

(Aus der Sibirischen Landesirrenanstalt in Tomsk [Sibirien]
[Direktor: Dr. N. Donskow].)

Über Geisteskrankheiten bei nahen Blutsverwandten.

Von

Prof. H. Goldbladt und Dr. A. Zipes.

(Eingegangen am 19. Januar 1931.)

Das Material für die vorliegende Arbeit lieferten Krankengeschichten von 67 Fällen (34 m., 33 w.), die sich auf 30 Familien beziehen und während der Periode 1909—1924 in der hiesigen Irrenanstalt interniert waren.

Darunter befinden sich 10 Fälle (5 Geschwisterpaare), welche einer von uns (Z.) als Abteilungsarzt persönlich beobachtet hat. Das sonstige Material wurde derart gewonnen, daß die Anamnesen sämtlicher (etwa 10 000) Krankengeschichten aus dem Anstaltsarchiv durchgesehen wurden, um nahe Verwandte, welche früher im selben Krankenhaus interniert waren, zu ermitteln; als Hilfsmittel diente ein alphabeticisches Register der Patienten.

Das Resultat dieser recht umständlichen Nachforschung darf aus mehreren Gründen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben; während der Kriegs- und Revolutionswirren ist ein geringer Teil der Krankenbögen abhanden gekommen; die Anamnesen erwiesen sich größtenteils als lückenhaft; erschwert wurde die Aufgabe durch den Wechsel des Familiennamens bei den verheirateten Patientinnen, ferner dadurch, daß sich zahlreiche nicht verwandte Kranke mit gleichlautenden Familiennamen fanden. — Nach approximativer Schätzung dürften etwa 75% der betreffenden Fälle ausfindig gemacht worden sein.

An der Hand des gesammelten Materials notierten wir für die Glieder der einzelnen Familiengruppen: 1. Verwandtschaftsgrade; 2. Lebensalter und Altersunterschiede in bezug auf den Beginn der psychischen Erkrankung; 3. klinische Diagnosen; 4. Gleichartigkeit oder Ungleichartigkeit der Krankheitsscheinungen; 5. psycho- bzw. neuropathische Belastung (Alkoholismus in der Aszendenz mitinbegriffen). Bei den Schizophrenen versuchten wir die üblichen vier Unterformen herauszuschälen; wenn der Fall für keine von denselben charakteristisch war, so ist er glattweg als „Schizophrenie“ bezeichnet worden.

Handelte es sich bei den Familiengliedern um dieselbe Krankheitsform, so wurden zur Beantwortung der Frage, ob Gleichartigkeit oder Ungleichartigkeit der klinischen Bilder vorliegt, die wesentlichen, der betreffenden Krankheitsform ihren Stempel aufprägenden Symptome (wie z. B. Negativismus oder bizarre Sprache bei Schizophrenie) nur dann berücksichtigt, wenn solche Kardinalsymptome in den gegenübergestellten Fällen besonders kraß hervortraten. Unser Bestreben ging

Tabelle 1.

Nr.	Familiengruppen	Familien-glieder in absteig. Ordnung nach dem Lebensalter	Klinische Diagnosen	Gleichartigkeit der Krankheitserscheinungen	Anteposition	Jahresunterschiede bez. des Krankheitsbeginnes	Psycho — bzw. neuro-pathische Belastung
1	Spi	Mutter Tochter 2 Söhne	Schiz. paran. " " katat.	— Halluzinationen	+	14 4 18 4 22 8	nicht nachweisbar
2	Fur	Mutter Tochter	" "		+	18	Angaben fehlen
3	Mer	Mutter Sohn	" simpl. paran.	—	+	2	Om-Psychose
4	But	Mutter Sohn	" " simpl.	period. Verlauf	+	25	Angaben fehlen
5	Cer	2 Brüder	" hebeph. " "	Grimassieren, bizarre Sprache	+	2	V-Alkoholismus S-Psychose
6	Mon	2 Schwestern	Schizoidie "	motor. Erregung, Aggressivität, Status		< 1	nicht nachweisbar
7	Jar	2 Schwestern	"	depressivus			V-Psychose
8	Lau	2 Schwestern	Schiz. hebeph. Schizoidie	Grimassieren Unreinlichkeit	+	2 3	Angaben fehlen
9	Pri	Bruder Schwester	Schiz. hebeph. " "	Manieren	+	5	V-Alkoholismus GVv-Dipsomanie GVm-Dipsomanie, Suicidium V-Psychose
10	Car	Bruder Schwester	" " paran.	—	+	12	
11	Gal	Bruder Schwester	Schizoidie " paran.	Stereotypien	+	2	nicht nachweisbar
12	Zal	Bruder Schwester	" simpl. " paran.	period. Verlauf	+	6	V-Schizoidie, Alkoholismus S-Psychose S-Suicidium GVv-Alkoholismus Ov-Suicidium Ov-Suicidium B-Psychose
13	Oko	Bruder Schwester	" simpl. " hebeph.	motor. Erregung, Halluzinationen, bizarre Sprache, Status		< 1	
14	Kar	" Bruder	" katat. " simpl.	depressivus Negativismus, Nahrungsverweigerung (Fütterung mit dem Löffel), Unreinlichkeit	+	1	Angaben fehlen
15	Jad	Schwester 2 Brüder	"	— Aggressivität	±	10 < 1 10	V-Psychose Ov-Alkoholismus GVv-Alkoholismus Ov-Psychose Tv-Psychose
16	She	Schwester 2 Brüder	Schiz. paran. " "	schreckhafte Halluzinationen	+	< 1 12 12	nicht nachweisbar
17	Boy	Schwester 3 Brüder	" Schizoidie Schiz. paran. " "	Manieren, bizarre Sprache	±	< 1 3 3 < 1 < 1 3	M-Debilitas mentis Ov-Alkoholismus

Fortsetzung von Tabelle 1.

Nr.	Familien-gruppen	Familien-glieder in absteig. Ordnung nach dem Lebensalter	Klinische Diagnosen	Gleichartigkeit der Krankheits-erscheinungen	Anteposition	Jahres-unter-schiede bez. des Krank-heits-beginnes	Psycho – bzw. neuro-pathische Belastung
18	Sch	2 Brüder	Ps. man.-depr. " " " " " "	Status depressivus (mihypochondr. Färbung) Possentreiben	+	4 1	V-Tabes dors. GVv-Alkoholismus V-Dipsomanie M-period. Manie GOm-Melancholie Tm-Psychose V-Stat. maniacalis Ov-Stat. maniacal. B-Ps. man.-depr. Angaben fehlen
19	Ras	Bruder Schwester	" " " " " "	—	+	< 1	Angaben fehlen
20	Bro	Onkel Neffe	" " " " " "	—	—	20	V-Stat. maniacalis Ov-Stat. maniacal. B-Ps. man.-depr. Angaben fehlen
21	Ant	Mutter Tochter	„ hyster.	period. Verlauf	+	11	Angaben fehlen
22	Sut	Mutter Sohn	Imbecillitas Idiotismus	—	—	< 1	Angaben fehlen
23	Jel	Bruder Schwester	Imbecillitas	Gutmütigkeit	—	< 1	Angaben fehlen
24	Cha	2 Brüder	Dem. paralyt.	—	—	2	nicht nachweisbar
25	Was	2 Brüder	„ " " "	üppiger Größenwahn	+	6	V-Alkoholismus M-Alkoholismus S-Psychose GVm-Ps. periodica Om-Ps. periodica Tm-Ps. periodica V-Schlaganfall (†)
26	Wos	Bruder 2 Schwestern	Ps. man.-depr. Schizoidie	Stat. maninalis	±	5 16	GVm-Ps. periodica Om-Ps. periodica Tm-Ps. periodica V-Schlaganfall (†)
27	Tka	2 Brüder	Schiz. katat. Epilepsie	—	+	2	V-Schlaganfall (†)
28	Kon	Mutter Tochter	Delir. acut. Schiz. partu.	Desorientier-heit, motor. Erregung	+	29	B-Schizophrenie
29	Str	Vater Tochter	Dem. alcohol. Imbecillitas	—	+	40	S-Psychose
30	Mar	Mutter Tochter	Involutions-melancholie, Idiotie	—	+	36	M-gehäuft. Suici-dium, Devilitas mentis, Schiz-oidie

Abkürzungen: V Vater, M Mutter, O Onkel, T Tante, B Bruder, S Schwester, GV Großvater, GO Großonkel, v väterlicherseits, m mütterlicherseits.)

im Gegenteil dahin, für die vorliegende Krankheitsform nicht charakteristische Erscheinungen bzw. Züge zu vermerken, wie sie bei allmöglichen Psychosen vorzukommen pflegen (als Halluzinationen, Aggressivität, Nahrungsverweigerung, Unreinlichkeit u. dgl.). Gefahndet wurde ferner bei den erkrankten Familiengliedern auf gleichartigen Inhalt der Wahndeideen und Halluzinationen, sowie auf Ähnlichkeit einzelner Bestandteile des gesamten äußeren Verhaltens (wie z. B. Selbstgespräche, unmotiviertes Lächeln, Hin- und Herrennen u. dgl.).

Von einer Vergleichung des Krankheitsverlaufes und -ausganges bei den Angehörigen ein und derselben Familie wurde aus folgenden Überlegungen Abstand genommen: Von den ermittelten 67 Fällen sind 15 an interkurrenten Erkrankungen (hauptsächlich Typhus und Dysenterie) zugrunde gegangen, 18 wurden in subakutem oder akutem Zustand auf Wunsch der Verwandten entlassen; es mangeln fast vollständig katamnestische Nachrichten.

Weiterhin wird der Ausdruck „Anteposition“ gebraucht — ein Wort, das nicht glücklich gewählt ist, sich aber in der Fachliteratur eingebürgert hat. Darunter verstehen die meisten Autoren „die Tatsache, daß die gleichen Störungen bei den Kindern in einem früheren Lebensalter beginnen, als bei den Eltern, bei den jüngeren Geschwistern früher als bei den älteren“ (*Hoffmann*). Andere Autoren, auch wir, erstrecken den Begriff der „Anteposition“ auf dieselbe Erscheinung bei sämtlichen — nicht nur gleichen — psychischen Erkrankungen.

Die erhobenen Befunde sind in Tabelle 1 (S. 424 u. 425) zusammengefaßt.

Die Fälle von „Anteposition“ sind durch ein Plus, die mit der entgegengesetzten Erscheinung durch ein Minus bezeichnet; diejenigen Gruppen, wo die psychische Erkrankung jüngerer Geschwister sowohl im früheren als späteren Lebensalter älteren Geschwistern gegenüber einsetzte, sind mit Plus und Minus vermerkt.

Zur Berechnung der „Jahresunterschiede bzw. des Krankheitsbeginnes“ sind die in der betreffenden Anstalt internierten Familienglieder einander gegenübergestellt worden.

Bei den Familien, wo Vertreter zweier aufeinander folgender Generationen daselbst interniert waren, sind in der Rubrik der (sonstigen) „Belastung“ die Verwandtschaftsgrade im Verhältnis zur jüngeren Generation angegeben. (So bedeutet beispielsweise, wenn es sich um Mutter und Tochter handelt, in der Belastungsrubrik B — den Bruder der Tochter.)

Was ergibt sich aus unserer tabellarischen Aufstellung?

Vermerkt sind: Mutter und Tochter 4mal; Mutter und Sohn 3mal; Vater und Tochter 1 mal; Brüder 5mal; Schwestern 3mal; Bruder (Brüder) und Schwester(n) 12mal; Mutter, Tochter und 2 Söhne 1mal; Onkel und Neffe 1mal. Darunter 4 Familienglieder (Mutter und Kinder; Geschwister) 2mal, drei Familienglieder (Geschwister) 3mal, sonst 2 Glieder.

Dieselbe Krankheitsform wurde in 25 Familiengruppen festgestellt, und zwar: Schizophrenie 17mal (darunter 4 Gruppen von Mutter und Kind(er)) 13 Geschwistergruppen); manisch-depressives Irresein 3mal (je 2 Geschwister, Onkel und Neffe), hysterische Psychose 1 mal (Mutter und Tochter), Oligophrenie 2mal (Mutter und Tochter, Bruder und Schwester), P. P. je 2 Brüder.

Die verschiedenartigen Krankheitsbilder innerhalb 5 Gruppen bieten im kleinen Rahmen ein recht buntes Bild.

Die sonstigen, zudem wichtigeren Ergebnisse sind in Tabelle 2 (S. 428 u. 429) wiedergegeben.

In dieser Tabelle sind, nach den oben dargelegten Gesichtspunkten, als „sehr ähnlich“ solche Fälle bezeichnet, welche zwei oder mehrere gleiche Krankheitserscheinungen aufwiesen, als „etwas ähnlich“ Fälle, welche bloß ein isoliertes Krankheitssymptom gemein hatten. Den Begriff der „Gleichartigkeit“ erstreckten wir auf vollständig oder fast „übereinstimmende“ und „sehr ähnliche“, den der „Ungleichartigkeit“ auf „etwas ähnliche“ und ganz „unähnliche“ Krankheitsbilder.

Die Fälle mit Plus und Minus in der Rubrik „Anteposition“ sind statistisch als negativ gewertet worden.

Bei Beantwortung der Frage nach Belastung väterlicher- oder mütterlicherseits wurde sowohl die Rubrik der internierten „Familienglieder“ als auch die der „psycho- bzw. neuropathischen Belastung“ berücksichtigt.

Schizophrene Erkrankungen stellen, als überwiegendes Anstaltsmaterial, selbstverständlich innerhalb unseres Untersuchungsmateriales das Hauptkontingent dar: 5 Gruppen von Mutter und Kind(ern), 15 Geschwistergruppen. Infolgedessen und auch in Anbetracht der Bedeutung, welche die Erblichkeitsprobleme gerade für diesen Formenkreis erheischen, haben wir hierüber, nach demselben Schema wie für die Gesamtzeit der untersuchten Fälle, spezielle zahlenmäßige Aufstellungen gemacht (s. Tabelle 3 S. 428 u. 429).

Das vorliegende Untersuchungsmaterial zeigte somit folgendes:

Im allgemeinen: Starkes Überwiegen derselben Krankheitsformen, besonders seitens der Geschwister; durchweg ungleichartige Krankheitsbilder in den Gruppen von Mutter (bzw. Vater) und Kind(ern); beträchtliches Überwiegen ungleichartiger Krankheitsbilder bei Geschwistern; kein einziger Fall von vollständiger oder fast vollständiger Übereinstimmung der Krankheitsbilder (u. a. des Inhaltes der Wahndeideen und Halluzinationen), selbst im Rahmen derselben nosologischen Formen; (bis auf 1 Fall von Oligophrenie bei Mutter und Tochter) durchweg „Anteposition“ der Eltern den Kindern gegenüber, und zwar vorwiegend mit Differenzen von mehr als 10 Jahren; in der Mehrzahl der Fälle von Geschwisterpsychosen gleichfalls „Anteposition“ der älteren Geschwister den jüngeren gegenüber, vorwiegend mit Differenzen von weniger als 10 Jahren (in mehr als der Hälfte der Fälle weniger als 3 Jahren); ein hoher Prozentsatz psychopathischer Belastung¹ (in mehr als einem Viertel der Fälle Alkoholismus der Aszendenten).

Für den schizophrenen Formenkreis fanden sich nahezu dieselben Zahlenverhältnisse. Es wäre nur hinzuzufügen, daß hier das starke „Überwiegen derselben Krankheitsform“ im Sinne von Vorherrschenden rein schizophrener Familiengruppen aufzufassen wäre, ferner für dieselben bloß in einem Drittel der Fälle gleiche Unterformen nachweisbar waren. —

Bedenkt man, Welch eine Fülle von statistischem Material den Erblichkeitsforschungen in der Psychiatrie zugrunde liegt, so erscheint die Anzahl unserer Fälle zu geringfügig, um die gewonnenen Ergebnisse zu irgendwelchen Schlußfolgerungen zu verwerten. Wendet man sich aber der sog. „Individualstatistik“ zu, welche — im Gegensatz zur

¹ Fast gleich erwiesen sich die ermittelten Zahlenwerte für Brüder und Schwestern der einzelnen Familiengruppen hinsichtlich psychischer Erkrankung im früheren Lebensalter, für Söhne und Töchter hinsichtlich der Belastung väterlicher- oder mütterlicherseits.

Tabelle 2.

Verwandtschaftsgrade	Zahl der Fälle	Zahl der Gruppen	(Berechnet nach den Gruppen)								Ante-position	
			Krankheits-form		Krankheitsbilder							
			die-selbe	ver-schied.	überein-stim-mend	sehr ähn-lich	etwas ähn-lich	un-ähnlich	gleichartig	ungeleichartig		
Mutter	20	9	6 [67 %]	3 [33 %]	—	—	4 [100 %]	5 [88 %]	—	—	8	
Geschwister	45	20	18 [90 %]	2 [10 %]	—	6 [30 %]	11 [70 %]	3 [60 %]	—	—	—	
Onkel und Neffe	2	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	
Insgesamt	67	30	25 [83 %]	5 [17 %]	—	6 [20 %]	15 [80 %]	9 [80 %]	—	—	—	

Tabelle 3.

Verwandtschaftsgrade	Zahl der Fälle	Zahl der Gruppen	(Berechnet nach den Gruppen)								Ante-position	
			Schizo und andere Psychosen	Nur Schizo	Die-selbe Unter-form	Krankheitsbilder						
						überein-stim-mend	sehr ähn-lich	etwas ähn-lich	un-ähnlich	gleichartig		
Mutter u. Kind(er)	12	5	1	4	1	—	—	3	2	5 [100 %]	—	
Geschwister	35	15	2 [13 %]	13 [87 %]	6 [40 %]	—	5 [33 %]	8 [67 %]	2 [60 %]	9 [60 %]	—	
Insgesamt	47	20	3 [15 %]	17 [85 %]	7 [35 %]	—	5 [25 %]	11 [75 %]	4 [75 %]	—	—	

„Anstaltsmassenstatistik“ — die einzelnen Krankheitsformen berücksichtigt und „sich auf das möglichst eingehende Studium der einzelnen Familien stützt“ (*Strohmayer*, zit. nach *Hoffmann*), so ist unser Material durchaus nicht so gering, wie es auf den ersten Blick scheinen mag. Jedenfalls darf das von unserem Material der schizophrenen „Geschwisterpsychosen“ (13 Familiengruppen mit 30 Fällen) behauptet werden.

Die einschlägige Literatur bis 1918 ist in fast erschöpfender Weise von *Hoffmann* angeführt und kritisch beleuchtet worden, darunter die große, wertvolle Veröffentlichung *Luthers* (1914); einige Literaturangaben (bis 1907) über Psychosen bei Geschwistern finden sich in einer russischen Arbeit von *Judin*; über Stamm bäume psychopathisch belasteter Familien berichtete *Turolli* (1911). Von neueren Mitteilungen konnten wir, außer kleineren statistischen Beiträgen zu dem uns hier beschäftigenden Thema, nur die Mitteilungen von *Moser* (1922), *Wittermann* (1926), *Wildermuth* (1927) über Psychosen bei Geschwistern ausfindig machen.

Bis auf den heutigen Tag haben die nachstehenden Worte *Hoffmanns* aus dessen Sammelerarbeit (s. o.) Geltung: „Fassen wir nun die positiven

Gesamtmaterial.

(Berechnet nach paarweise gegenübergestellten Fällen)						(Berechnet nach den Gruppen)				
Jahresunterschiede bezüglich des Krankheitsbeginnes						seitens			nicht nachweisbar	An-gaben fehlen
< 1	1 – 3	4 – 10	11 – 25	> 25	des Vaters	der Mutter	beider Eltern			
1	1	—	6	3						
8	11	7	5	—						
1	—	—	—	—						
					11	9	3		4	3
					[> 76 %]					

Schizophrenikermaterial.

(Berechnet nach paarweise gegenübergestellten Gruppen)						(Berechnet nach den Gruppen)				
Jahresunterschiede bezüglich des Krankheitsbeginnes						seitens			nicht nachweisbar	An-gaben fehlen
< 1	1 – 3	4 – 10	11 – 25	> 25	des Vaters	der Mutter	beider Eltern			
—	1	—	5	1						
7	9	5	5	—						
					8	6	1		3	2
					[> 75 %]					

Ergebnisse der individual-statistischen Forschung zusammen, so müssen wir leider zugeben, daß bislang durch sie noch keine hereditären Gesetzmäßigkeiten gefunden werden konnten, die allgemeine Gültigkeit beanspruchen dürfen. Wir können sagen, daß in der ganzen bisher aufgeführten Literatur keine Behauptung aufgestellt wurde, die nicht von anderer Seite widerlegt worden wäre. Es lassen sich nur einzelne Tatsachen aufführen, die vorwiegend in der Mehrzahl der Fälle beobachtet wurden . . .“

Mit diesen vorwiegend beobachteten Tatsachen, d. h. den Ansichten der meisten Autoren auf dem vorliegenden Gebiete stimmen die oben angeführten Ergebnisse sowohl aus unserem Gesamt- als Schizophrenikermaterial überein. Eine Ausnahme bildet der Nachweis ausschließlich ungleichartiger Krankheitsbilder bei Eltern und Kindern, überwiegend ungleichartiger Krankheitsbilder bei Geschwistern. Die Mehrzahl der

übrigens recht spärlichen Beobachtungen in dieser Richtung geht eben dahin, daß bei nahen Blutsverwandten gewöhnlich oder häufig auffallende Ähnlichkeit der psychotischen Symptome vorhanden ist. Unser Untersuchungsmaterial spricht dagegen, wenn man nicht Einzelsymptome in Betracht zieht und sich an das oben angeführte Schema der Bewertung Gleich- und Ungleichechartigkeit der psychotischen Erscheinungen hält. So können wir die Beobachtung Wildermuths, „daß bei den Geschwisterpsychosen der Mangel an Ähnlichkeit eigentlich auffallender ist wie die Ähnlichkeit“, bestätigen.

Unter den „sehr ähnlichen“ (d. h. gleichartigen) Fällen ist Gruppe 28 (s. T. I) beachtenswert, wo bei der Mutter ein in den klinischen Rahmen des Delirium acutum hineinpassendes, tödlich verlaufendes Krankheitsbild, bei der Tochter zu Beginn der Schizophrenie vollständige Desorientiertheit mit starker motorischer Erregung zur Beobachtung gelangte.

Innerhalb der „etwas ähnlichen“ (d. h. ungleichechartigen) Fälle verdienen Beachtung, im Sinne des periodischen Verlaufes der Krankheitserscheinungen, die schizophrenen Familiengruppen 4 (Mutter und Sohn), 5 und 12 (Geschwister), ferner Gruppe 21 (hysterische Psychose bei Mutter und Tochter).

Kasuistisches Interesse bieten die Gruppen 24, 25 — zwei Brüderpaare mit progressiver Paralyse —, ferner 30 — Mutter mit Involutionsmelancholie, Tochter idiotisch.

Da wir bei der Analyse der Krankengeschichten dem Herausschälen bestimmter Symptome — sowohl in denselben als verschiedenen Krankheitsformen seitens der Familienglieder — besondere Aufmerksamkeit gewidmet haben und hierbei bezüglich der Gleichartigkeit zu einem Ergebnis gelangt sind, welches der vorherrschenden Ansicht widerspricht, möchten wir diese Frage etwas ausführlicher erörtern.

Die diesbezüglichen Widersprüche der einzelnen Autoren dürften vielleicht darauf zurückzuführen sein, daß bei der Bewertung von „gleichartig“ und „ungleichechartig“ dem subjektiven Ermessen der weiteste Spielraum gelassen wird. Auch wenn der einzelne Beobachter sich für diesen Zweck ein bestimmtes Schema mit entsprechenden Einschränkungen und Grenzlinien (wie das bei der vorliegenden Untersuchung der Fall war) zurecht legt, so wird dadurch der Subjektivismus nicht beseitigt, indem ein solcher dem betreffenden Schema anhaftet. Wenn beispielsweise bei zwei schizophrenen Geschwistern, abgesehen von den Kardinalerscheinungen der Schizophrenie (als Antismus, Negativismus u. dgl.), keine Übereinstimmung accessorischer Erscheinungen, wohl aber ein periodischer Verlauf des Leidens vermerkt war, bezeichneten wir die Fälle als „etwas ähnlich“ d. h. als ungleichechartig. Andere Autoren würden solche Fälle vielleicht als symptomatologisch gleichartige auffassen! ? Jedenfalls wäre es erwünscht, daß zwecks Klarstellung der Häufigkeit gleichartiger Krankheitsercheinungen bei nahen Bluts-

verwandten besonders Geschwistern, von maßgebender Seite Richtlinien gezogen würden. Zumindest ist es erwünscht, daß in Veröffentlichungen hierhergehöriger Beobachtungen angegeben wird, von welchen Gesichtspunkten aus die Gleich- oder Verschiedenartigkeit der klinischen Bilder bewertet wurde.

Auf welche Weise wäre nun zu erklären die Verschiedenartigkeit der Krankheitsbilder, wie sie an dem hier gebrachten Material zutage trat — sowohl in denselben als verschiedenen Krankheitsformen der Familienmitglieder, und zwar durchweg bei den Eltern und Kindern, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bei den Geschwistern?

Die *Morelsche* Anschauung geht bekanntlich dahin, daß in degenerierten Familien psychische Unähnlichkeit ihrer Mitglieder die Regel ist, so daß hier Geschwister in bezug auf Temperament, Gewohnheiten, seelische Eigenschaften usw. in auffallenderweise voneinander abstechen. Eine solche Anschauung, die auf manche schwer degenerierte Familien zutrifft, darf aber durchaus nicht als Regel gelten, wie sich ja auch die Ansicht *Morels* vom vorwiegenden Polymorphismus der Geisteskrankheiten in psychopathisch belasteten Familien nicht bewahrheitet hat. So mancher Anstaltspsychiater wird die Tatsache bestätigen können, daß öfters die präpsychotischen Persönlichkeiten der psychisch erkrankten Familienglieder, insbesondere Geschwister, auffallende Ähnlichkeit bieten.

Es ist gerechtfertigt, zur Erklärung des hier uns interessierenden Phänomens, pathoplastische Faktoren exogener Art heranzuziehen. Milieu und Beruf, persönliche Erlebnisse, Schicksalschläge, Charakter des Sexuallebens, Wissensinhalt, Kreis der Erfahrungen, materielle Verhältnisse, somatische Erkrankungen, Alkoholismus usw. Das sind alles gestaltende Einflüsse, welche der Person einen besonderen individuellen Stempel aufprägen, welcher auch in den psychotischen Erscheinungen zum Ausdruck gelangt. Solche exogene pathoplastische Faktoren hat, neben den endogen-konstitutionellen, *Birnbaum* in seinem „Aufbau der Psychose“ mehrfach hervorgehoben.

So heißt es u. a. in dem *Birnbaumschen* Buch: „Zunächst können die am Aufbau der Psychose beteiligten Kräfte an sich denkbar verschiedenartig sein. Äußere (mechanische, toxische usw.) Momente kommen ebensogut in Betracht wie inner-somatische (endokrine Störungen, Arteriosklerose u. a.), biologische (Konstitution, Alter, weibliche Sexualphasen usw.) so gut wie psychologische (Erlebnisse, Milieu, Situationseinflüsse) und natürliche „normale“ so gut wie „pathologische“. Weiterhin: „Die fertige psychische Persönlichkeit... ist in ihrer Eigenart durch biogenetische Momente (individuelle Konstitution, Geschlechts-, Rassentypus usw. in der Grundform) festgelegt und durch bio- bzw. psychoplastische (Alterseinfluß, Krankheiten und andere physische Einwirkungen, Erziehung, Lebensschicksale, Milieu usw. im einzelnen ausgestaltet.“.

Der von *Birnbaum* in solch weitem Sinne geprägte Ausdruck „Pathoplastik“ ist leider von manchen Autoren fälschlicherweise eingeengt worden, indem er lediglich im Sinne der biogenetischen, konstitutionellen

Gestaltungskräfte angewandt wird. Es ist allerdings eine schwierige Aufgabe, die Wirkung der „biogenetischen“ und die der „bio“- bzw. „psychoplastischen“ Gestaltungskräfte auf Färbung und Inhalt der Psychose auseinanderzuhalten. Aber es handelt sich hierbei um eine wissenschaftlich ersprießliche Aufgabe, deren Lösung nach Möglichkeit anzustreben ist. Ob nicht für diesen Zweck die entsprechenden Ausdrücke¹ durch treffendere wie „Endopathoplastik“ und „Exopathoplastik“ zu ersetzen wären?²

Auf das, biologische und klinische Werte in sich bergende, Rätsel der „Anteposition“ sei in der vorliegenden Veröffentlichung nicht näher eingegangen und bloß darauf hingewiesen, daß es von Interesse wäre, an einem größeren Material von „Geschwisterpsychosen“ nachzuforschen, ob nicht etwa Brüder oder Schwestern mehr oder weniger „anteponieren“.

Zum Schlusse streifen wir eine Frage, die sich uns — angesichts der hohen Bedeutung, welche der Vererbung für das Auftreten der sog. endogenen Psychosen zuzumessen ist, aufdrängte: Warum erweist sich auffallenderweise, laut der einschlägigen Literatur und auch unserer Veröffentlichung, die Anzahl der in derselben Irrenanstalt gleichzeitig oder zu verschiedenen Zeiten internierten nahen Blutsverwandten relativ sehr gering? So finden sich, nach meiner Schätzung (*G.*), in russischen Anstalten auf 500 Geisteskranken, bei durchschnittlicher Berechnung, gleichzeitig bloß etwa 2 Familiengruppen. Auch an diesbezüglichen ausländischen Veröffentlichungen fällt die verhältnismäßige Geringfügigkeit des aus derselben Anstalt stammenden Materials auf. Zwecks Aufhellung des Widerspruches zwischen dem großen Prozentsatz erblicher Belastung von Geisteskranken und dem verhältnismäßig geringen Material von Blutsverwandten, welches Irrenärzte aus ihrer Wirkungsstätte zutage gefördert haben, sei folgendes in Betracht gezogen: Ein gewisser Prozentsatz der erblichen Belastung entfällt auf nicht anstaltsbedürftige Psychopathen, Epileptiker, Alkoholiker; die Aufnahmebedingungen in den psychiatrischen Krankenhäusern sind ja mehr oder weniger beschränkt; ein gewisser Teil der stationierten Geisteskranken kommt auf Privatanstalten, Sanatorien, Idioten- und Epileptikerheime; nicht alle aufnahmebedürftigen Familienglieder gelangen in dieselbe Anstalt; ein Teil derselben bleibt, auf ausdrücklichen Wunsch der Angehörigen, in häuslicher Umgebung; hie und da (*s. o.*) können auch technische Schwierigkeiten beim Ermitteln von Familiengliedern, welche während weit abliegender Zeitperioden in derselben Anstalt interniert waren, entstehen. Berücksichtigt man all diese Umstände, so löst sich der besagte, auf den ersten Blick paradox erscheinende Widerspruch.

¹ Unwillkürlich verwechselt man „biogenetisch“ mit „pathogenetisch“ und „bio“- bzw. „psychoplastisch“ mit „biologisch“- bzw. „psychisch-konstitutionell“.

² Jedem von diesen beiden Ausdrücken wäre nötigenfalls, behufs Kennzeichnung körperlicher oder seelischer Gestaltungsfaktoren, die Bezeichnung „somatogene“ oder „psychogene“ voranzustellen.

Zusammenfassung.

1. Auf Grund der Krankengeschichten von 30 Familiengruppen, die sich auf 67 Fälle beziehen (darunter 13 Gruppen mit schizophrenen Geschwistern) und 1909—1924 in der Sibirischen Landesirrenanstalt interniert waren, gelangen die Verfasser im allgemeinen zu Ergebnissen, welche mit denen der meisten Autoren in einschlägigen Fragen übereinstimmen.

2. Jedoch war am vorliegenden Material eine vorherrschende Gleichartigkeit der Krankheitsbilder naher Blutsverwandter, sowohl bei gleichen als verschiedenen nosologischen Psychoseformen, nicht nachweisbar, was den Beobachtungen der Mehrzahl der Autoren widerspricht.

3. Die Ungleichartigkeit der Krankheitsbilder bei geisteskranken Familiengliedern wäre vor allem auf äußere pathoplastische Einflüsse psychischer und somatischer Art zurückzuführen.

Literaturverzeichnis.

Birnbaum: Der Aufbau der Psychose **1923**, 7, 13. — *Hoffmann*: Z. Neur. (Ref.) **17**, 192 (1919). — *Judin*: Sovrem. Psychiatr. **1907** (russ.) — *Moser*: Arch. f. Psychiatr. **66**, H. 1 (1922). — *Luther*: Z. Neur. **25** (1914). — *Turolla*: Giorn. Psichiatr. clin. **39**, 151 (1911); Ref. Zbl. Neur. **5**, 166 (1912). — *Wildermuth*: Z. Neur. **110**, H. 1 (1927). — *Wittermann*: Z. Neur. **105**, 462 (1926).
