

Autochthone Degenerationspsychosen.¹⁾

Von

K. Kleist (Frankfurt a. M.).

(Eingegangen am 5. März 1921.)

Seit dem Jahre 1911 habe ich in mehreren Arbeiten und Vorträgen²⁾ die Auffassung zu begründen versucht, daß das manisch-depressive Irresein keine einheitliche Erkrankung darstelle, sondern daß die demselben zugerechneten Krankheitsformen zusammen mit einigen anderen, bisher wenig oder gar nicht gewürdigten Psychosen eine große Gruppe von Erkrankungen bilden, die zwar in gewissen Merkmalen, nämlich der konstitutionellen Grundlage, dem autochthonen Auftreten, der Wiederkehr gleicher Krankheitsanfälle, der Gutartigkeit, übereinstimmen, im übrigen aber selbständige, in Symptomatologie und Pathogenese verschiedenartige Erkrankungen seien. Indem ich diese Gruppe von Psychosen im Gegensatz zu den ebenfalls konstitutionellen reaktiven (psychogenen bzw. hysterischen) Erkrankungen stellte, sprach ich von der Gruppe der autochthonen konstitutionellen Psychosen bzw. von abnorm veranlagten Persönlichkeiten, bei denen hier dieser, dort jener Komplex seelischer Funktionen derart labil beschaffen sei, daß er unter der Einwirkung noch unbekannter somatogener, besonders wohl endokriner Anstöße in autochthone Schwankungen gerate (autochthon-labile Konstitutionen).

Als Glieder dieser Gruppe führte ich an: die periodische Melancholie und Manie, sowie — als Kombination dieser beiden Anlagen — das zirkuläre Irresein; ferner gewisse paranoische Erkrankungen, die meist chronisch verlaufen, wie die später aus meiner Klinik von Ewald³⁾ veröffentlichten Beobachtungen, zuweilen aber auch akut auftreten und rascher vorübergehen, wie die beiden ersten Fälle der Arbeit von Thomsen⁴⁾, an die sich meine Kritik des

¹⁾ Nach einem auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Nauheim gehaltenen Vortrage (Sept. 1920) vgl. Neur. Centralbl. 1920, H. 22, S. 743.

²⁾ Kleist, Die Streitfrage der akuten Paranoia (ein Beitrag zur Kritik des manisch-depressiven Irreseins). Diese Zeitschrift 5, 3. 1911. — Kleist, Die klinische Stellung der Motilitätspsychosen (Vortrag, Diese Zeitschr., Ref. 3. 1912 — Kleist, Die Involutionparanoia, Allg. Zeitschr. f. Psych. 70. 1913.

³⁾ Ewald, Paranoia und manisch-depressives Irresein. Diese Zeitschr. 49. 1919.

⁴⁾ Thomsen, Die akute Paranoia. Arch. f. Psych. 45, H. 3.

manisch-depressiven Irreseins angeschlossen hatte. Hierhin rechnete ich weiter Wernickes expansive Autopsychose mit autochthonen Ideen, die kürzlich von Boström¹⁾ eingehend geschildert worden ist. Einen wesentlichen Bestandteil dieser Gruppe bilden dann eigenartige, vornehmlich durch psychomotorische Symptome ausgezeichnete Erkrankungen, denen ich die Wernickesche Bezeichnung der Motilitätspsychosen vorbehalten wollte, im Gegensatz zu den zur Verblödung führenden Katatonien (Vortrag 1912)²⁾. Ich erwähnte ferner bestimmte, von der Melancholie abzutrennende hypochondrische Psychosen, sowie halluzinoseartige Erkrankungen, und sprach mich im Hinblick auf einige weitere, mir selbst noch nicht recht klare Fälle dahin aus, daß es unzweifelhaft noch mehr symptomatisch verschiedene konstitutionelle Erkrankungen mit dem Merkmale des autochthonen Auftretens gebe. Daß alle diese verschiedenen Typen sich in mannigfacher Weise miteinander verbinden können, wurde nachdrücklich hervorgehoben.

Dies nochmals kurz darzustellen, rechtfertigt sich dadurch, daß P. Schröder³⁾ neuerdings ähnliche Anschauungen vertreten hat, ohne meine Auffassung zu berücksichtigen. Einzelheiten meiner Arbeiten erwähnt Schröder zwar, zum Teil aber in mißverständlicher Weise. So verweist er bei der Besprechung einer „ungewöhnlichen periodischen Psychose“, eines m. E. typischen Falles von hyperkinetischer Motilitätspsychose, zwar in einer Fußnote (S. 280) kurz auf meinen Vortrag über die klinische Stellung der Motilitätspsychosen hin, nimmt aber, wie aus Bemerkungen S. 3 und 27 seiner Arbeit über „Die Spielbreite der Symptome im manisch-depressiven Irresein“ hervorgeht, an, daß ich solche Fälle „ohne weiteres“ zum manisch-depressiven Irresein rechne, während ich in jenem Vortrag ausgeführt habe, daß ich in einer solchen Deutung nur eine „Scheinlösung“ sehen könnte. Ich bin vielmehr für die Anerkennung selbständiger Motilitätspsychosen neben der periodischen Melancholie, neben dem zirkulären Irresein und anderen Psychosen im Rahmen der autochthon-labilen Krankheitsgruppe eingetreten. An einer anderen Stelle (S. 4) der zuletzt erwähnten Arbeit setzt Schröder die „affektiv autochthon Labilen von Kleist“ den Cyclothymen gleich,

¹⁾ Boström, Die expansive Autopsychose durch autochthone Ideen (Wernicke) und ihre klinische Stellung. Diese Zeitschr. 60. 1920.

²⁾ Katamnestisch gesicherte Motilitätspsychosen sind die Fälle 10, 11, 12, 14, 23 aus meinen „Weiteren Untersuchungen an Geisteskranken mit psychomotorischen Störungen“ (1909).

³⁾ Schröder, P., Ungewöhnliche period. Psychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 44. 1918. — Schröder, P., Die Spielbreite der Symptome beim manisch-depressiven Irresein und bei den Degenerationspsychosen. 1920. (Beiheft 8 zur Monatsschrift). — Schröder, P., Degeneratives Irresein und Degenerationspsychosen. Diese Zeitschr. 60. 1920.

während eine autochthone Labilität im affektiven Bereiche nicht nur den Cyclothymen, sondern allen Zirkulären und auch den periodisch Melancholischen und den periodisch Manischen eignet.

In seinem jüngsten Vortrag über „Degeneratives Irresein und Degenerationspsychosen“ unterscheidet Schröder, ebenso wie ich es schon vor 10 Jahren getan habe, zwei Gruppen von Psychosen bei Degenerierten: solche, die im Anschluß an Erlebnisse, Wunschvorstellungen u. dgl. auftreten, und andere, die ohne derartige Anstöße entstehen. Er beschränkt sich darauf zu erwähnen, daß ich für die letzteren die Bezeichnung „autochthon“ vorgeschlagen und von autochthonlabilen Degenerierten gesprochen hätte, sodaß der Eindruck entstehen kann, als ob ich zu der Sache nichts als einen Namen beigesteuert hätte.

Im übrigen freue ich mich über die Bestätigung, die meine Anschauung durch Schröder gefunden hat. Schröders Ausdruck „autochthone Degenerationspsychosen“ scheint mir auch sprachlich besser zu sein als die von mir gewählte Bezeichnung „konstitutionelle, autochthone Psychosen“. Schröder hat ferner das Verdienst, für eine Form dieser Degenerationspsychosen, die man kurz die autochthone Halluzinose nennen könnte, zuerst beweisende Krankengeschichten vorgelegt zu haben (Fall 3 der ungewöhnlichen periodischen Psychosen und Fall 1 aus „Die Spielbreite usw.“).

Auch die wiederholten ratlosen Verwirrheitszustände des Falles 7 (aus „Spielbreite usw.“) dürften einen eigenartigen Typus autochthoner Degenerationspsychosen darstellen. Ein ähnlicher Fall ist die Beobachtung 7 aus Thomsens Arbeit über die akute Paranoia. Auf Grund dieser und mehrerer eigener Beobachtungen glaube ich, daß Ratlosigkeit und Angst die Hauptsymptome dieser „ratlosen Erregungen“, wie ich sie nennen möchte, sind.

Die anderen von Schröder erwähnten Formen autochthoner Degenerationspsychosen — Motilitätspsychosen, mannigfache paranoische Formen — sind schon aus den Krankheitsschilderungen Wernickes, aus meinen Arbeiten und aus zahlreichen Veröffentlichungen zur Paranoiafrage bekannt gewesen (vgl. besonders die Veröffentlichung Ewalds).

Doch ist der Kreis der autochthonen Degenerationspsychosen nach meiner Überzeugung noch weiter, als ihn Schröder zieht. Es gehören dazu, soweit ich bisher sehe, auch diejenigen hypochondrischen und Zwangspsychosen¹⁾, die autochthon und zuweilen periodisch auftreten, die Depressionszustände mit besonders stark hervortretender Depersonalisation [„depressive Autopsychose“²⁾], die

¹⁾ Hinsichtlich der Zwangspsychosen sei auf die Arbeiten von Heilbronner, Bonhöffer und Stöcker (Diese Zeitschr. 23, H. 2/3. 1914) verwiesen.

²⁾ Wernicke, Grundriß S. 307.

Angstpsychose und die expansive Autopsychose Wernickes¹⁾, sowie zwei Krankheitsformen, die ich demnächst ausführlich beschreiben werde: die phantastische Erregung — mit Konfabulationen und phantastischer Wahnbildung — und eine akute Psychose mit Erregung und verbreiteten unsinnigen Beziehungsideen.

Abgesehen von dem Umfang der Gruppe der autochthonen Degenerationspsychosen unterscheidet sich meine Auffassung von der Schröders noch in ihrer Stellung zu der Kerngruppe dieses Psychosenkreises, zum manisch-depressiven Irresein. Schröder hält am manisch-depressiven Irresein als einer Krankheitsart mit einheitlichem Krankheitsvorgang (Ungew. per. Ps. S. 262) fest und nimmt an, daß die Symptomengestaltung dieser Psychosen sich sehr erheblich von den typischen manisch-depressiven Bildern entfernen könne, ohne daß die Erkrankungen damit aufhörten, manisch-depressive Psychosen zu sein.

Wenn man aber einmal, wie Schröder es ja tut, anerkennt, daß die manisch-depressiven Psychosen nur eine besondere Art von autochthonen Degenerationspsychosen sind, ebenso wie auch die Motilitätspsychosen und manche andere Formen, wenn man weiter zugibt, daß die Aufstellung und Unterscheidung verschiedener autochthoner Degenerationspsychosen sich im wesentlichen auf die Verschiedenheit der Symptomenbilder gründet, dann kann man folgerichtig nicht annehmen, daß Krankheiten, die so verschieden sind, und die sich so gegensätzlich zueinander verhalten wie Manie und Melancholie Äußerungen einer und derselben Krankheit seien. Dann sind auch Manie und Melancholie verschiedene Psychosen mit verschiedenen Krankheitsvorgängen, und das zirkuläre Irresein (im engsten Sinne) ist eine Kombinationsform dieser beiden abnormen Anlagen, ebenso wie es Kombinationen, z. B. zwischen hyperkinetischer Motilitätspsychose und Manie u. ä. gibt. So muß auch der von Schröder eingeschlagene Weg, wenn man ihn folgerichtig fortsetzt, zur Auflösung des manisch-depressiven Irreseins führen. Ich bin von ganz anderen Voraussetzungen aus vor zehn Jahren zu der Überzeugung gekommen, daß das manisch-depressive Irresein keine der Paralyse oder dem Typhus vergleichbare einheitliche Erkrankung sei, da die Mannigfaltigkeit der ihm zugezählten Bilder, Verlaufs- und Entstehungsweisen nirgends den Schluß auf einen überall gleichen Krankheitsvorgang gestatten. Zu dem gleichen Ergebnis war auch schon Bumke²⁾ gelangt, der aber neuerdings³⁾ wieder von einer Auflösung des manisch-depressiven Irreseins zurückgekommen ist und sich

¹⁾ Boström, l. c.

²⁾ Bumke, Über die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1909.

³⁾ Bumke, Die Diagnose der Geisteskrankheiten 1919.

darauf beschränkt, demselben eine engere Fassung zu geben. Der Schöpfer des manisch-depressiven Irreseins selbst hat sich übrigens dieser Auffassung genähert, wenn er sagt: „daß man wohl eher von einer aus gemeinsamer Wurzel erwachsenen Krankheitsgruppe mit fließenden Übergängen zwischen den einzelnen Formen, als von einer einheitlichen Krankheit im gewöhnlichen Sinne des Wortes sprechen könne“¹⁾.

Indessen ist weder von Schröder noch in meinen früheren Arbeiten ein Umstand berücksichtigt worden, der schwer für die Einheit der manisch-depressiven Krankheitsgruppe, bzw. für die Einheit der ganzen Gruppe der autochthonen Degenerationspsychosen ins Gewicht zu fallen scheint: die Erbllichkeit.

In manchen Familien vererbt sich zwar nur eine Art von autochthoner Degenerationspsychose. So sind von Reiss, Jolly u. A. Familien mit ausschließlicher Vererbung der melancholischen Anlage beschrieben worden. Auch wenn in einer Familie die melancholische und die manische Anlage zusammentreffen, bleiben sie zuweilen völlig getrennt, wie in einer Beobachtung von Reiss²⁾; dort ließen sich — wie Reiss schreibt —, „deutlich zwei Linien, eine ausgesprochen heitere und eine andere, mehr depressive, unterscheiden, die in der vorletzten Generation zusammentrafen und nun eine völlig getrennte Vererbung besaßen, sodaß die einzelnen Familienglieder trotz nächster Verwandtschaft keine Ähnlichkeit untereinander aufwiesen“. Aber solchen Fällen, in denen die Wesensverschiedenheit der einzelnen autochthonen Degenerationspsychosen auch durch die Erbllichkeit erwiesen scheint, stehen andere Familien gegenüber, in denen die allerverschiedensten autochthonen Degenerationspsychosen nebeneinander vorkommen und sich gegenseitig derart zu vertreten scheinen, daß nur unter Berücksichtigung aller Formen die Zahlenverhältnisse einer der Mendelschen Vererbungsregeln sich ergeben³⁾. Dies läßt doch wieder daran denken, daß allen Formen ein und derselbe Erbfaktor zugrunde liege, die Psychosen also trotz ihres so verschiedenartigen Erscheinungsbildes eines Wesens seien.

Die Auflösung dieses Widerspruches gelingt jedoch, wie ich glaube, mit Hilfe der von Johannsen geschaffenen Vererbungsbegriffe, um deren Einführung in die Psychiatrie sich E. Kahn⁴⁾ verdient gemacht hat. In ihrem Sinne sind die klinischen Bilder der autochthonen De-

¹⁾ Kraepelin, 8. Aufl. III, S. 1383.

²⁾ Reiss, Konstit. Verstimmung und manisch-depressives Irresein. Diese Zeitschr. 2, 603. 1910.

³⁾ Medow, W., Zur Erbllichkeitsfrage in der Psychiatrie. Diese Zeitschr. 25, 5. 1914.

⁴⁾ Kahn, E., Konstitution, Erbbiologie und Psychiatrie. Diese Zeitschr. 57, 1920.

generationspsychosen Phänotypen, die sich aus den eigentlichen konstitutionellen Elementen (den Genotypen) und anderen, aus den Einwirkungen der Umwelt stammenden konstellativen Elementen zusammensetzen. Aber auch die erblichen Genotypen können zusammengesetzt sein. Es gibt primitive Phänotypen mit primitivem Genotypus und komplexe Phänotypen, in denen mehrere primitive Genotypen verkuppelt sind. Bei der Vererbung folgen die primitiven Genotypen den Erbgeln, die komplexen können als Ganze vererbt werden, sie können aber auch bei Kreuzungen zerfallen und primitive genotypische Elemente zutage treten lassen, die dann ihrerseits nach einer Vererbungsregel gehen. Wenn wir voraussetzen, daß die melancholische, die manische, die hypochondrische, die hyperkinetische u. a. Dispositionen primitive Phänotypen sind, die je einen primitiven Genotypus enthalten, so ist es klar, daß sie sich nach den Erbgeln vererben müssen, wie es tatsächlich manche Beispiele lehren. Das zirkuläre (manisch-melancholische) Irresein würde dagegen einen komplexen Phänotypus — aus dem manischen und dem melancholischen Erbfaktor zusammengesetzt — darstellen, der sich teils als Ganzes vererben wird, teils in seine primitiven Genotypen zerfallend Individuen mit periodischer Manie und solche mit periodischer Melancholie entstehen lassen kann. Der komplexe Phänotypus wird aber oft genug noch viel komplizierter gebaut sein. Es können — wie es die Klinik lehrt — in einem Falle neben manischen und depressiven auch hyperkinetische Erregungen, Stupor, Verwirrtheitsbilder u. a. auftreten. Und unter den Nachkommen sehen wir teils reine Formen autochthoner Degenerationspsychosen, teils Kombinationen in der allerverschiedensten Zusammensetzung. Offenbar neigen die primitiven Genotypen dieser ganzen Krankheitsgruppe sehr dazu, sich zu komplexen Genotypen zu vereinigen, wodurch sowohl die gegenseitige Vertretbarkeit der einzelnen Formen in der Erbfolge wie das Auftreten zahlreicher, sonst schwer zu deutender Übergangs- und Mischbilder erklärt würde. Auch den Tatsachen der Vererbung können also Gründe gegen die Anerkennung verschiedener selbständiger autochthoner Degenerationspsychosen nicht entnommen werden.

Die nächste Aufgabe wäre es nun, die verschiedenen Krankheitsvorgänge aufzudecken, die den verschiedenen autochthonen Degenerationspsychosen zugrunde liegen müssen. Wenn man auch in dieser Frage, auf die Schröder nicht eingeht, mit klinisch-psychiatrischen Hilfsmitteln nicht allein zum Ziele kommen wird, sondern dazu serologischer, biologischer und chemischer Untersuchungen bedarf, so kann es doch, wie ich früher ausgeführt habe¹⁾, schon jetzt als durchaus wahrscheinlich gelten, daß die Ursachen der fraglichen

¹⁾ Streitfrage der akuten Paranoia, S. 384.

Psychosen nicht nur im Gehirn gelegen sind, sondern daß extracerebrale Körpervorgänge — z. B. Veränderungen der Blutzusammensetzung bei der Menstruation, der Gravidität, im Puerperium, in der Lactation, beim Klimakterium, sowie endokrine Störungen überhaupt — eine Rolle spielen. So sieht auch Stransky¹⁾ die Ursache des manisch-depressiven Irreseins in einer „Dysfunktion jenes Drüsenapparates, in dessen Kette die Schilddrüse ein wichtiges Glied bildet“, und er verbindet damit die Annahme einer angeborenen Minderwertigkeit der „vasomotorischen und affektiven Sphäre“ und einer erhöhten Empfindlichkeit dieser gegen Stoffe aus dem Drüsenstoffwechsel. Dagegen wäre nur zu sagen, daß die große Mannigfaltigkeit der autochthonen Degenerationspsychosen und auch schon die Verschiedenheit von Manie und Melancholie nicht nur eine, sondern mehrere Arten endokriner Störung zur Erklärung fordern. Einen tatsächlichen Hinweis auf Störungen aus dem Bereiche der endokrinen Drüsen enthalten die Untersuchungen mit der Abderhaldenschen Methode, durch die neuerdings — besonders von Ewald²⁾ — auch Abbaufemente bei Manisch-depressiven nachgewiesen worden sind. Und zwar fand sich — ein Beweis für die Verschiedenheit der betreffenden Vorgänge — Schilddrüsenabbau fast nur bei Manischen, Leberabbau fast nur bei Depressiven.

Zwischen der manischen Erregung und den neuropsychischen Symptomen der Basedowschen Krankheit bestehen ebenso gewisse Übereinstimmungen, wie zwischen Melancholie und dem Geisteszustande der Kretinen und Myxödematösen. Auch an eine Beteiligung der Keimdrüsen, genauer wohl der Pubertätsdrüse (Steinach), wäre bei Manischen und Melancholischen zu denken; ist doch der manische Zustand dem seelischen und körperlichen Habitus der Jugend ebenso verwandt wie der Melancholiker und in gewisser Hinsicht auch der Paranoiker Züge des Greisenalters an sich trägt (Haarausfall, Ergrauen der Haare, welke Haut, sexuelle Afunktion, Ausbleiben der Menses bei Melancholie). Die psychomotorischen Störungen der Motilitätspsychosen könnten mit Störungen der Nebenschilddrüsen oder Nebennieren zusammenhängen (vgl. die Untersuchungen Fischers über die Beziehungen zwischen Krampfbereitschaft und Funktion der Nebennieren).

Es wird zunächst nötig sein, in der körperlichen und seelischen Konstitution der „autochthon Labilen“ nach weiteren Zeichen innersekretorischer Abweichung zu fahnden. Aber man darf nicht übersehen,

¹⁾ Stransky, Das manisch-depressive Irresein. Handb. d. Psychiatrie 1911, S. 131.

²⁾ Ewald, G., Die Abderhaldensche Reaktion. Beiheft 10 der Monatsschr. 1920.

daß manische, melancholische, hyperkinetische, neurasthenische und andere Symptomenkomplexe durch die uns bisher bekannten endokrinen Störungen der Hyperthyreose (Basedow), der Athyreose, des Hypogonitalismus, der Tetanie u. dgl. trotz gewisser Ähnlichkeiten mit diesen Störungen nicht hervorgerufen werden. Auch die Annahme pluriglandulärer Störungen würde nicht weiter führen, da sie nur die Kombination mehrerer Symptome, nicht aber das Auftreten neuartiger Krankheitsbilder erklären könnte. Ähnlich scheint es übrigens mit den verschiedenen Symptomenkomplexen der vasomotorisch-trophischen Neurosen zu stehen, die sich auch nicht restlos mit innersekretorischen Bildern zur Deckung bringen lassen. Vielleicht liegen besondere, uns noch unbekannte Störungen der endokrinen Drüsen vor, möglicherweise handelt es sich auch um die Wirkung von intermediären Stoffwechselprodukten anderer Art und Herkunft. Wahrscheinlich beruhen die autochthonen Degenerationspsychosen aber nicht ausschließlich auf extracerebralen Vorgängen, sondern auf dem Zusammenwirken dieser mit abnormen Gehirnbeschaffenheiten. Einzelne Beobachtungen — Pilcz, Cl. Neisser, Hoppe — zeigen, daß „manisch-depressive“ Konstitutionen durch Kopfverletzungen, fötale und frühkindliche Hirnerkrankungen,luetische und arteriosklerotische Hirnaffektionen erworben werden können. In der Mehrzahl der autochthonen Degenerationspsychosen dürften erblich übertragene, feinere Anlagefehler des Gehirns vorliegen, durch welche die Empfindlichkeit verschiedener Gehirnteile gegenüber den vermutlich vorhandenen und auf bestimmte Gehirnapparate spezifisch abgestellten Endotoxinen erhöht wird. Einen ähnlichen Gedanken hat Stransky schon ausgesprochen, indem er eine angeborene Minderwertigkeit und Überempfindlichkeit der „vasomotorischen und affektiven Sphäre“ beim manisch-depressiven Irresein annahm (s. o.). Vermutlich betreffen jene Anlagefehler nicht einzelne Rindenzentren — etwa die fraglichen Affektzentren im Stirnhirn bei Manie und Melancholie oder die psychomotorischen Gebiete im Stirnhirn bei den Motilitätspsychosen. Dafür sind die Symptomenkomplexe der Manie, der Melancholie, der hyperkinetischen Erregung u. dgl. zu kompliziert und vor allem zu gesetzmäßig aufgebaut. Wenn es in tieferen Hirnteilen (Rautenhirn, Hirnstamm, basale Ganglien) Zentralstellen für die Regelung von Schlaf und Wachen, für die Aufrechterhaltung des Bewußtseins (Breslauer, Reichardt) gibt, dann gibt es vielleicht auch Zentralstellen, von denen die einzelnen Rindenzentren derart abhängig sind, daß von der einen Zentralstelle aus der ganze manische, von einer anderen der melancholische, der stuporöse, verworrene Komplex im Wege der Erregung oder Hemmung in Tätigkeit versetzt werden kann.

Welche Vorstellung kann man sich auf dieser Grundlage von dem

Wechsel zwischen Krankheit und Gesundheit und von der Aufeinanderfolge gegensätzlicher Krankheitszustände machen? Bei den hypomanischen, depressiven, hypochondrischen und paranoischen u. ä. Habitualzuständen dürfte eine abnorme Beschaffenheit der Körpersäfte dauernd bestehen und wirksam sein, bei den autochthonen Psychosen wird sie wohl zeitweise durch irgendwelche Kompensationsvorgänge verdeckt, tritt aber zutage, wenn das labile Gleichgewicht durch Umwälzungen im endokrinen System (Pubertät, Menses, Klimakterium usw.) oder durch andere Anstöße erschüttert wird. So erklärt sich vielleicht die Auslösung von autochthonen Psychosen durch Infektionskrankheiten oder schwere Verletzungen und die gelegentliche Wirkung heftiger Gemütsbewegungen. Diese mittelbare psychoreaktive Entstehung wäre grundsätzlich von dem unmittelbar reaktiven Auftreten hysterischer Psychosen zu unterscheiden. Manche andere Entstehungsbedingungen sind noch ganz unklar, z. B. die Tageschwankungen bei Depressionen, die Einflüsse der Jahreszeit u. ä. Die Mehrzahl der autochthonen Schwankungen gleicht sich wieder aus, bei einer Minderheit bleibt die pathologische Verstimmung bestehen; offenbar ist eine Kompensation, eine Wiederherstellung der endokrinen Harmonie nicht mehr möglich (präsenile Depressionen und Hypochondrien).

Ein Verständnis für den zirkulären Wechsel gegensätzlicher Zustandsbilder (Affektpsychosen, Motilitätspsychosen) ist, wie ich glaube, neuerdings durch die Steinachschen Versuche eröffnet worden. Kastrierte Tiere, denen Steinach zugleich männliche und weibliche Keimdrüsen einpflanzte, zeigten in periodischem Wechsel eine Zeitlang männliche, eine Zeitlang weibliche sekundäre Geschlechtsmerkmale und ein entsprechendes psychisches Verhalten. Wahrscheinlich sind auch bei den zirkulär Veranlagten jeweils zwei abnorm funktionierende Organe (oder Organgruppen) vorhanden, die sich gegenseitig in der Weise hemmen, daß zu gleicher Zeit nur eines zur Wirksamkeit gelangen kann, und so ein Alternieren erzwungen wird.

Zum Schlusse wäre noch die Grenzlinie zwischen der Gruppe der autochthonen Degenerationspsychosen und anderen Psychosen mit ähnlicher Verlaufsweise zu ziehen. Psychosen, deren Ursachen bekannt sind und solche, die durch charakteristische Begleiterscheinungen als besondere Erkrankungen gekennzeichnet werden, gehören m. E. nicht zu den autochthonen Degenerationspsychosen. Die Mehrzahl der von unserer Gruppe auszuschließenden Erkrankungen unterscheiden sich auch dadurch von diesen, daß die Symptomenbilder ganz oder überwiegend heteronomes Gepräge haben. Die Kerngruppe der autochthonen Degenerationspsychosen, die manischen, depressiven und zirkulären Erkrankungen stellen dagegen homonome Bilder dar

und weichen nur in Höhepunkten der Psychose (verworrene Manie, depressiver Stupor) davon ab. Andere Formen (periodische Verwirrheitszustände, Motilitätspsychosen, autochthone Halluzinosen u. a.) sind zwar keine homonomen Bilder, zeigen aber doch eine gewisse Verwandtschaft mit diesen, im Gegensatz zu den Demenzzuständen, den Delirien und amnestischen Zuständen, die wir bei den autochthonen Degenerationspsychosen ebenso vermissen, wie sie bei den gleich zu besprechenden Psychosen überwiegen. Auch die Gegensätzlichkeit der Zustandsbilder und die Neigung zum Verlauf in gegensätzlichen Phasen (manisch-melancholischer Zirkel, cyclische Motilitätspsychose) findet sich nirgends so häufig, wie bei den autochthonen Degenerationspsychosen.

Von den autochthonen Degenerationspsychosen ausgeschlossen sind die Migränepsychosen¹⁾; ferner eigenartige periodische Schlafzustände. Schröder²⁾ hat einen solchen Fall beschrieben, auch ich sah in Rostock und im Felde je einen derartigen Kranken. Eine besondere Stellung nehmen auch die seltenen periodischen Dämmerzustände ohne epileptische Grundlage ein, auf die ebenfalls Schröder die Aufmerksamkeit gelenkt hat. Ein Teil der von Pilez und Krafft-Ebing unter der Bezeichnung „periodische, delirante Verworrenheitszustände“ beschriebenen Fälle muß nach der Schilderung der Beobachter zu diesen Dämmerzuständen gerechnet werden (Pilez Fall 31, Krafft-Ebing III. Aufl. Beob. 57, S. 496). Auch die periodischen, kurzdauernden „episodischen“ Verstimmungen der Psychopathen, die meist mit körperlichen Beschwerden — Kopfschmerz, Mattigkeit, Schwindel — einhergehen und oft unter dem Bilde der Dipsomanie oder Poriomanie verlaufen³⁾, sind offenbar in ihrem Wesen ganz verschieden von den autochthonen Degenerationspsychosen. Ausgeschlossen sind auch die auf der Grenze zu den symptomatischen Psychosen stehenden, einmalig oder mehrmalig auftretenden Psychosen bei Hydrocephalus und Meningitis serosa⁴⁾, sowie die nur scheinbar autochthonen, in Wirklichkeit symptomatischen wiederholten Psychosen bei Infektionskrankheiten, auf die man gelegentlich des Studiums der Influenzapsychosen aufmerksam geworden ist [Persönlichkeiten mit „symptomatisch-labiler Konstitution“⁵⁾]. Sicher wird sich die Gruppe der autochthonen Degenerationspsychosen noch weiter einengen, wenn es erst

¹⁾ Ranzow, Über Migränedämmerzustände usw. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 47, 2. 1920.

²⁾ Schröder, Ungewöhnl. period. Psychosen. Fall 7.

³⁾ Vgl. Kleist-Wissmann, Zur Psychopathologie der unerlaubten Entfernung. Allg. Zeitschr. f. Psych. 76, 63. 1920.

⁴⁾ Blumenthal, K., Psychosen bei Hydrocephalus usw. Diese Zeitschr. 64. 1921.

⁵⁾ Kleist, Die Influenzapsychosen usw. Berlin 1920.

gelingt, bestimmte Ursachen für die uns bislang noch unerklärlichen seelischen Gleichgewichtsschwankungen aufzudecken. So habe ich kürzlich mit Heuck¹⁾ bei einem sonst nicht belasteten Falle von Raynaudscher Krankheit kurzdauernde, periodische Depressionen beobachtet, die den vasomotorischen Anfällen parallel gingen. Rosenfeld²⁾ hat Psychosen, die in einzelnen Zügen an manisch-depressive Erkrankungen erinnerten und mit vasomotorischen Symptomenkomplexen einhergingen, als besondere vasomotorische Psychosen abzugrenzen gesucht. Gewisse Depressionszustände und andere affektive Krankheitsformen hängen — wie Rosenfeld dartut — wahrscheinlich mit Herzaffektionen, Blutdrüsenerkrankungen, Vagotonie zusammen. Rittershaus³⁾ schießt aber m. E. über das Ziel hinaus, wenn er glaubt, daß als manisch-depressives Irresein nur noch eine kleine endokrine Restgruppe übrigbleibe.

¹⁾ Heuck, Raynaudsche Krankheit und periodische Melancholie. Arch. f. Psych. **62**, 2. 1920.

²⁾ Rosenfeld, Über die Beziehungen des manisch-depressiven Irreseins zu körperlichen Erkrankungen. Allg. Zeitschr. **70**. 1913.

³⁾ Ritterhaus, Die klinische Stellung des manisch-depressiven Irreseins usw. Diese Zeitschr. **56**. 1920. — Vgl. dazu die Kritik von Ewald. Diese Zeitschr. **63**. 1921.