gut sahen, welche der Aufstellung solcher Einheiten erwachsen aus dem Vorhandensein zahlreicher Übergänge und Mischformen, und weil sie den Weg nicht sahen oder doch nicht einschlugen, der darüber hinwegführte. In der Enttäuschung hierüber wendeten sich bedeutende Köpfe der weniger spröden Neurologie zu, welche durch die Psychiater die wesentlichste Förderung erfuhr.

Das Verdienst, jenen Weg gefunden zu haben, kommt Kraepelin zu, welcher die Fülle der Krankheitsformen, nach ihren Ursachen, Erscheinungen und Verlaufsarten geordnet, in immer wiederholter Überprüfung und Durcharbeitung in Gruppen zusammengefaßt hat und so der große Systematiker der Psychiatrie geworden ist. Darüber, daß das von ihm aufgestellte System kein endgültiges war, hat er selbst sich keineswegs getäuscht. Jedenfalls hat er aber neben der scharf umgrenzten Gruppe der organischen Geistesstörungen die großen Sammelbegriffe geschaffen, welche seitdem die Grundpfeiler jeder psychiatrischen Krankheitseinteilung bilden: ich meine die manisch-depressive Gruppe, welche noch in der Linie der Veranlagungsstörungen liegt, und die Schizophrenie-Gruppe, welche die durch eigenartige geistige Spaltungsprozesse gekennzeichneten Krankheitsformen umfaßt. Auf Einzelheiten kann ich auch hier nicht eingehen.

Zum Verständnis der weiteren Entwicklung nehme ich wieder Bezug auf diejenige der anderen medizinischen Fächer¹⁾, insbesondere der inneren Medizin. In der patho-

¹⁾ Siehe hierzu unter anderem Aschoff L., Die Zukunftsaufgaben der pathologischen Anatomie, und Kronfeld, Die Zukunftsaufgaben der Psychiatrie. D. allg. Ztg. 1927.

logisch-anatomischen Ära, welche durch Rudolf Virchow heraufgeführt war, war der klinische Gesichtskreis zeitweise stark eingeengt worden, indem die Aufmerksamkeit nur auf das einzelne Organ oder die Summe der Organe, nicht aber auf ihren Zusammenhang gerichtet war. Es folgte dann die Blütezeit der ätiologischen Forschung, welche zu einer Überschätzung der Bakteriologie insofern führte, als die Bakterien alles machen sollten, von Krankheitsbereitschaft, Reaktionsfähigkeit, Konstitution aber kaum die Rede war. Man ging diesen Problemen, so meint Krehl¹⁾, wohl hauptsächlich deshalb aus dem Wege, weil sie für die herrschenden strengen Auffassungen methodisch nicht scharf genug angreifbar waren. Diese ätiologische Forschungsperiode ist neuerdings von einer durchaus auf den Organismus als Ganzheit, auf seine Zusammensetzung, die Konstitution gerichteten abgelöst worden.

Die gleiche Entwicklung zur Konstitutionsforschung können wir nun auch bei der Psychiatrie verfolgen. Ebenso wenig wie ein beziehungsloses Aggregat der Körperorgane denkbar ist, gibt es im Gebiet des Psychischen ein unzusammenhängendes Beieinander der Gebilde; es besteht vielmehr ein struktureller Zusammenhang, eine Funktionsbeziehung und auch ein gewiß schon in der Keimanlage planmäßig gegebenes Rangverhältnis zwischen ihnen derart, daß einzelne sich als überwiegend und richtunggebend erweisen²⁾. Für die Forschung handelt es sich also um die Ermittlung der Persönlichkeitskomponenten. Diese beschränkt sich aber heute in der Psychiatrie nicht mehr auf das Seelische, sie umfaßt auch das Körperliche insofern, als man neuerdings die innere Sekretion in ihrer Beziehung zu psychischen Vorgängen

¹⁾ L. von Krehl, Über Standpunkte in der Inneren Medizin. S. A. aus Münch. mediz. Wochenschr. 1926.

²⁾ Hierzu besonders: Birnbaum, K., Der Aufbau der Psychose. Grundzüge der psychisch. Strukturanalyse. Springer 1923.

würdigen und auf gewisse Zusammenhänge achten gelernt hat, die zwischen Charakter und Gesamtkörperbau, vielleicht auch zwischen gewissen geistigen Teilanlagen und körperlichen Einzelzeichen bestehen. Die Physiognomik, die Symbolik der menschlichen Gestalt, ist bekanntlich ein uraltes Problem, auf welches schon Shakespeare im „Julius Cäsar“ mit den Worten Bezug nimmt: „Laßt wohlbeleibte Männer um mich sein, mit glattem Kopfe und die nachts gut schlafen; der Cassius dort hat einen hohlen Blick, er denkt zu viel; die Leute sind gefährlich.“ Wir erinnern uns hier der bekannten Theorien Galls, Lavaters, auch Lombrosos. Diesen rein intuitiv gewonnenen Meinungen, die keinen Bestand gehabt haben, stehen schon die exakteren Untersuchungen von Carus und neuerdings die bedeutungsvollen Forschungen von Kretschmer und anderen gegenüber¹⁾.

Eine Untersuchung der Kraepelinschen Krankheitsformen im Sinne einer Strukturanalyse hat nun zwar ergeben, daß sie keine Einheiten im streng nosologischen Sinne sind, daß sie sich vielmehr aus Faktoren von sehr verschiedenartiger Bedeutung und Herkunft zusammensetzen. Indessen besteht kein unvereinbarer Gegensatz zwischen der Lehre Kraepelins und der neuen sogenannten Syndromenlehre Hoches²⁾, nach welcher es sich bei den eigentlichen Geisteskrankheiten nur um gesetzmäßig wiederkehrende „Symptomverkuppelungen“, um psychische Dis-

¹⁾ Vgl. hierzu und zu verschiedenen folgenden Stellen die Arbeiten von Carus, Carl G., Symbolik der menschlichen Gestalt, 3. Aufl. 1925, und E. Kretschmer, besonders: Körperbau und Charakter, ferner Hans W., Gruhle Constitution und Charakter, „Naturwissenschaften“ 1924, und Charakter und Körperbau, Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 84, C. Ewald, Die biologischen Grundlagen von Temperament und Charakter. Jahreskurse für ärztl. Fortbildung, Mai 1926, Wuth, O., Constitution und endokrines System etc.

²⁾ Hierzu Ferdinand Kehler, Die Stellung von Hoches Syndromenlehre. S. A. aus Arch. f. Psychiatr. 1925.

positionen und dauernde, meist mitgebrachte Reaktionsformen, nicht aber um „Einheiten“, handelt. Die Gedankengänge dieser Lehre bezeichnen wahrscheinlich zutreffend die nächste Aufgabe der psychiatrischen Forschung, welche darauf gerichtet sein muß, das Verhältnis von Persönlichkeit und geistiger Krankheit möglichst erschöpfend zu klären, und vielleicht dahin führen wird, daß wir die psychischen Krankheiten überhaupt nicht mehr als etwas Zufälliges, sondern als etwas Schicksalsmäßiges, als eine „tragische persönliche Notwendigkeit“ (Kronfeld) ansehen werden. Wir können aber doch den Kraepelinschen Aufstellungen vorerst weiter folgen, wenn wir in ihnen auch nur Sammelbegriffe oder „elastische Rahmen“ (Bumke) sehen, in welche sich die einzelnen Krankheitsformen gut einfügen lassen.

Der Psychiater hat es also jetzt nicht mehr nur mit „Fällen“ zu tun, die durch diese oder jene psychische Abwegigkeit auffallen, sondern mit Persönlichkeiten von einem bestimmten Typus, d. h. von einer bestimmten vorgebildeten körperlichen und geistigen Beschaffenheit, die in einer gleichfalls bestimmten Umwelt leben und bestimmten Einwirkungen von außen her ausgesetzt sind. Kein Fall erweist sich demnach als einsinnig bestimmt, jeder hat mehrere Ursachen, ist „mehrdimensional“, das heißt, er ist klinisch, erbbiologisch, charakterologisch, anthropologisch, humoralpathologisch, schließlich auch soziologisch zu betrachten, und die verschiedenen, in ihm wirksamen Faktoren bilden in ihrer wechselnden Verschlingung Krankheitsbilder durchaus nicht immer einfacher und typischer Art. Die Analyse ihres Gefüges gestattet uns, die Krankheitskomponenten in wesentliche und unwesentliche zu scheiden, von denen die ersteren als krankheiterzeugend, die letzteren als nur krankheitsauslösend und färbend bezeichnet werden können. Wir haben es z. B. mit einem Menschen zu tun, der einen

Unfall, etwa einen Schlag gegen den Kopf erlitten hat. Er klagt über gewisse Beschwerden, die nach Kopfverletzungen häufig sind, aber außerdem fällt an ihm ein verdrossenes, hypochondrisches Wesen und ein sehr geringer Gesundheitswille auf. Die Strukturanalyse ergibt, daß der Unfall einen Menschen getroffen hat, der von jeher unfroh und zu krankhaften Einbildungen geneigt war, daß aber außerdem selbstsüchtige Wünsche in ihm rege sind, die durch den vermeintlichen Anspruch auf eine Rentenentschädigung wach gehalten werden. Wir bekommen so das Bild des querulierenden und streitsüchtigen Traumatikers. Oder eine melancholische Kranke höheren Lebensalters äußert neben der traurigen Verstimmung, welche auf einer eingeborenen, schon früher in einzelnen Anfällen hervorgetretenen depressiven Veranlagung beruht, gewisse Züge des Mißtrauens und die Überzeugung unverdienter Beeinträchtigung, welche mit Altersveränderungen zusammenhängen. Hier haben sich also zu den Zeichen der krankhaft depressiven Veranlagung Wesenszüge seniler Art gesellt. Die Beispiele, welche sich leicht vermehren lassen, zeigen, wie in einem scheinbar eindeutigen Krankheitsbilde Züge verschiedenster Bedeutung strukturell verknüpft sind.

Diese Übersicht über den allgemeinen Entwicklungsgang der Psychiatrie habe ich für nötig gehalten, um die Frage zu erörtern, welche Mittel dem Psychiater zur Verfügung stehen, um den einzelnen Fall in der bezeichneten Richtung zu klären. Trennt sich hier sein Weg von dem des Somatikers, insbesondere des Inneren Mediziners, oder lassen sich auch hier nahe Beziehungen finden? Ich muß hier mit einigen Worten auf das Wesen der Diagnose¹⁾ eingehen.

Diagnostizieren ist die Fähigkeit, gesundheitliche

¹⁾ Hierzu: L. von Krehl, Über die Entstehung der Diagnose. Tübingen 1903.

Störungen als solche zu erkennen und in ihrer Bedeutung für bestimmte Menschen richtig zu beurteilen. Wenn wir dabei an das anknüpfen, was uns aus der Anatomie und Physiologie über den Bau und die Funktion des betreffenden Organs oder Organsystems bekannt ist, wenn wir also die Krankheitserscheinungen auf bestimmte anatomische, chemische oder sonstige Veränderungen in jenem Organ zurückführen, so stellen wir eine rationelle Diagnose. Als Beispiel einer solchen kann die Erkennung der Basedowschen Krankheit dienen. Diese ist schon seit mehr als 100 Jahren bekannt. Schon ihr Entdecker hat das Leiden gekennzeichnet durch eine Vergrößerung der Schilddrüse mit Herzklopfen, Glogaugen und nervösen Störungen. Andere Beobachter sind mit genauesten Krankheitsbeschreibungen gefolgt. Aber das Verständnis für die Natur der Krankheit und den Zusammenhang der Symptome kam erst und konnte erst kommen mit der Erkenntnis der Bedeutung der Schilddrüse. Erst dann wurde die Diagnose eine rationelle, vorher war sie eine empirische, d. h. sie beruhte gänzlich auf der Erfahrungstatsache, daß sich bestimmte Symptome verhältnismäßig häufig in solcher charakteristischen Weise vereint finden. In dieser empirischen Diagnose haben wir die zweite Art des Diagnostizierens kennen gelernt. Es ist klar, daß die rationelle Diagnose die höherwertige und deshalb immer erstrebenswerte Form ist. Die Bemühung des wissenschaftlichen Mediziners geht denn auch dahin, die Zahl der rationellen Diagnosen zu vermehren und die der empirischen zu vermindern, und für den Erfolg dieses Strebens lassen sich viele Beispiele anführen. Trotzdem werden aber immer noch überwiegend empirische Diagnosen gestellt, auch in der Inneren Medizin; und auch da, wo eine rationelle Diagnose möglich ist, bleiben sehr oft noch biologische Rätsel, und die Erfahrung muß schließlich doch aushelfen, um wenigstens zu haltbaren Hypothesen zu gelangen.

Als Beispiel für die Unvollkommenheit unserer Einsicht selbst in günstig gelagerten Fällen können gewisse Erkrankungen des Gefäßsystems oder auch des Nervensystems bei Syphilis dienen. Wir wissen, daß bei Syphilis die große Herzschlagader oft krankhaft verändert ist, ebenso, daß bestimmte Teile des Rückenmarks infolge von Syphilis entarten, wir kennen auch den Erreger der Syphilis. Trotzdem vermögen wir aber über den inneren Zusammenhang der Vorgänge nichts Sicheres auszusagen.

Selbstverständlich muß die Diagnose auch da, wo sie nicht streng physiologisch rationell sein kann, eine induktiv gesicherte sein, d. h. sie darf nicht von einer vorgefaßten Meinung ausgehen, auch nicht von dunklen Möglichkeiten oder unbestimmten anatomischen Erinnerungen; sie muß auf tatsächlicher Erfahrung aufgebaut sein. Dies bedarf besonderer Betonung, weil die empirische Diagnose auch wohl die künstlerische genannt wird, insofern sie zum Teil auch auf Eindrücken, auf Intuition, beruht. Der Philosoph Bergson¹⁾ umschreibt die Intuition als jene Art von intellektueller Einfühlung, kraft deren man sich in das Innere eines Gegenstandes versetzt, um das zu treffen, was es an Einzigem und Unausdrückbarem besitzt. Schopenhauer spricht an einer Stelle seiner Abhandlung „Über den Willen in der Natur“ von jener eigentümlichen Divinationsgabe, welche ausgezeichnete Ärzte am Krankenbett das Richtige erkennen und ergreifen lehre. Dies ist das, was gemeint ist, wenn manche Ärzte als hervorragende Diagnostiker gerühmt werden. Insofern es sich dabei nicht um Zufallstreffer handelt, soll damit gesagt sein, daß diesen Ärzten die Fähigkeit innewohnt, charakteristische Gruppierungen von Merkmalen gewissermaßen sprunghaft zu erkennen, ohne daß sie sich von den dazu führenden Überlegungen im einzelnen Rechenschaft zu geben vermögen. Dieses Unbewußte ist das, was jede schöpferische Tätigkeit ausmacht, mag sie nun die eines Künstlers,

¹⁾ Bergson, zit. nach von Muralt, Zur gegenwärtigen Krisis der Wissenschaft, 1926.

Staatsmannes, Feldherrn, Gelehrten oder wessen auch immer sein. Es ist das, was Goethe in seiner Trauerrede auf Wieland als das „durchaus Genialische seines Schaffens“, „ohne Vorsatz und Selbstbewußtsein“ bezeichnet. Indessen trifft es die Sache doch nicht ganz, wenn man diese Art des Diagnostizierens als künstlerisch bezeichnet; denn auch sie darf nicht nur durch den „Schleudermwurf der Phantasie“ (Hoche) zustande kommen, sondern muß beruhen auf einer besonders glücklichen und leichten Handhabung des in mühsamer Beobachtung Erworbenen, wobei eine strenge kritische Nachprüfung das Ergebnis erst noch zu sichern hat. Ich darf hier einige Verse einfügen, welche dies Verhältnis meines Erachtens zutreffend kennzeichnen:

Aller Anfang ist der Fleiß.
Darum suche viel zu lernen.
Laß Dich von dem sichern Gleis
Der Natur durch nichts entfernen.
Hast Du Vieles dann gesehen
Und mit strengem Sinn erwogen,
Kommt vielleicht aus Himmelshöhn
Auch ein „Einfall“ Dir geflogen.
Prüf auch diesen mit Bedacht
Und mit Deiner schärfsten Brille,
Ob er nicht doch über Nacht
Als ein Trugbild sich enthülle.

Auf die Untersuchungsmethoden, welche bei körperlichen Krankheiten oft unmittelbar zu diagnostischer Evidenz führen, gehe ich nicht ein, sie sind bekanntlich äußerst mannigfaltig und mühevoll. Wiesie von den Kranken selbst zuweilen bewertet werden, wird durch die Erzählung eines bekannten Klinikers¹⁾ beleuchtet, welchem ein Patient ein Päckchen Zettel mit den Ergebnissen von Laboratoriums-

¹⁾ Goldscheider, Zeit- und Streitfragen der Heilkunst. Georg Thieme, 1927.

untersuchungen schickte und dabei anfragte, ob dieses genüge, oder ob er auch noch selbst zur Konsultation kommen müßte. Diese Auffassung des Kranken läßt den heute zuweilen gehörten Vorwurf verstehen, daß die gegenwärtige komplizierte „Kollektivdiagnostik“ mit ihren zahlreichen Laboratoriums- und sonstigen Hilfsuntersuchungen die persönliche Kunst des Arztes zu sehr in den Hintergrund rücke. Wie schon vorher bemerkt, hat man sich auch in der somatischen Medizin mehr und mehr auf die Persönlichkeitsforschung eingestellt. Im wesentlichen baut der Somatiker aber natürlich seine Diagnose auf dem gesicherten Grund der körperlichen Untersuchungsergebnisse und gewinnt dadurch ein beneidenswertes Maß von Objektivität, welches ihm in Laienkreisen gegenüber dem Psychiater ein entschiedenes Übergewicht gibt. Unter diesen Umständen liegt es nahe, kurz zu erörtern, wie die psychiatrische Diagnose zustande kommt.

Nach der Volksmeinung ist die Sache ziemlich einfach: Einige Menschenkenntnis, Beobachtungsgabe und Gewandtheit im Ausfragen, sehr viel Geduld, reiche Phantasie und ein nicht sehr erhebliches Quantum gesunden Menschenverstandes, nicht erheblich insbesondere im Vergleich mit dem Quantum, welches der Laie für sich selbst in Anspruch nimmt, genügt nach einer verbreiteten Ansicht durchaus. Man begegnet oft unverhülltem Erstaunen, wenn man als Psychiater über die rein neurologische Untersuchung hinausgehend auch die anderen Körperorgane untersucht und sogar komplizierte Eingriffe zu diagnostischen Zwecken selbst vornimmt oder durch zugezogene Fachärzte vornehmen läßt. Bei der Diagnose einer Geisteskrankheit glaubt auch der Laie ohne weiteres mitreden zu dürfen, weil er eine besondere Sachkenntnis nicht für nötig hält. Daß auch bei den psychischen Krankheiten Gesetzmäßigkeiten bestehen, welche in der regelmäßigen Verbindung gewisser Symptome, in dem

Eintreten ganz bestimmter psychischer Reaktionen auf äußere Schädigungen, in feststehenden Verläufen und Ausgängen zum Ausdruck kommen, ist auch gebildeten Laien vielfach nicht bekannt und macht keinen Eindruck gegenüber der unleugbaren Tatsache, daß bei der psychiatrischen Diagnose die Empirik gegenüber der Ratio noch mehr vorherrscht als bei der somatischen, und daß die Untersuchungsergebnisse der Psychiatrie vielfach nicht unmittelbar einleuchtend sind.

Tatsächlich arbeitet man auch in der Psychiatrie in zunehmendem Maße mit Laboratoriumsuntersuchungen und Messungen, die an wissenschaftlicher Genauigkeit nichts zu wünschen übrig lassen. Dies entspricht der vorher schon erwähnten Erkenntnis von den humoralpathologischen Beziehungen psychischer Störungen, d. h. der Bedeutung innersekretorischer und Stoffwechsel-Vorgänge, ferner der neuen Lehre von der Ausprägung geistiger Störungen in körperlichen Merkmalen und den engen Beziehungen geistiger Störungen zu körperlichen Erkrankungen der verschiedensten Organe. Aber allerdings, um die eigentlichen seelischen Vorgänge der Kranken kennen zu lernen, muß man sich immer noch der psychologischen Untersuchung bedienen, und gerade diese ist es, welche in ihrer Zuverlässigkeit angezweifelt wird.

Insoweit es sich dabei um die experimentelle Feststellung von Störungen der Aufmerksamkeit, der Auffassung, des Gedächtnisses und von sonstigen seelischen Leistungen niederer Ordnung handelt oder um vergleichende Intelligenzprüfungen unter Benützung normaler Testwerte oder etwa um die Feststellung feinsten Ausdrucksbewegungen mittels hochempfindlicher Apparate, haben wir es auch mit rationalen Methoden zu tun, gegen die vom naturwissenschaftlichen Standpunkt nichts einzuwenden ist. Wir erhalten auf diese „zerklüftende“ Weise aber nur Kenntnis von Einzelleistungen und erfahren

nichts über die inneren Zusammenhänge und die Art, wie die Vorgänge sich in dem Kranken selbst abspielen, wie er sie in seiner inneren Erfahrung erlebt; wir kommen nicht über das Äußere hinaus, wir bleiben lebensfern. Die Methoden, die uns hier weiterbringen, werden wohl etwas geringschätzig als vulgärpsychologische bezeichnet, weil ihre Anwendung keine eigentliche Fachausbildung erfordert; sie wären vielleicht richtiger als „empirisch-psychologische“ zu bezeichnen. In bezug auf die Schwierigkeit ihrer Ausübung und die Feinheit ihrer Ergebnisse zeigen sie nun die allergrößten Verschiedenheiten von der einfachsten Erfahrungspsychologie des täglichen Lebens bis zur verstehenden „phänomenologischen“ Einfühlung der Spezialuntersuchung. Zuerst ist natürlich immer alles das zu beachten, was aus Gesichtsausdruck, Körperhaltung, Bewegungsart, Sprechweise usw. zu erschließen ist, sodann, was die systematische Befragung des Kranken selbst und die zur Kontrolle daran angeschlossene der Angehörigen ergibt. Man kann durch feinste Ausarbeitung dieser einfachen Methode zu einer Art geistiger Inventaraufnahme und einer sehr genauen Kenntnis der Persönlichkeit nach ihrer Entwicklung, ihren Motiven und Erlebnisweisen gelangen, zumal wenn die experimentellen Methoden noch ergänzend herangezogen werden¹⁾. Durch die vorhin schon erwähnte phänomenologische Betrachtung ist diese Untersuchung noch wesentlich vertieft worden²⁾. Mit dieser etwas unklaren Bezeichnung ist der Versuch gemeint, mittels einer auf das ganz individuelle Erleben des Kranken gerichteten Befragung und unter Benützung unbeeinflusster Selbstschilderungen zu einer anschaulichen Vergegenwärtigung der Art zu gelangen, wie ihm

¹⁾ Vgl. Kehrner und Fischer, Modell einer klinisch-experimentellen Pathographie. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatr. Bd. 85, 1923.

²⁾ Schneider, K., Die phänomenologische Richtung in der Psychiatrie. Philosoph. Anzeiger 1926.

etwas in seinem Bewußtsein gegeben ist. Einige Beispiele werden dies deutlich machen: Wir begnügen uns nicht mehr mit der einfachen Feststellung, daß jemand bestimmte Sinnestäuschungen oder Wahnideen hat, daß er nach Oben oder Unten, d. h. manisch oder melancholisch verstimmt ist, daß er im Denken und Handeln große innere Widerstände überwinden muß, also gehemmt ist, wir suchen vielmehr festzustellen, wie alle diese Dinge vom Subjekt aus, von Innen gesehen sich ausnehmen, wie der Kranke den betreffenden Vorgang innerlich erlebt. Deshalb forschen wir danach, ob etwa eine halluzinierte Gestalt, eine Stimme leibhaftig oder nur bildhaftig wahrgenommen wird, ob eine krankhaft entstandene Vorstellung gewissermaßen fremdartig in das Denken eingebrochen ist oder sich aus diesem logisch entwickelt hat, ob eine traurige oder heitere Verstimmung den Charakter einer verstehbaren Gemütsbewegung oder den eines unheimlich veränderten allgemeinen Lebensgefühls auch körperlicher Art hat, ob der Gehemmte den Verlust des Aktivitätsgefühls als körperlich bedingte Schwäche oder als das Produkt von äußeren feindlichen Einflüssen empfindet usw. Diese Methode, welche schon eine Art Tiefenpsychologie darstellt, ist nicht etwa nur eine spitzfindige Spielerei, sie kann uns für die wissenschaftliche Deutung und praktische Beurteilung des Falles sehr wertvolle Aufschlüsse geben, führt aber natürlich auch immer nur bis zu einem bestimmten Punkt, an dem jede Verständigung aufhört und nur noch unsicheres Tasten des Untersuchers übrig bleibt.

Im Anschluß hieran wäre noch einiges über die Psychoanalyse zu sagen. Ich kann mich aber hier sehr kurz fassen. Es handelt sich bekanntlich darum, Erlebnisse, die aus irgendwelchen Gründen verdrängt, d. h. dem wachen Ich unerreikbaar geworden sind, aber doch krankheitserregend oder krankheitsunterhaltend fortwirken, in das Bewußt-

sein, das „tödlich Grelle“, wie es in Pfigners „Palestrina“ heißt, zu erheben und damit einem nivellierenden Einfluß auszusetzen. Auch wenn man, wie viele meiner Fachgenossen und ich selbst, gegen die Methode an sich schwere Bedenken hegt, weil sie eine Art psychischer Vivisektion darstellt, die Patienten „entselbstet“ und in ihren Deutungen und Erfolgen sehr unsicher ist, so muß man zugeben, daß wir ihr starke Anregungen und Förderungen verdanken, weil sie uns Zugänge ins Psychische eröffnet hat, die uns früher verschlossen waren.

Die zuletzt besprochenen eigentlich spezifischen Methoden der Psychiatrie sind es nun, welche die Kritik am meisten herausfordern. Man erkennt sie nicht als eigentlich ärztlich an, spricht mehr oder weniger spöttisch von psychiatrischer Einfühlungskunst, seherischer Innenschau, deutender Phantasie, angenommener Beichtvaterkompetenz, Moralisierungsgefahr und dergl. und sagt in scherzhafter Anspielung auf frühere Neigungen, der Psychiater sei in Gefahr, wieder zu werden, was er früher war, nämlich „ein Kerl, der spekuliert“. Daß hier in der Tat eine gewisse Gefahr besteht und der „wissenschaftlichen Beweisspflicht“ nicht immer genügt wird, muß zugegeben werden. Aus dem Umstande, daß das Subjektive hier ungleich höher bewertet wird als in der sonstigen Medizin, kann aber ein solcher Vorwurf nicht hergeleitet werden. Wie sollte das anders sein bei einem Forschungsgebiet, welches seinem Wesen nach die innere Erfahrung nicht nur unter seine Erkenntnisquellen aufnehmen, sondern ganz besonders hochstellen muß? Es ist durchaus zu bestreiten, daß die Ergebnisse deshalb unzuverlässig sein müssen; denn auch hier liegen Gesetzmäßigkeiten vor, wenn sie sich auch zunächst meist nur empirisch feststellen lassen.

Der Einwand, daß diese Methoden nicht ärztlich seien, macht einige Bemerkungen erforderlich über medizinische Techniken und ärztliches Denken und die Beziehung

zwischen beiden. Jedes Fach der Medizin hat seine eigenen Untersuchungs- oder Aufklärungsmethoden, welche von Ärzten ersonnen und ausgearbeitet sind, aber unter gewissen Voraussetzungen auch von Nichtärzten angewendet werden können. Es kommt dabei eine besondere Begabung in Frage, welche eine rein technische oder künstlerische sein kann. Ich glaube, daß fast jeder Mediziner sich aus seiner Studienzeit irgendeines hilfreichen Geistes erinnert, mag es nun ein Laboratoriums- oder Sektionsgehilfe, ein Krankenpfleger oder eine Hebamme gewesen sein, der ihm in der Stunde der Not ausgeholfen hat oder doch hätte aushelfen können. Schöne Präparate werden oft von Nicht-Medizinern nicht nur angefertigt, sondern auch — abgesehen von grammatikalischen Schnigern — im größten zutreffend gedeutet. Auch manche einfachen klinischen Untersuchungen werden von solchen Personen technisch richtig ausgeführt, ja sogar typische Krankheitsbilder von erfahrenen Pflegepersonen unter Umständen richtig gedeutet. Das ist ja nun nichts als Routine, die aber doch oft ein nicht geringes Maß von Geschicklichkeit voraussetzt. Ungleich höher steht natürlich das, was man als Kunst der Untersuchung bezeichnet, weil dazu außer der Geschicklichkeit eine schöpferische Selbständigkeit gehört. Aber auch diese Kunst beruht zum großen Teil auf Erfahrung, sie setzt eine andere und höhere Art von Begabung voraus, ist aber an und für sich unter der Voraussetzung einer solchen wenigstens bis zu einem gewissen Grade auch für den medizinischen Laien erlernbar. Dies gilt nun auch von der Kunst der psychologischen Untersuchung, der Krankenexploration, der Intelligenzprüfung, der experimentellen Methodik und schließlich auch von der phänomenologischen Betrachtung und der Psychoanalyse. Alles dieses kann, wie zahlreiche Beispiele beweisen, auch von Nichtmedizinern ausgeführt werden. Da dies nach dem Gesagten auch bei einem Teil der körper-

lichen Untersuchungsmethoden der Fall ist, liegt hierin kein grundsätzlicher Unterschied gegenüber der somatischen Medizin. Aber vielleicht liegt ein solcher in der Art der psychiatrischen Methodik, welche ja zum großen Teil vulgärpsychologisch ist und auch allgemein menschliche, soziologische, kurz nicht eigentlich medizinische Gesichtspunkte berücksichtigt? Auch diese Frage muß verneint werden. Auch der Somatiker ist heute durchdrungen von der ungeheuren und nicht leicht zu überschätzenden Bedeutung des Seelischen für die gesamte Pathologie, eine Erkenntnis, an der wir Psychiater uns ein gewisses Verdienst beimessen dürfen, weil unsere Kriegserfahrungen allgemein aufklärend gewirkt haben. In allen Disziplinen wird heute Vulgärpsychologie getrieben. Bekannte Führer unserer Wissenschaft warnen vor der Überschätzung der objektiven Symptome und weisen auf die Beachtung der subjektiven hin. Das „autoplastische“ Krankheitsbild, welches Goldscheider nachdrücklich zur Beachtung empfiehlt, ist nichts anderes als das, was wir phänomenologisch als das „Krankheitserlebnis“ bezeichnen. Man weiß, wie oft organische Störungen von nichtorganischen, seelisch bedingten überlagert werden und dadurch ein ganz verändertes Aussehen gewinnen. Gesichtsausdruck und allgemeines Gebaren dienen auch in zweifelhaften Fällen körperlichen Leidens als Gradmesser für die Schwere des Leidens und die Echtheit der Beschwerden. Auch in der Behandlung macht man sich den Einfluß des Seelischen allgemein nutzbar durch entsprechende suggestive Maßnahmen. Und schließlich muß ein wahrhaft guter Arzt auch „Einfühlungskünstler“ sein, d. h. er muß auch das Unausgesprochene oder Unaussprechbare gefühlsmäßig erkennen und in seine Erwägungen einbeziehen. Alle diese Techniken und Kunstleistungen, mögen sie nun das Körperliche oder das Seelische betreffen, sind zwar medizinisch, weil sie mehr oder weniger ausschließlich

in der Heilkunde Verwendung finden, sie sind aber an und für sich nicht ärztlich, das Denken macht sie erst dazu, das ärztliche Denken, welches mit dem weiten Überblick über das Gesamtgebiet der naturwissenschaftlichen Tatsachen und klinischen Erfahrungen die genaue Kenntnis der gegenwärtigen Krankheitserscheinungen nach Wesen und Bedeutung verbindet und alles dieses zueinander und zu der körperlichen und geistigen Persönlichkeit des Kranken in lebendige Beziehung setzt. Heilkunde ist eben nicht nur Naturwissenschaft, sie muß in allen Stücken von der Naturforschung ausgehen, sie greift aber durch die Einbeziehung des Seelischen über sie hinaus, ohne dadurch an wissenschaftlicher Würde zu verlieren.

In einer Beziehung unterscheidet sich die Psychiatrie allerdings von der sonstigen Medizin, nämlich durch die vielfältigen und mannigfaltigen Beziehungen, welche zwischen ihr und den nicht naturwissenschaftlichen Fächern bestehen. Man macht dem Psychiater zuweilen den Vorwurf, daß er zu sehr geneigt sei, psychiatrische Maßstäbe an alle seelischen Lebensprobleme zu legen und hier über seine Grenzen hinauszugehen. Dieser Vorwurf ist nicht ganz unberechtigt; es wird in dieser Beziehung nicht immer die erforderliche Zurückhaltung geübt. Andererseits ist es aber bei der Universalität des Seelischen natürlich, daß der, welcher sich dauernd beobachtend und forschend nicht nur mit ausgesprochenen Geisteskrankheiten, sondern auch mit den Grenzzuständen und sogar mit bloßen psychischen Varietäten beschäftigen muß, auch über sein engeres Arbeitsgebiet hinaus Einblicke gewinnt und Aufschlüsse geben kann. Dies tritt praktisch überall hervor, wo psychiatrische Begutachtungen erforderlich werden, also vor allem in den Fällen, wo der Psychiater Berater des Richters in Straf-

und bürgerlichen Rechtsfällen ist. Er wird aber auch seine Meinung geltend zu machen haben, wenn es sich, wie gerade jetzt, um die Neuregelung des Strafvollzuges handelt, und seine Stimme wird Beachtung finden, wenn er sich streng in den Grenzen der Erfahrung hält. Ich muß hier ein Vorurteil erwähnen, welches sehr schwer zu bekämpfen ist. Dieses bezieht sich auf die Begutachtung von Fällen zweifelhafter Zurechnungsfähigkeit. Man hört immer wieder den Vorwurf, daß die Psychiater alle Verbrecher für unzurechnungsfähig erklären und dadurch die Rechtspflege unsicher machen. Weil eine Statistik hierüber entweder nicht vorhanden oder doch sehr schwer zu erlangen ist, habe ich selbst eine Erhebung angestellt und durch das Entgegenkommen von einer großen Reihe von Anstalten und Kliniken rund 1200 Fälle gesammelt, in denen Begutachtungen in Strafsachen erfolgt sind. Von diesen 1200 Fällen sind als unzurechnungsfähig begutachtet 34%, als voll zurechnungsfähig 43%, als zurechnungsfähig trotz psychischer Mängel 22%. Wenn man die voll und bedingt Zurechnungsfähigen zusammenzählt, ergeben sich fast genau $\frac{2}{3}$ für zurechnungsfähig, $\frac{1}{3}$ für unzurechnungsfähig Erklärte, ein Verhältnis, welches gewiß den erwähnten Vorwurf zu widerlegen geeignet ist und die neuerdings in der Presse einmal an die Wand gemalte „psychiatrische Gefahr“ als ein Phantom erweist.

Auch bei Fragen der psychischen Prophylaxe und Hygiene wird der Psychiater von Nutzen sein können, so z. B. in der Pädagogik, in welcher die krankhaften Seelenzustände bisher keineswegs die erforderliche Berücksichtigung finden. Umgekehrt wird er an einem erfahrenen Pädagogen bei der Behandlung gewisser Minderwertigkeitszustände einen hochzuschätzenden Berater haben. Seine Mitwirkung wird ferner wertvoll sein, wenn es darauf ankommt, Massenpsychosen zu erkennen, scheinbar übernatürliche Dinge auf ihre tatsächliche Grundlage

zurückzuführen, allerdings nur insoweit diese eine krankhafte ist. Mit der Aufklärung von Tricks und Betrügereien, wie sie dem Psychiater gelegentlich der Entlarvung von Medien und dergl. zuweilen zugemutet wird, hat er nichts zu tun und soll sich damit nicht befassen.

Nur beiläufig erwähne ich hier die Beziehungen zwischen Pathopsychologie und Politik; hätten unsere Staatsmänner von den zum Teil hart an das Krankhafte streifenden psychischen Eigentümlichkeiten anderer Nationen mehr gewußt, so wäre uns vielleicht manches erspart geblieben.

Mit der Geschichtswissenschaft, mit der sie einen Teil der Methoden, nämlich die Quellenforschung und Statistik, gemein hat, hat die Psychiatrie Zusammenhänge, insoweit es sich um die Beurteilung psychischer Epidemien oder komplizierter historischer Persönlichkeiten handelt. Die sogenannten Pathographien haben uns zum Teil wertvolle Aufschlüsse gebracht, ich erinnere nur an die Erkenntnis der Beziehung zwischen schizophrener Erlebnisweise und schöpferischer Begabung; an die neuen Forschungen über die Kunst der Geisteskranken und an die Studien über Hölderlin, Strindberg, van Gogh, R. Schumann u.a. Gerade auf diesem Gebiet ist aber große Vorsicht geboten, weil es der sichersten Grundlage jeder Begutachtung, nämlich der persönlichen Kenntnis des betreffenden Individuums, entbehrt. Ich halte es deshalb für überflüssig und dem wissenschaftlichen Ernst nicht entsprechend, wenn von mancher Seite viel Mühe und Zeit an die psychische Analyse vorgeschichtlicher Persönlichkeiten gewendet und aus unsicheren Angaben bestimmte Schlüsse gezogen werden. Wie schwierig und unsicher derartige Untersuchungen selbst für eine verhältnismäßig naheliegende Zeit sind, zeigt z. B. die Napoleonforschung, welche die Natur der bei dem Korsen unzweifelhaft vorhanden gewesenen krampfartigen Anfälle durchaus nicht hat klären können.

Auf die Beziehungen der Psychiatrie zu Kunst und Literatur gehe ich im übrigen hier nur ein, soweit die Darstellung des Psychotischen in der dramatischen Dichtung in Frage kommt. Man ist bekanntlich geneigt, bei Shakespeare psychiatrische Fachkenntnisse anzunehmen. Es kann aber nicht zweifelhaft sein, daß er trotz eines ihm zugeschriebenen ärztlichen Schwiegersohns von psychiatrischen Dingen nichts gewußt hat. Das konnte er auch gar nicht in einer Zeit, in der die Geisteskranken als „Tollhausbettler“ herumzogen und Wahnsinn, Mondsucht, Teufelsbesessenheit usw. die üblichen Kollektivdiagnosen waren. Sicher hat ihm aber doch die Erfahrung zum Schema gedient, wenn er auch bei seinen Typen nicht bewußt danach gearbeitet hat, sondern „nach dem klaren Bewußtsein des Wesens der Menschheit, wie er solches in seinem eigenen Inneren fand“ (Schopenhauer). Es ist sehr bemerkenswert, daß wir bei Shakespeare schon beinahe sämtliche dramatische Verwendungsmöglichkeiten des Psychischen finden: die mannigfachen Trottelhaftigkeiten des Polonius, des alten Gobbo, der Amme, des Friedensrichters, des Malvolio usw., die bis zur Plastizität der Sinnestäuschung gesteigerten Erregungszustände in Macbeth, die reaktive Geistesstörung bei Ophelia, endlich die in der Veranlagung bedingte Psychopathie bei Hamlet. Ähnliches finden wir bei Goethe übrigens im Orest, in Margarete und im Tasso. Diese Aufstellung, die man durch Beispiele aus der sonstigen Literatur vergrößern könnte, zeigt uns in Ophelia und Margarete die Verwendung der Geistesstörung gewissermaßen nur nebenbei als Reflex der Handlung, ihre Trägerin durchaus passiv und an der Handlung nicht beteiligt. Ophelia könnte ebenso gut an Tuberkulose, Margarete am Wochenbettfieber sterben, ohne daß dadurch etwas Wesentliches geändert würde. Der Dichter hat die Psychose nur gewählt, um unser Mitleid stärker zu

erregen und die Schuld des Helden zu steigern. Die Psychose ist also nur Mittel zum Zweck, nicht Selbstzweck. Anders bei Hamlet und Tasso, jener der ewig Bedenkliche, der Theoretiker der Rache, dieser der sensitive Beziehungsmensch, der Paranoiakandidat. Beide sind aber die eigentlichen Träger der Handlung und können es sein, weil sie nicht Geisteskranke im eigentlichen Sinne sind, sondern an der Grenze einer solchen stehen. Man kann sich so ausdrücken, daß der dramatische Dichter nur vermindert Zurechnungsfähige, aber keine unzurechnungsfähigen Personen brauchen kann. Die letzteren können niemals Träger einer Handlung sein, sondern wirken immer nur gewissermaßen als ein dramatisches Requisit, wie eine Dekoration, die auf die Perspektive des Theaters berechnet ist, aus der Entfernung auch ganz gut aussieht, sich aber in der Nähe als aus groben Klexen bestehend erweist. Deshalb dürfen auch die Geisteskrankheiten des Dramas nicht mit der wissenschaftlichen Brille auf ihre Richtigkeit geprüft und noch weniger vom Darsteller nach klinischen Beobachtungen gespielt werden. Die Grenzzustände sind es denn auch ausschließlich, welche wir in der neueren Wirklichkeitsdichtung in allen Varietäten vorfinden, besonders bei Ibsen in der Gestalt des Brand, Peer Gynt, Stockmann, der Hedwig in der Wildente, des Tessmann, der Hedda Gabler u. a. Die Kenntnis dieser Zustände vermittelt aber dem Dichter das Leben selbst, er braucht dazu den Psychiater nicht.

Die Beziehungen der neueren Psychiatrie zur Religionspsychologie seien nur kurz erwähnt. Über diejenigen zur reinen Philosophie habe ich schon im Beginn meiner Ausführungen gesprochen¹⁾. Sie sind in letzter Zeit wohl kaum

¹⁾ vgl. Störriing, Gibt es neben der naturwissenschaftlich fundierten eine geisteswissenschaftliche und verstehende Philosophie? Festschrift für Paul Flechsig in der Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1927.

noch über das Maß der philosophischen Bildung hinausgegangen, welches zur Fachbildung jedes Forschers gehört. Die „Phänomenologie“ ist zwar von einem Philosophen, Husserl in Freiburg, begründet worden, die Psychiatrie hat aber nur das Wort, nicht den Begriff übernommen und verwendet es in dem vorhin erwähnten besonderen Sinne. Die experimentelle Psychologie stellt ein philosophisch-medizinisches Grenzgebiet dar, hat aber mit der reinen Philosophie kaum etwas zu tun. Daß man bedeutsame psychologische Entdeckungen machen kann, ohne Psychiater zu sein, beweisen die bekannten Forschungen zur Aussage-, Kinder-, Pubertäts-, Sexualpsychologie, welche wir W. Stern, Spranger, Bühler u. a. verdanken. An diesen Untersuchungen haben die Psychiater sogar einen verhältnismäßig geringen Anteil, woraus sich wohl die neuerdings erhobene Forderung erklärt, vor Gericht nicht nur den Psychopathologen, sondern auch den Normalpsychologen als Sachverständigen zu hören. Die Psychiater haben im übrigen in begreiflicher Scheu vor dem Rückfall in den Okkultismus früherer Zeiten den Metaphysikus, welcher nach Schopenhauer in jedem Menschen steckt, sogar mit besonderer Energie unterdrückt. Sie sind darin noch weiter gegangen als manche Vertreter der strengen naturforschenden Richtung, wie z. B. Helmholtz, der neben seinen großen Untersuchungen auch erkenntnistheoretischen Gedanken immer noch Raum gewährte, oder wie Heinrich Hertz, der das metaphysische Bedürfnis jedes denkenden Geistes ausdrücklich anerkannte, und mancher andere. Diese Forscher hatten aber allerdings das erforderliche Gegengewicht in der völlig gesicherten Objektivität ihrer Methoden und Befunde.

Es scheint nun neuerdings, als mache sich dieses metaphysische Bedürfnis allgemein wieder stärker bemerkbar. „Aus der großen Zeit des Krieges — — —“, so schreibt

Alois Riehl in seiner Philosophie der Gegenwart¹⁾, „ist ein Geschlecht hervorgegangen, gärend wie es die Art der Jugend ist und nach Neuem verlangend. Im Drange nach anderen Zielen, nach einem neuen geistigen Gehalt für sein Dasein, sah es sich vor die wesentlichen Fragen des Lebens gestellt.“ Diese Worte beziehen sich zwar auf die Zeit nach dem deutschen Einigungskriege von 1870, sie könnten aber ebensogut in unseren Tagen geschrieben sein, in denen die Erschütterungen des Weltkrieges und der Nachkriegszeit sich in ähnlicher Weise und noch besonders in einem allgemeinen Erneuerungsfieber geltend machen. Eine solche Einstellung ist für die Wissenschaft und die Technik nicht günstig. Wir leben in einer wissensfeindlichen, glaubensfreundlichen Zeit. Dies soll heißen, in einer Zeit, die der Sammlung von bloßen Tatsachen müde ist und nach einer Zusammenfassung des wissenschaftlich Erworbenen zu einer Weltanschauung oder Lebensweisheit verlangt, die eine solche sich aber nicht erarbeiten, sondern sie sich erfüllen, sich erleben, sich erdeuten will. Daß hierin eine Gefahr liegt, geht daraus hervor, daß Aberglaube, Mystik, Spiritismus, Parapsychologie und andere Irrlehren heute in höchster Blüte stehen.

Auch auf rein wissenschaftlichen Gebieten macht sich da und dort, wie Hoche²⁾ es ausdrückt, eine „Wandlung der Denkformen“ geltend. Man ist auch hier geneigt, die Erkenntnis jenseits der Möglichkeit der Erfahrung zu suchen. Friedrich Müller³⁾ sagt in einer Münchener Rektoratsrede: „Jedesmal, wenn sich eine bedeutungs-

¹⁾ Alois Riehl, Zur Einführung in die Philosophie der Gegenwart, Teubner 1913, S. 4.

²⁾ Hoche, A., Wandlung wissenschaftlicher Denkformen (Vortrag) und Geistige Wellenbewegungen (Rede). 1926.

³⁾ Müller, Fr., Spekulation und Mystik in der Heilkunde, München 1914.

volle Periode der Medizin ihrem Abschluß nähert, macht sich eine Enttäuschung darüber geltend, daß nicht alle Erwartungen erfüllt wurden, welche man ursprünglich an sie geknüpft hatte.“ Und bei Goethe¹⁾ lesen wir: „Jedes Bedürfnis, dessen wirkliche Befriedigung versagt ist, nötigt zum Glauben.“ So kann es eine natürliche Entwicklung sein, wenn jetzt nach einer Periode der strengen wissenschaftlichen Forschung zwangsläufig und vorübergehend wieder eine solche der Romantik heraufzieht. Um so mehr gilt es für die Vertreter der Wissenschaft, auf der Hut zu sein und, Goethes²⁾ Rat folgend, „das Gewisse festzuhalten und dem Ungewissen aufzupassen“.

Ich habe mit diesen keineswegs erschöpfenden Ausführungen zeigen wollen, wie zahlreiche Fäden von einem kleinen Gebiet nicht nur zu den Natur-, sondern auch zu den Kulturwissenschaften hinüberführen, und wie an diesem Beispiel sich das Wesen der Universitas litterarum darstellen läßt nicht als das eines bloßen Nebeneinanders, eines Aggregates, sondern als das eines zusammenhängenden Systems von Wissenschaften. Ihnen, liebe Kommilitonen, soll die Universität zuerst einmal „die Idee der Wissenschaft“ erwecken. Wahre Weisheit, so sagt einer unserer großen Denker³⁾, ist aber nicht dadurch zu erlangen, daß man die grenzenlose Welt ausmißt, sondern vielmehr dadurch, daß man zuerst einmal irgend etwas Einzelnes ganz erfaßt. Oder, wie ein anderer⁴⁾ dies ausdrückt: „Etwas recht wissen und ausüben gibt höhere Bildung als Halbheit im Hundertfältigen.“ Erst auf einer höheren Stufe der Entwicklung werden Sie dann auch

¹⁾ Goethe, Wahlverwandschaften.

²⁾ Goethe, Wanderjahre.

³⁾ Schopenhauer, Welt als Wille und Vorstellung.

⁴⁾ Goethe, Wanderjahre.

der Forderung Schleiermachers¹⁾ genügen können, „daß es Ihnen zur Natur werde, alles aus dem Gesichtspunkt der Wissenschaft zu betrachten, alles Einzelne nicht für sich, sondern in seinen nächsten wissenschaftlichen Verbindungen anzuschauen und in einen großen Zusammenhang einzutragen in beständiger Beziehung auf die Einheit und Allheit der Erkenntnis, daß Sie lernen, in jedem Denken sich der Grundgesetze der Wissenschaft bewußt zu werden und eben dadurch das Vermögen, selbst zu forschen, zu erfinden und darzustellen, allmählich in sich herausarbeiten“. Alles dieses bildet sich aber nur in der Gemeinschaft mehrerer, in dem Geiste wissenschaftlicher Gemeinsamkeit, der den deutschen Universitäten ihr einzigartiges Gepräge gibt.

In diesem Gefühl der Verbundenheit lassen Sie mich, Kommilitonen, bevor wir auseinandergehen, um die Arbeit des Semesters zu beginnen, noch eine Bitte und Mahnung aussprechen, nicht mit meinen eigenen Worten, sondern mit jenen, die einst in der Stunde der Not gesprochen worden sind, die aber in der Seele jedes Deutschen immer lebendig bleiben sollen. Sie stammen von dem verehrten Manne, dessen hohen Geburtstag wir soeben einmütig und freudig gefeiert haben, in dem sich glorreiche Vergangenheit und hoffende Zukunft vereinen, der nicht nur unser Held, sondern auch unser Erzieher zur Einigkeit geworden ist, von unserem Reichspräsidenten und Generalfeldmarschall Hindenburg. Ich meine die schlichten Worte des Bekenntnisses zu gemeinsamer treuer Pflichterfüllung, mit denen er im August 1914 die 8. Armee begrüßte, bevor er sie zum Siege von Tannenberg führte:

„Wir wollen zueinander Vertrauen fassen
und gemeinsam unsere Pflicht tun.“

¹⁾ Schleiermacher, Gelegentliche Gedanken über Universitäten im deutschen Sinne.

