Ueber Wernickes Einfluß auf die klinische Psychiatrie¹⁾.

Von

Prof. Dr. H. LIEPMANN

in Berlin.

Die mir gestellte Aufgabe, Wernickes Einfluß auf die klinische Psychiatrie darzulegen, erwies sich bei der Ausführung als recht schwierig.

Zunächst aus einem allgemeinen Grunde: Sie nötigt, in brennende Fragen hineinzugreifen ohne die Legitimation eines eigenen neuen Beitrages zu ihrer Lösung.

Dann aus einem spezielleren Grunde: Es ist wenig mehr als ein Jahrzehnt verflossen, seit Wernicke seine Lehre in seinem Lehrbuch abgeschlossen den Fachleuten übermittelte. Er selbst wurde schon 5 Jahre darauf seinem Werke entrissen. Dem Vater war es versagt, die Entwicklung seines Kindes zu überwachen und zu leiten. Diese ungünstigen äußeren Umstände würden nicht so ins Gewicht gefallen sein, wenn nicht auch innere Gründe der baldigen Verbreitung von Wernickes Lehre im Wege gestanden hätten. Das war nun in hohem Maße der Fall.

Seine Psychiatrie stellte sich nicht nur inhaltlich in Gegensatz zu den zeitgenössischen Lehren und setzte sich auffällig wenig mit ihnen auseinander, sondern auch Form und Ausdrucksweise hatten etwas Fremdartiges, Eigenbrödlisches. Die Grundvoraussetzungen waren neu, von den herkömmlichen abweichend, und eine Legion neuer Bezeichnungen überflutete unsere schon so mannigfaltige und vielspältige Terminologie. Es kommt hinzu, daß die Gesichtspunkte, welche Wernicke leiteten, eminent unpraktische waren, sowohl an den Bedürfnissen des Anstaltsarztes, des behandelnden oder konsultierenden Arztes, wie des gerichtlichen Sachverständigen und des Publikums gemessen. Was interessiert es die Angehörigen, die Richter und selbst den Arzt, den Psychiater, soweit er nur Iater ist, ob die Bewegungslosigkeit eines Kranken intrapsychisch oder psychomotorisch

¹⁾ Weitere Ausführung eines dem Verein Deutscher Irrenärzte auf dessen Jahresversammlung in Stuttgart am 21. April 1911 erstatteten Referates.

bedingt ist, ob die geäußerten Wahnideen Ausdruck einer primären Desorientierung oder einer sekundären Erklärung sind?

Die Gesamtheit dieser Umstände bedingt es, daß in diesem Falle der an sich nicht kurze Zeitraum eines Jahrzehnts als ein zu kurzer bezeichnet werden muß, um die volle Wirkung der Lehre zur Entfaltung zu bringen. Es wird sich daher erst zu einem späteren Zeitpunkt voll überblicken lassen, wie umfänglich und wie tief Wernickes Arbeit in die Entwicklung der klinischen Psychiatrie eingegriffen hat.

Es dürfte aber für diese endgültige Bewertung eine gewisse Vorarbeit sein, wenn wir jetzt schon von dem Punkte, auf den wir gelangt sind, einmal zurückblicken und uns fragen; Wie weit war Wernicke auf dem zurückgelegten Wege unser Führer? Ich bemerke gleich, daß ich die Bezeichnung „klinische Psychiatrie“ nicht in dem engeren Sinne nehme, in dem der Ausdruck manchmal in Gegensatz zur allgemeinen Psychiatrie, als gleichbedeutend mit „spezieller“ Psychiatrie, angewendet wird. Ich verstehe also unter „klinischer“ Psychiatrie die Lehre von den Krankheitserscheinungen der Geisteskranken, im Gegensatz zu der pathologischen Anatomie der Psychosen. Ich werde also anatomische Befunde und Theorien beiseite lassen — soweit das bei Wernicke möglich ist.

Wenn wir summarisch die Entwicklung der Psychiatrie in den letzten Jahrzehnten, besonders in unserem Vaterlande, überschauen, so bekommt man den Eindruck, daß sie jedenfalls in ihren großen Zügen nicht auf den Geleisen Wernickescher Psychiatrie gefahren ist. Im Gegenteil kann man sagen, daß eine von der Wernickeschen Richtung abweichende Richtung immer mehr an Boden gewonnen hat. Die Kraepelinsche Psychiatrie hat im Laufe der letzten 10 Jahre immer mehr Anhänger gewonnen. Der Kreis derer, die trotz dieser und jener Verwahrung und Abweichung ihrer Grundlage zustimmen, ist zusehends gewachsen, weit über die Grenzen Deutschlands, ja unseres Erdteils hinaus.

Aber auch diejenigen führenden Psychiater, die sich der Kraepelinschen Psychiatrie gegenüber ablehnend oder nur bedingt anerkennend verhalten, taten das nicht überwiegend unter Berufung auf und zugunsten von Wernickes Psychiatrie. Ziehen fußt nicht auf ihr, wenn auch sein Standpunkt dem Wernickes verwandter ist, als der Kraepelins. Die Arbeiten, welche in Wernickes Spuren die psychiatrischen Probleme in Angriff nahmen, treten an Zahl zurück. Ob ein Fall zur Melancholie

oder zum manisch-depressiven Irresein oder zur Dementia praecox gehöre, ob eine Trennung der Melancholie vom manisch-depressiven Irresein überhaupt angängig sei, ob nicht die Paranoia — soweit sie nicht in der Dementia praecox aufgehe — auch noch zum manisch-depressiven Irresein zu schlagen sei, ob es noch im hohen Lebensalter Fälle von Dementia praecox gäbe — solche und ähnliche Fragen wurden viel mehr erörtert, als die aus Wernickes Betrachtungsweise erwachsenen.

Die pathologische Histologie, an der Spitze Nissl und Alzheimer, ging in dieser Zeit unabhängig von den klinischen Differenzen ihren eigenen Weg und förderte wertvolle Ergebnisse. Besonders der anatomische Prozeß der progressiven Paralyse, der senilen Demenz, der Epilepsie, der Hirnsyphilis wurde mehr und mehr geklärt.

Die Serologie lieferte wichtige differentialdiagnostische Hilfsmittel zur Abgrenzung der Paralyse.

Die Verfeinerung der Untersuchungsmethoden, der viel erfolgreiche Arbeit in diesem Jahrzehnt gewidmet war, sowohl für die motorischen Äußerungen der Kranken wie für ihre psychischen Reaktionen, nahm ihren Ausgang von der experimentellen Psychologie.

Auch dieser Zweig der psychiatrischen Arbeit stand nicht unter dem direkten Einfluß Wernickes.

In den letzten Jahren kam — eingeführt durch die Züricher Schule — eine nun ganz und gar von Wernicke dissentierende Betrachtungsweise, die Freud'sche, für einen kleinen Kreis von Psychiatern hinzu.

Und dennoch zeigt sich bei näherem Zusehen, daß der Anteil nicht gering zu schätzen ist, den Wernicke an der Herausbildung des jetzigen Status der Psychiatrie genommen hat. Es wird sich zeigen, daß, wenn auch die Grundbetrachtungsweise und besonders die Gruppierung der Psychosen in toto nur von Wenigen adoptiert ist, doch viel von dem Geist der ganzen Lehre sich behauptet hat und ein wesentlicher Faktor der gegenwärtigen Psychiatrie geworden ist.

Die Frage, welchen Einfluß Wernicke auf die Entwicklung der Psychiatrie gehabt hat, kann in doppeltem Sinne gestellt und beantwortet werden: 1. Wie weit sind direkte Bestandteile von Wernickes Lehre Allgemeingut geworden, oder wenigstens in die Auffassung eines großen Teiles der Fachgenossen übergegangen?

2. Wie weit ist er der Begründer oder Mitbegründer einer geistigen Bewegung, die, gleichgültig ob sie alle, viele oder wenige Köpfe ergriffen hat, sich schon in lebens- und entwicklungsfähigen Methoden, Betrachtungsweisen und Erkenntnissen objektiviert hat, deren Macht, wenn auch nicht beherrschend geworden, doch schon unverkennbar ist?

Ich will diese Unterscheidung nicht zum Einteilungsgrund des ganzen Berichts machen, weil es organisch Zusammengehöriges auseinanderreißen würde, werde aber an den einzelnen Punkten gelegentlich darauf hinweisen, ob es sich um Einfluß Wernickes in dem einen oder anderen Sinne handelt.

Der Geist der Wernickeschen Psychiatrie ist nur zu verstehen aus dem Stadium, in dem sich die Neuromedizin im 7., 8. und 9. Jahrzehnt des vorigen Jahrhunderts befand.

Eine Reihe glänzender Entdeckungen: Brocas Lokalisation der motorischen Aphasie, Hitzigs Entdeckung der motorischen Zentren der Hirnrinde, Munks Exstirpationsergebnisse, die Lokalisation der optischen und akustischen Funktionen, seine Entdeckung der Hemianopsie, Wernickes eigene Entdeckung der Lokalisation der sensorischen Aphasie, der Tastlähmung, dazu die Fortschritte der Gehirnanatomie durch Meynert, Gudden, Flechsig u. A. hatten eine neue Gehirnphysiologie und Pathologie geschaffen. Es war nicht nur die Abhängigkeit der körperlichen Verrichtungen von einzelnen Teilen des Zentralnervensystems näher ergründet worden, sondern vor allem wurden bestimmte geistige Ausfälle mit bestimmten materiellen Veränderungen im Gehirn in Zusammenhang gebracht. Einbuße des Gedächtnisses für Worte, für das Verfahren bei der Hervorbringung von Worten, Einbuße an assoziativen Verknüpfungen zwischen Wort und Begriff, Verlust ganzer Erinnerungsqualitäten, Verlust der Auffassungsfähigkeit für Gesehenes, Gehörtes bei erhaltenem Sehen und Hören — konnten auf sichtbare Veränderungen bestimmter Teile des Gehirns zurückgeführt werden. Ein Kopf wie der Wernickes, der nicht nur diese ganze Entwicklung in sich aufnahm, sondern wesentlich an ihr beteiligt war, mußte von der Idee ergriffen werden, die neugewonnenen Einsichten von Bau und Verrichtung des Zentralnervensystems und die Beziehungen desselben zu den Symptomen der Nervenkranken für das Verständnis derjenigen Krankheiten des Nervensystems, die man als Geisteskrankheiten bezeichnet, zu verwerten.

Das begründete das Wesen der Wernickeschen Psychiatrie. Sie ist G e h i r n p a t h o l o g i e. Und zwar nicht, wie es oft angenommen wird, pathologische A n a t o m i e des Gehirnes. Die G e h i r n a n a t o m i e und Pathohistologie spielen nicht die Hauptrolle. Die Pathologie, als Lehre von der krankhaften Störung der F u n k t i o n, die P a t h o p h y s i o l o g i e steht im Vordergrund.

Der Tierversuch des Physiologen, die Kenntnis peripherer, spinaler, medullärer Nervenkrankheiten und namentlich die Kenntnis der zerebralen Funktionsstörungen des Apoplektischen, des Geschwulstkranken, des Hemiplegischen, des Aphasischen, Seelenblinden etc. bilden den Ausgangspunkt. Soll das, was wir an Einblicken von den Folgen der oder jener Verletzung des Nervensystems für dessen Verrichtungen kennen gelernt haben, ungenützt bleiben für andere Störungen des Nervensystems? Sollen die Geisteskrankheiten einer *toto coelo* verschiedenen Betrachtungsweise unterworfen werden? Die entschiedene Verneinung dieser Frage und das entsprechende positive Vorgehen sind die Grundlagen der W e r n i c k e s c h e n Psychiatrie.

Sie ist der gigantische Versuch, das ganze psychische Leben und alle seine Störungen den Begriffen der P h y s i o l o g i e und P h y s i o - P a t h o l o g i e des N e r v e n s y s t e m s z u u n t e r w e r f e n.

Sehen wir, wie weit uns dabei positiver Gewinn zugefallen ist.

Zunächst kam dieses Vorgehen der Kenntnis der k ö r p e r l i c h e n Störungen der Geisteskranken zugute. Dem mit dem Rüstzeug des Neurologen an die Geisteskranken herantretenden Forscher ergab sich, daß eine bei genauerem Zusehen wachsende Zahl von Geisteskranken neben ihren geistigen Störungen die wohlbekannten Störungen der Nervenkranken zeigen: Steigerung, Herabsetzung der Reflexe, Änderung des Muskeltonus, Ataxie, Tremor, Krämpfe, Lähmungen, Athetose, Chorea, Dysarthrien, Anästhesien, Hyperästhesien, Parästhesien, vasomotorische, sekretorische, splanchnische Symptome.

M. H.! Es liegt mir natürlich fern, behaupten zu wollen, daß vor und um Wernicke diese Seite des Studiums nicht gepflegt worden wäre. Hat doch die Personalunion, die früher noch unverbrüchlicher als heute zwischen Psychiatrie und Neurologie bestand, es mit sich gebracht, daß auch die älteren Psychiater, ich nenne nur Griesinger, Westphal, Meynert und ihre Schulen, ihr Augenmerk auf die somatischen Teilerscheinungen der Geisteskranken richteten. Ist doch gerade Westphal der

Entdecker des bedeutsamsten somatischen Symptomes der ganzen Psychiatrie.

Aber ich glaube, daß kaum einer von denen, die das Ganze umfassende psychiatrische Arbeiten publiziert haben, so grundsätzlich, so systematisch und umfänglich den neurologischen und überhaupt somatischen Störungen seiner Kranken nachgegangen ist, wie Wernicke und ihm folgend seine Schule.

Man lese in seinem Grundriß, wie er überall, auch da, wo nicht augenfällig massive somatische Symptome sich dem Blick aufdrängten, den neurologischen und überhaupt körperlichen Status des Erkrankten in Betracht zog, wie er auf Seitenstrangerscheinungen, Hyper- und Hypotonie, auf Störung von Atmung, Puls, Sekretion, Ernährung, Zirkulationsanomalien Bezug nahm. Wie er vor allem dem Anteil der Herderkrankung oder herdartiger Erkrankungen an dem Bilde der Kranken Beachtung schenkte.

M. H.! Eine Zeitlang wurde in vielleicht berechtigter Reaktion gegen Vernachlässigung des Psychischen seitens der Psychiater die Beschäftigung mit den neurologischen Störungen als nicht zu den eigentlichen Aufgaben des Psychiaters gehörig erklärt. Wenn demgegenüber jetzt die Notwendigkeit, beiden Erscheinungsreihen, der psychischen und der physischen, gleiche Aufmerksamkeit zu schenken, ziemlich allgemein anerkannt wird, wenn z. B. Kraepelin in den neuen Auflagen seines Lehrbuches in zunehmendem Maße der früher stiefmütterlich behandelten zerebralen und überhaupt somatischen Seite Gewicht beilegt, so ist das gewiß nicht allein Wernicke zuzuschreiben — andere haben an demselben Strang gezogen —, aber ich glaube sagen zu können, daß sein Einfluß eine erhebliche Rolle dabei gespielt hat.

Noch wichtiger als die Beachtung der somatischen Störungen, insbesondere der körperlichen Herdsymptome, war ein Zweites, damit eng Zusammenhängendes, die der psychischen Herdsymptome, deren Entdeckung, wie wir oben sahen, ja eine dominierende Rolle in der Entwicklungsgeschichte der Wernickeschen Psychiatrie gespielt hat.

Vom Studium der Herderkrankungen in die Psychiatrie einzudringen, war ein Grundsatz, den Wernicke selbst befolgt hat und seinen Schülern als Richtschnur gab. Diesem Bemühen ist es, dank der Mitarbeit in der Richtung verwandter Forscher

— ich nenne in erster Linie Pick¹⁾, ferner Anton²⁾ —, dank der Mitarbeit von Lissauer, Neisser, Bonhoeffer, Heilbronner, Bruns, Hartmann, Goldstein, Kleist u. A. gelungen, an dem Studium der Herdkranken schon recht weit in das Gebiet des Psychopathologischen vorzudringen. Das Innenleben Herdkranker hat sich uns in weitem Umfange erschlossen. (Der großen Verdienste von Conrad Rieger, der auf eigenem von Wernicke getrenntem Wege demselben Ziel zusteuerte, sei hier nicht vergessen.) Es hat sich eine Summe von Kenntnissen gewinnen lassen über das fehlerhafte Funktionieren eines materiell grob geschädigten Gehirnes, die eine doppelte Rolle in der Psychiatrie spielen. Einerseits finden sich die Typen von Fehlreaktionen, welche man an Herdkranken aufgestellt hat, bei einem nicht geringen Teil der Geisteskranken wieder.

Diese Reaktionstypen, gewonnen am Studium der Aphasischen und Agnostischen und in der doch dem Boden der Wernicke'schen Lehre entsprossenen Apraxieforschung, finden sich wieder nicht nur bei den Arteriosklerotikern, den Encephalomalacischen, den Senilen, den Paralytikern, sondern auch bei vielen ihrem Wesen nach noch nicht näher bekannten atrophisierenden Prozessen des Präseniums, von denen vor einigen Jahren uns Alzheimer einige Formen kennen gelehrt hat. Sie finden sich aber weit darüber hinaus bei alkoholistischen Psychosen, dem Delirium, der Korsakoffschen Psychose, der Alkoholdemenz, bei anderen Gifterkrankungen, wie etwa Bleipsychose, bei Epileptikern, bei Traumatikern, bei eklamptischen Psychosen.

Die verschiedenen Formen des Perseverierens, des Antizipierens, die Nachwirkung von Intentionen, die eigentümlichen Bastardbildungen aus Neuintendiertem und Perseverierendem, aus Neuintendiertem und zufälligen Nebeneindrücken, das Versagen der Zielvorstellung, das Abgleiten ins Klangähnliche und Sinnverwandte oder durch Kontiguität Benachbarte, der Einfluß des falschen Wortes auf den Gedanken und die Handlung

¹⁾ S. u. A. seine für die unten genannten Fehlreaktionen besonders ergiebigen Studien über motor. Apraxie 1905 und vorher 1903. Ann. med. Psych., (Jan.-Febr.)

²⁾ U. A. Selbstwahrnehmung und Herdkrank. Arch. f. Psych., 1900, ferner Ztschr. f. Heilkunde. Bd. 14 und anderwärts.

usw. sind Fehlreaktionen, ohne deren Kenntnis das klinische Bild vieler Geisteskranker ein ungenügend verstandenes bleiben muß.

Diese feinste psychische Symptomatologie der Gehirnkranken ist in ihrer vollen Ausbildung zwar erst neueren Datums, aber sie ist hervorgegangen aus der von Wernicke inaugurierten Richtung, die Klinik der Herdkranken hineinzutreiben in die der Geisteskranken. Wernicke hat überall aufgespürt, was sich an herdartigen, aphasischen und asymbolischen Symptomen bei den Geisteskranken findet.

Wenn auch das, was wir an unseren Gehirnkranken — bezüglich Aufnehmens und Festhaltens und weiteren Verarbeitens von Sinneseindrücken, assoziativen Verbindungen verschmelzender und ideatorischer Art, an Gedächtnisbesitz, an vorbereitenden Prozessen für Wahl und Handlung und letzte Bedingung der Handlung feststellen können, nur in den äußeren Ring der psychischen Festung hineinführt, so ist es doch kein zu verachtender Gewinn, darin überhaupt festen Fuß gefaßt zu haben. Die Orientierung in diesen Außenstationen muß — und das ist der zweite Nutzen — der Orientierung in den zentralen Stationen zugute kommen.

Mit dem Hinweis auf ein Weiterschreiten von den Herd-erkrankungen in die zentralsten Stationen des Psychischen, deren Betriebsstörung das engste Gebiet der Psychose ausmachen, sind wir zu einem Moment gelangt, das nun ganz spezifisch für Wernickes Lehre ist. Die Geistesstörung im engsten Sinne ebenfalls als neurologische Erscheinung aufzufassen, das ist der eigentliche Kern seiner Psychiatrie.

Daß Geisteskrankheiten Gehirnkrankheiten sind, lehrten auch Andere.

Aber die beiden Erscheinungsreihen, die Symptome der geistigen Störung einerseits und die sichtbaren Änderungen an der Nervensubstanz andererseits, ebenso wie die normalen geistigen Vorgänge auf der einen Seite, Bau und Verrichtung der Teile des Nervensystems auf der andern Seite bleiben bei ihnen zwei völlig heterogene Dinge. Ein Mensch hat Verfolgungswahn, Größenwahn, Tobsucht, und in seinem Gehirn finden sich geschrumpfte Zellen, entartete Fasern, Glia- und Gefäßveränderungen.

Das stand sich gegenüber — wie sich tugendhaft und sechseckig, oder Sehnsucht und Kilogramm gegenüberstehen.

Nun wissen wir, daß sich in der Tat Psychisches und Materielles als heterogene Daseinsformen gegenüberstehen. Aber eine