

mittels Transparentphotographie.) (*15. congr. de méd. lég. de langue franç., Paris, 26.—28. V. 1929.*) Ann. Méd. lég. etc. **11**, 83—84 (1931).

Während die Fluoreszenzphotographie von Flecken (auf Stoffen usw.) bekanntlich meist keine großen differentialdiagnostische Bedeutung hat, glaubt Verf. mit Hilfe der Photographie in durchfallendem Wood- oder U.V.-Licht auf lichtempfindliches Papier, das unter den Fleck gelegt wird, etwas spezifischere Befunde zu erheben. Samenflecke sind leicht erkennbar an dem scharfen, unregelmäßig gezackten Umriß, der durch einen Rand gut markiert ist und sich auf grauem Untergrund scharf abhebt. Urinflecke haben unscharfe Ränder, Milch hinterläßt eine kaum sichtbare Spur, ebenso wenig wie Absonderungen der Nasenschleimhaut und der Vagina. Rote Flecke ergeben gut unterscheidbare Bilder. Farbflecke erkennt man daran, daß die Gewebestruktur im Zentrum nicht mehr sichtbar ist und daß der Fleck nach der Peripherie zu in ein immer schwächeres Grau übergeht. Flecke von roter Tinte haben zerfließende und unscharfe Ränder. Derartige Voruntersuchungen sind zur Orientierung recht geeignet; außerdem wird das Material vor der eigentlichen Untersuchung nicht verändert.  
Buhtz (Heidelberg).

### Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie.

**Marbe, Karl:** Der Psycholog als gerichtlicher Sachverständiger. (*Psychol. Inst., Univ. Würzburg u. Nürnberg.*) Arch. Kriminol. **86**, 1—14, 126—130 u. 208—219 (1930).

Verf. gibt unter Anführung von Beispielen aus der eignen psychologisch-forensischen Sachverständigentätigkeit einen Überblick über die Fragen, zu denen in der Hauptsache der Psychologe gutachtlich zu hören ist. Es handelt sich im wesentlichen um die Psychologie der Zeugenaussage, speziell der Kinderaussage bei Sittlichkeitsdelikten, des weiteren aber auch um die psychologische Wertung der Zeugenaussage Erwachsener wie auch der Aussage des Angeklagten und schließlich um die psychologische Feststellung des Fahrlässigkeitsphänomens. Die sonstigen Ausführungen, die sich auf die Rolle und Bedeutung des psychologischen Sachverständigen in foro beziehen, sind besonnen und wohl abgewogen.  
Birnbaum (Berlin-Buch).

**Buerschaper, Hans:** Aussagepsychologische Versuche. Arch. Kriminol. **88**, 84 bis 88 (1931).

Die von einem Staatsanwalt mitgeteilten Versuche sind darum von Interesse, weil Versuchspersonen, die in der gerichtlichen Praxis stehen, Richter und Staatsanwälte, geprüft werden. Es handelt sich um 3 Versuche: Ein Gegenstand, der dem Teilnehmer seit Jahren täglich vor die Augen kommt, ist zu beschreiben. Ein fingierter Einbruchsdiebstahl wird metrisch aufgezeichnet; nach 3 Wochen wurden die Versuchspersonen aufgefordert, sich schriftlich über das Wahrgenommene zu äußern und mußten 36 Fragen beantworten; vorher wußten sie nicht, daß sie als Zeugen vernommen werden sollten. Ein fingierter Mord wurde dargestellt; 2 Monate später mußten 39 Fragen beantwortet werden, diesmal wußten die Versuchspersonen, daß sie evtl. als Zeugen vernommen werden sollten. In allen 3 Fällen reichlich Aussagefehler; sehr viele davon sind nicht Erinnerungs-, sondern schon Wahrnehmungsfehler. Ergebnis: Auch den Juristen tut kriminalistische Schulung ebenso not wie juristische. Zahlreiche Meineidsverfahren lassen sich mit Hilfe der Lehren der Aussagepsychologie mit guter Begründung einstellen.  
F. Stern (Kassel).

● **Müller, L. R.:** Über die Seelenverfassung der Sterbenden. Z. Neur. **131**, Specht-Festschr., 421—441 (1930) u. Berlin: Julius Springer 1931. 34 S. R.M. 1.80.

Die mit interessanten literarhistorisch-pathographischen Beispielen versehene Schrift kommt im großen und ganzen zu dem klinischen Ergebnis, daß das Todeserleben eine Funktion des jeweiligen Hirnzustandes sei; daher werde das Sterben bei Zehrkrankheiten und Infektionen nicht kritisch empfunden, da die toxische Wirkung eine affektarme Seelenverfassung schaffe. Intensiver sei die Todesangst bei an und für sich vitalen Jugendlichen und Menschen auf der Höhe der Vitalität; in diesem Zusammenhange hätte der Teil über den Heldenot vielleicht etwas eingehender sein dürfen; die Feststellung der singend in den Tod ziehenden Langmarkkrieger erschöpft hier das Problem noch nicht. Daß die Philosophie in der Sterbens-

stunde kein Religionsersatz sein könne, scheint Ref. nur bedingt richtig zu sein; gerade der angeführte Sokrates trank den Giftbecher aus philosophischen Gründen; hier ist wohl mehr die prinzipielle „Kraftidee“ im Sinne Guyaus (Wernicke) entscheidend. *Leibbrand* (Berlin).

**Simon, Alfred: Selbstmord während des Krieges.** (*Versorgungszürl. Untersuchungsstelle, Heidelberg.*) Äztl. Sachverst.ztg **36**, 356—360 (1930).

Mitteilung eines Gutachtenfalles: Sanitätsfeldwebel, früher aktiv, von asthenischem Habitus, erblich belastet (Bruder und Vater sind gleichfalls durch Selbstmord geendet), erschießt sich mit 47 Jahren, nachdem er sich vorher „verändert“ und an Gewicht abgenommen hat. Äußere Gründe, besondere Anstrengungen, Traumen usw. kamen nicht in Betracht. Verf. unterscheidet 3 Gruppen von Selbstmördern: die Geistesgesunden, die aus existenzbedrohenden Gründen handeln, die Geisteskranken und schließlich jene, meist „schizoiden“ (? Ref.), Individuen, bei denen die Neigung zum Selbstmord oft als Erbanlage auftritt bzw. die entsprechenden „Hemmungen“ fehlen; vielfach tritt bei ihnen der Trieb zum Selbstmord plötzlich, „geradezu freisteigend“ auf. Verf. weist seinen Fall dieser Gruppe zu und führt aus, daß die Einziehung zum Heeresdienst an sich nicht als adäquate Ursache angesprochen werden könne; es fehle demnach die Voraussetzung jener grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversorgungserichtes, nach der in solchen Fällen Dienstbeschädigung angenommen werden könne, wenn der für den Wegfall der Hemmungen verantwortliche krankhafte Gemütszustand eine Folge des Militärdienstes sei; es komme für den vorliegenden Fall mehr eine endogene Verursachung als Dienstbeschädigung in Betracht. *Donalies* (Berlin).

**Gargas, S.: Le suicide aux Pays-Bas.** (Der Selbstmord in den Niederlanden.) Arch. di Antrop. crimin. **50**, 673—688 (1930).

Im Verhältnis zur Geburtsziffer nimmt in Holland die Zahl der Selbstmorde ab (mittlere Zahl von 1900—1925: 0,806%). Auf 1 Million Einwohner kamen in 1922 72,8 Selbstmorde vor, also im Verhältnis zu anderen Kulturländern sehr wenig. Die Mehrzahl kommt nicht in den Städten, sondern auf dem Lande vor; am günstigsten erscheinen die Städte von 20—50000 Einwohnern. Hauptsächlich ältere Leute (über 80 Jahre); mehr Männer als Frauen, aber die Zahlen nähern sich jetzt einander; von beiden mehr Verheiratete als Unverheiratete. Nur in Amsterdam mehr Unverheiratete. Selbstmorde bei Kindern unter 14 Jahren sind äußerst selten. Nach dem Beruf überwiegen Arbeiter und Berufslose. Unter Katholiken die wenigsten, unter den Israeliten die meisten. Relativ häufig bei Gefangenen (15,9 auf 100000). Grund zum Selbstmord vorwiegend Hypochondrie und Dementia, weniger Liebe und noch abnehmender Alkohol. Methode meistens Erhängen, seltener Ertränken und in weiter abnehmender Frequenz Erschießen, Vergiftung und Tod durch Erstickung. Literatur. *Lamers*.

**Franck, Erwin: Der physiologische Selbstmord. Ein Beitrag zur Beurteilung des Selbstmordproblems in der Gegenwart.** (*Oberversicherungsamt u. Versorgungsgericht, Berlin.*) Äztl. Sachverst.ztg **36**, 333—336 (1930).

Noch vor 100 Jahren galt der Selbstmord als eine immer pathologische Erscheinung (Esquirol, in Deutschland schon 1783 Auenbrugger); Kraepelin fand dann, daß nur 30% seiner geretteten Selbstmörder klinische Störungen darboten. Mit dem, von Placzek stammenden, wohl nicht sehr glücklichen Terminus meint Verf. das, was Hoche viel besser den „Bilanzselbstmord“ genannt hat. Im Kriege nun sei der Wert des Menschenlebens gefallen, noch mehr in den anschließenden Zeiten der wirtschaftlichen Depression: „selbst psychisch normale, geistig oft hochstehende Menschen konnten nunmehr leichter dem Gedanken nachgeben, ihr Leben freiwillig zu beenden“. Dieser „physiologische“ Selbstmord sei gekennzeichnet durch „das Moment vollster geistiger Schärfe bis in die letzte Minute“; er werde ausgeführt von Personen, die auch vorher immer Willensstärke und Entschlossenheit bekundet hätten, und falle zumal dann leicht, wenn nur rein persönliche Motive vorlägen sowie bereits eine innerliche Lösung von Mitwelt und Umgebung erfolgt sei. *Donalies* (Berlin).

**Bermann, Gregorio: Der Selbstmord als Rache.** Mschr. Psychiatr. **77**, 298—309 (1930).

Nach mehr allgemein gehaltenen Erörterungen bespricht Verf. — Ordinarius für gerichtliche Medizin in Cordoba, Argentinien — an der Hand von leider nur andeutungsweise berichteten Fällen, gestützt vornehmlich auf hinterlassene Briefe und einige schöne Literatur, die Möglichkeit, daß ein Selbstmord auch einmal erfolgen kann,

weil der Selbstmörder sich an einem anderen (Verwandten, Dienstherrn, Nachbarn) „rächen“ will; aus der Literatur seien auch Fälle bekannt, in denen die Täter durch die Anordnung ihres Unternehmens bewußt einen anderen in den Verdacht des Mordes gebracht hätten. Bei den in Frage kommenden Fällen sei der Selbstmord ein Ausdruck der „seelischen Schwäche“, wohl auch der Angst und dann vor allem des Großes, was dann im Anschluß an Nietzsche und Scheler noch etwas näher ausgeführt wird. In einem Leben der Schwäche komme es in einer Epoche der Widerwärtigkeiten zu einer — an sich paradoxen — Tat der Stärke und der Bejahung. Verf. verweist noch auf die in den letzten Jahren erfolgte Zunahme der Selbstmorde in seiner Stadt und verspricht sich von seinen Einsichten in die Genese des Selbstmordes Möglichkeiten der Prophylaxe.

Man wird anmerken dürfen, daß die Fälle, die Verf. im Auge hat, sicher nur verhältnismäßig vereinzelt vorkommen; wenn er sie für den Nachweis der (nicht zu bestreitenden; „Bilanzselbstmord“ — Hoche) Möglichkeit eines nichtpathologischen Selbstmordes verwenden will, so kann der Umstand, daß ein Motiv wie Rache und Groll auch in der Breite des Normalen vorkommt, nicht ins Gewicht fallen gegenüber dem anderen, daß die ganze Handlung durch die Inadäquatheit der Konsequenzen ins Bereich des Krankhaften rückt. Bei dem einen und anderen der (freilich nur angedeuteten) Fälle scheint uns zudem die Möglichkeit des Vorliegens einer paranoiden Psychose nicht mit genügender Sicherheit ausgeschlossen zu sein.

Donalies (Berlin).<sup>oo</sup>

**Seelig, Ernst: Die Ambivalenz der Gefühle im Zuge des Sexuallebens.** (*Kriminol. Inst., Univ. Graz.*) Z. angew. Psychol. **36**, 138—150 (1930).

Das Wesentliche der Ambivalenz liege darin, „daß bestimmte Gefühle trotz Beibehalt ihrer spezifischen Qualität sowohl als Unlust- wie als Lustgefühle auftreten“. Es wird die Ambivalenz des Ekelgefühls untersucht und die ambivalente Erlebnisweise des Unlustekels als Lustekel bezeichnet, in analoger Weise wird die ambivalente Form des Schamgefühls als Lustscham dargestellt. Im Gegensatz zu Ekel und Scham, die auch außerhalb des sexuellen Erlebens vorkommen können, handelt es sich beim Eifersuchtsgefühl um ein sexuelles Sekundärerlebnis, das eine sexuelle Einstellung zu einem anderen Individuum voraussetzt. An Beispielen wird die Lusteifersucht nachgewiesen. Ein Spezialfall der psychosexuellen Gefühlsambivalenz ist die Allogagnie. Die Ambivalenz der Sexualzielgefühle bezieht sich auf das alltägliche Vorkommen der Umwandlung einer unlustbetonten Abwehr in eine lustbetonte Hingabe. Zum Schluß wird die kriminalbiologische Bedeutung der Gefühlsambivalenz erörtert.

Kankleit (Hamburg).<sup>oo</sup>

**Friedersdorff: Brandstiftung aus psychologischen und pathologischen Ursachen.** *Kriminal. Mh.* **4**, 271—272 (1930).

Ein interessanter Fall mehrfacher Brandstiftung durch eine Jugendliche. Der Fall ist leider psychologisch nicht ausreichend geklärt, doch scheint die Triebhaftigkeit des Tuns erwiesen. Verletzte Eitelkeit sprach anscheinend mit, ebenso wohl auch sexuelle Momente, erwachende Pubertät und Menstruation.

Birnbaum (Berlin).<sup>o</sup>

**Kielholz, A.: Giftmord und Vergiftungswahn.** *Internat. Z. Psychoanal.* **17**, 85 bis 98 (1931).

Giftmord und Vergiftungswahn entspringen den gleichen seelischen Quellen. An einer Reihe von geisteskranken Giftmördern wird die psychische Determinierung des Verbrechens und der Wahl des Tötungsmittels gezeigt. Aus den mitgeteilten Fällen wird der schon von nichtanalytischer Seite (Wulffen) hervorgehobene Zusammenhang zwischen Giftmord und sexuellen Strebungen des Mörders belegt. Ein Patient sucht seinen Vater zu beseitigen, nachdem er seine Heiratspläne durch ihn vereitelt sieht. Eine Frau verleitet ihre Schwester zu Vergiftung des Bruders, der ihr Vorkhaltungen wegen eines inzestuösen Verhältnisses macht. Eine Frau will die schwangere Mieterin vergiften, weil sie sie im Verdacht hat, mit ihrem Manne sexuelle Beziehungen zu haben. Ein weiterer Fall ergibt eine Bestätigung der von Freud geäußerten Auffassung, daß der Vergiftungswahn der Paraphrenen dem ins Unbewußte verdrängten Wunsch nach Schwängerung, bzw. der Abwehr dieses Wunsches, entspringe. Besonders häufig sind als Giftstoffe menschliche und tierische Exkrete. Es ergibt sich, daß Inzest

und Schwängerung in der Psychologie des Giftmordes wie des Vergiftungswahnes eine bedeutsame Rolle spielen. Die instruktive klinische Kasuistik wird durch eine Reihe von Giftmördertypen aus der Geschichte und Literatur ergänzt. *Stengel* (Wien).

**Heller, Theodor: Psychopathische Jugendliche als Zeugen.** (*Heilpädagog. Anst., Wien-Grünzing.*) *Z. Schulgesdh.pfl. u. soz. Hyg.* 44, 225—234 (1931).

Einleitend betont und begründet Verf., daß die Aussagen auch der normalen Jugendlichen mit großer Vorsicht zu bewerten sind. Eine besondere Vorsicht erscheint jedoch bei jugendlichen Psychopathen geboten und zwar vornehmlich bei den Wachträumern, den pathologischen Schwätzern und Schwadronen. Die unwahren Aussagen Jugendlicher entstammen nicht selten einem sexuellen Untergrund und können sehr unangenehme Folgen zeitigen, für die Verf. ein charakteristisches Beispiel aus der Praxis bringt. Sehr vorsichtig sind die Zeugenaussagen von Kindern und Jugendlichen bei der Beurteilung von Sexualdelikten zu bewerten. Es ist deshalb erforderlich, bei derartigen Fällen einen mit der Jugendpsychologie und -psychopathologie vertrauten Sachverständigen hinzuzuziehen. Verf. weist darauf hin, daß die Lehrer der öffentlichen Schulen durchweg zum Sachverständigen ungeeignet sind, da ihnen die Psychologie des abnormen Kindes zumeist ein fremdes Gebiet ist. Hellers Ansicht ist unbedingt zuzustimmen, wenn er „Heilpädagogen, die sich mit psychopathischen Konstitutionen beschäftigt haben, hier vor allem die Direktoren und die wissenschaftlich vorgebildeten Erzieher an Psychopathenanstalten sowie die dort tätigen Jugendpsychiater“ für berufen hält, „in Sexualprozessen zu fungieren.“ Nach Ansicht des Ref. ist es selbstverständlich, daß auch die Gerichtsärzte in Frage kommen.

*Többen* (Münster i. W.).

**Psychiatrische Gutachten über kriminelle Jugendliche (Minderjährige) und jugendliche Zeugen.** *Z. Kinderforschg* 38, 367—410 (1931).

Die von der Schriftleitung der Zeitschrift für Kinderforschung durchgeführte Veröffentlichung von psychiatrischen Gutachten über kriminelle Jugendliche und jugendliche Zeugen will „ganz allgemein das psychologische Verständnis für Kinder und Jugendliche erweitern, das Einfühlungsvermögen vertiefen, . . . und ferner die Umstände, die zu Gefährdung, dissozialem Verhalten, Verwahrlosung und Kriminalität geführt haben, . . . dem für diese Fragen Interessierten und Erfahrenen vor Augen führen.“ Die Urteilsbegründung macht ersichtlich, „inwieweit die psychiatrische Einsicht und Darstellung durch den Richter verwertet wurde — werden konnte.“ Die vorliegende Arbeit bringt 3 ausführliche von Friedrich Leppmann verfaßte psychiatrische Gutachten, die geeignet sind, die Kenntnis der Psychologie Jugendlicher zu vertiefen und deren Lektüre allen für die Fragen der Jugendpsychologie und -psychiatrie, der Gefährdung, Verwahrlosung und Kriminalität Jugendlicher Interessierten, insbesondere den Organen der Jugendfürsorge, sehr zu empfehlen ist. *Többen* (Münster i. Westf.).

**Villinger, Werner: Gutachten über einen Fall von sexueller Hörigkeit bei einer Jugendlichen.** (*Psychiatr. Abt., Jugendbehörde, Hamburg.*) *Nervenarzt* 3, 704—707 (1930).

Ein 16-jähriges Mädchen hatte ihrem Geliebten die Möglichkeit verschafft, in der Wohnung ihrer Dienstherrin einen Diebstahl auszuführen; einer Ärztin, bei der es tätig war, entwendete es Äther, mit welchem ihr Geliebter bei einem Einbruchsdiebstahl die zu bestehende Ärztin betäuben wollte. Das Mädchen hat sich einige Monate vor der Geburt eines Kindes des Geliebten von diesem getrennt und sich selbst angezeigt. Vor dieser Tat hat die Angeklagte sich nie etwas zuschulden kommen lassen, sondern ihre Ehrlichkeit und Zuverlässigkeit wurde allerseits betont. Sie war mit 10 Jahren menstruiert und ist sehr früh erotisiert und vom Vater coitiert worden. Mit 14 Jahren blickte sie „auf eine Reihe von körperlich-seelischen Erlebnissen zurück, wie sie durchschnittlich 18—20-jährige Großstadtmädchen ihrer Lebensverhältnisse erst haben. An die Stelle einer allmählichen charakterlichen Festigung und des Erwerbs von sittlichen Hemmungen trat hier eine immer weitergehende seelische Auflockerung“. In dieser seelischen Situation entwickelte sich die erste eigentliche Liebe zu einem etwa 30-jährigen lebens- und liebeserfahrenen Mann, der sie völlig in seinen Bann zog. Es kam allmählich soweit, daß jedes Wort von ihm eine der Hypnosesuggestion ähnliche Wirkung auf sie ausübte. Es entstand ein Zustand willenloser Abhängigkeit aus erotisch-sexueller

Gebundenheit heraus, der zu sonst persönlichkeitsfremden Handlungen führte, den die Fachsprache als sexuelle Hörigkeit bezeichnet. Villinger kommt in seinem Gutachten zu dem Ergebnis, es sei anzunehmen, daß unter der Einwirkung dieses die Zurechnung herabsetzenden psychischen Ausnahmezustandes bei der jugendlichen, erstschwangeren Angeklagten derjenige Grad geistig-sittlicher Reife als nicht erreicht zu betrachten sei, den der § 3 JGG. voraussetze. Es erfolgte Freisprechung des Mädchens, das sich seitdem einwandfrei geführt hat.

*Kankelei* (Hamburg).<sup>oo</sup>

**Rocha, R. Arditi, und R. B. Silva: Manische Erregung bei einem epileptischen und perversen Kind.** *Rev. Criminología etc.* 17, 670—677 (1930) [Spanisch].

7jähriger Knabe. Normale Entwicklung als Säugling. Lernte rechtzeitig Gehen und Sprechen. Im 3. Lebensjahre erschienen erstmalig kurzdauernde Schwindel. Januar 1930 Lungenentzündung. Seitdem auch große Anfälle. Schulbesuch: 3 Monate mit gutem Erfolg, dann Unterbrechung wegen der Anfälle. Wortfindungsschwierigkeiten. Kommt zum Arzt wegen seiner psychischen Auffälligkeiten: stiehlt, lügt, bringt Tiere um, ist in sexueller Hinsicht völlig schamlos, onaniert öffentlich, ist unbeständig, spielt nicht mit anderen Kindern, ist keinen Moment ruhig, bewegt sich unaufhörlich, streitet sich, ist reizbar usw. — Körperlicher Befund: WaR. schwach positiv, sonst o. B. Psychischer Befund: „Unruhig, geht von einer Seite auf die andere, schaut an, berührt, fragt, geht herein, heraus und wieder herein, gibt die Hand und liebkost jeden, der gerade hereinkommt, schreit, diskutiert mit seinem Bruder usw.“ Selbstbewußt, reizbar, schwer konzentrierbar, ohne jeden Respekt, ohne Schamgefühl, spricht über den Coitus, onaniert. — Nach der Meinung der Verf. hat sich der „Neurose“ Epilepsie eine „manische Erregung“ „angefügt“. Die „antisozialen Reaktionen, die relative moralische Anästhesie und das verfrühte Auftreten des Sexualtriebes“ führen sie auf die „konstitutionelle perverse Grundlage“ zurück. *Eduard Krapf* (München).<sup>oo</sup>

**Wolff, Werner: Sadismus und Masochismus bei Kindern und Jugendlichen.** *Z. Neur.* 132, 570—590 (1931).

Es werden in dieser Arbeit von W. Wolff, der sich heilpädagogisch mit Jugendlichen beschäftigt, an vielen Beispielen von Selbstbeobachtungen und an Beispielen aus älterer und neuerer Literatur verschiedene Formen von Sadismus und Masochismus bei Jugendlichen beschrieben und analysiert, so besonders der „mystische Sadismus“ und der gleichfalls „archaische“, ihm benachbarte „Regressionsmasochismus“, dann der „Maskensadismus“. Immer findet im sadistischen Akt eine Einheit der Triebbefriedigung statt. Der Sadist leidet gleichzeitig mit dem Objekt; er schafft sich gleichsam 2 Reaktionsbasen: 1. er haßt das Objekt, er liebt sich; 2. er liebt das Objekt, er haßt sich. In dem einen Fall reagiert er sadistisch, in dem andern masochistisch.

*Wilhelm Mayer* (München).<sup>o</sup>

● **Schilder, Paul: Studien zur Psychologie und Symptomatologie der progressiven Paralyse.** (Abh. Neur. usw. H. 58.) Berlin: S. Karger 1930. 176 S. RM. 15.—.

Schilder setzt sich in der vorliegenden Studie die Aufgabe, „dynamische Gesichtspunkte zur Erklärung der Psychologie der progressiven Paralyse heranzuziehen und zu zeigen, daß der zentrale Faktor der Persönlichkeit auch dann noch waltet, wenn das Gehirn weitgehende Schädigung erlitten hat“. In der Sch. eigenen Wendigkeit der Betrachtungsweise werden die psychopathologischen Phänomene bald unter streng psychologischen, bald biologischen, bald psychoanalytischen Aspekten analysiert und gedeutet, wobei die theoretischen Überlegungen durch die Wiedergabe zahlreicher Krankengeschichten belegt werden. Das Ganze bekommt durch die wertvolle Kasuistik eine besondere Anschaulichkeit und Aufgelockertheit. Er beginnt zunächst mit einer ausgezeichneten allgemeinpsychologischen Einleitung, aus der die Erörterung über Sprache und Denken, über Urteil, Denkkakt und Handlung, über das Verhältnis zwischen Wissen, Gedächtnis und Denkleistung hervorgehoben seien. Daran schließt sich der Kernteil der Arbeit, die psychologische Analyse der paralytischen Demenz, geprüft durch Nacherzählenlassen einfacher Geschichten. Als wichtigste Merkmale der Störungen paralytischer Dementer findet Sch. folgendes: „In der Auffassung, Verarbeitung und Wiedergabe kommen unzweckmäßige Methoden zur Anwendung. Es finden nicht die entsprechenden Antizeptionen statt. Die Zusammenfassungen der einzelnen Teile zu einem Ganzen finden nicht statt. Kommt es zur Bildung einer Gesamtaufassung, so ist diese ungenügend strukturiert. Bei der Auffassung werden Begriffe und Szenen

ersetzt durch Begriffe, welche beigeordnet und übergeordnet sind. Bei Fortschreiten der Demenz ist die Beordnung eine logisch mehr und mehr entfernte. Diese Auffassungsfehler sind komplexbedingt oder stehen mit dem intellektuellen Leben in Zusammenhang. Reproduktive Prozesse schließen sich an. Da Korrekturvorgänge ungenügend sind oder ausbleiben, besteht oft logisch unvereinbares Nebeneinander. Der Antrieb zur Weiterführung und zum Abschluß kann vermindert sein. Es kann aber auch ein erhöhter Antrieb zur Produktion bestehen, dann spielen rhythmische Motivwiederholungen die beherrschende Rolle. Einmal geschaffene Fehlauffassungen und Reproduktionen zeigen eine große Resistenz. Es wird nicht nur der Sinn der Geschichte falsch erfaßt und reproduziert, sondern auch die Situation insofern verkannt, als die Geschichte als historische Realität, ja als eigenes Erlebnis des Kranken aufgefaßt wird. Doch fordert das flache Richtigkeitsbewußtsein keine Korrekturen heraus. Die sprachliche Form ist häufig überaus salopp. Auch hier besteht keine Korrekturtendenz. Manche Wortvertauschungen sind sprachlicher Art.“ Da aber keines dieser beschreibenden Merkmale nun gerade für die paralytische Demenz allein charakteristisch ist — die Beschreibungen könnten geradezu eine Beschreibung der Traumvorgänge oder der schizophrenen Denkstörung sein —, fragt sich Sch. weiter, ob sich nicht doch irgendwie das Wesentliche der paralytischen Demenz fangen lasse. Da dies formal nicht möglich scheint, geht er nun, ich möchte sagen leicht, auf das Inhaltliche über. Im Gegensatz zur Schizophrenie, wo archaisches Material zutage trete, sei das Hauptkennzeichen der paralytischen Demenz die Banalität der Inhalte. „Die Inhalte gehören der persönlichen Welt zu, die Komplexe liegen oberflächlich.“ Oder anders betrachtet: die Begriffsinhalte des paralytisch Dementen seien nicht viel anders als die des Normalen. Sie werden in der alltäglichen Bedeutung übernommen. Die Störung setzt an der Weiterverarbeitung an, sie trifft „den geordneten Begriff und Satz“, „die Peripherie des Erlebens“. Bei der schizophrenen Denkstörung seien in einer tieferen Schicht schon die Begriffs- und Aussagen Grundlagen sowie deren Auffassung, „das Werden des Begriffs und Satzes, der Kern des Erlebens“ betroffen. — Weitere Erörterungen befassen sich mit dem Vergleich der paralytischen Denkstörung mit agnostischen und aphasischen Störungen, mit der Amentia, mit dem Schwachsinn. Der dritte Teil handelt dann von den Beziehungen einiger Zustandsbilder der Paralyse zum Kernsyndrom der Demenz, z. B. der Bedeutung, welche die durch die Demenz als solche schon gesetzten affektiven Abänderungen am Zustandekommen expansiver Formen haben, „der Ansatz zur euphorischen Größenidee ist mit der Demenz gegeben“. Weiterhin werden die Beziehungen des Demenzprozesses zu depressiven Zustandsbildern, zu motorischer Erregung und Inkohärenz, zu katatonen Zuständen und Halluzinationen erwogen. Zusammenfassend kommt Sch. zu dem Ergebnis, daß die Demenz als solche mit vielerlei psychologischen Störungen anderer Art verträglich ist, wobei im klinischen Bild natürlich gelegentlich Symptome der Erkrankungen des einen „Systems“, die Symptome der Erkrankungen des anderen Systems ganz oder teilweise überdecken können. Ein gewisses Ausschließungsverhältnis bestehe empirisch nur zu einer gut umgrenzten Symptomengruppe; niemals nämlich fand Sch. bei den nicht mit Malaria behandelten Paralysen jene tiefgreifenden Störungen, die für die Amentia charakteristisch sind. Das vierte Kapitel handelt von den klinischen Zustandsbildern nach Fieberbehandlung. Speziell von den halluzinatorischen, paranoiden, schizophrenzerfahrenen und amentialen Formen sowie von den möglichen pathogenetischen Momenten, die an ihrem Zustandekommen mitwirken dürften. Im letzten Abschnitt, der schließlich in einem „Grundplan der Seele“ ausmündet, wird nun in Fortführung seiner schon in der „Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage“ erörterten Gedankengänge, der Erlebnisinhalt und der Erlebniszusammenhang nach psychoanalytischen Gesichtspunkten gedeutet. Dieses Kapitel, das sich, im Sinne des eingangs erwähnten Satzes, darum bemüht, das Walten des zentralen Faktors der Persönlichkeit bei aller Gehirnschädigung aufzuzeigen, muß im Original nachgelesen werden. Die

Stellungnahme zu den von ihm vorgebrachten Theorien hängt hier allein vom Standpunkt des Lesers zur Psychoanalyse selbst ab. *Beringer* (Heidelberg).

**Glaus, A.: Über das Vorkommen von Paralyse bei Schizophrenie.** (*Dtsch. Forsch.-Anst. f. Psychiatrie, Kaiser Wilhelm-Inst., München.*) *Z. Neur.* **132**, 151—183 (1931).

Theoretisch sind 3 Möglichkeiten denkbar. 1. Das Vorliegen einer besonderen Affinität zwischen den beiden Krankheiten, 2. das Bestehen eines Antagonismus, 3. ein zufälliges Zusammentreffen. Die erste Möglichkeit hat nach der allgemeinen Erfahrung wenig Wahrscheinlichkeit für sich. Hinsichtlich der zweiten Möglichkeit ist zu berücksichtigen, daß das Zusammentreffen von Schizophrenie mit Paralyse auch ohne einen besonderen Antagonismus ein ziemlich seltenes Ereignis sein wird. Verf. ging zur Klärung dieser Frage von den luischen Schizophrenen aus und verglich die Häufigkeit ihrer Erkrankung mit der Zahl, die im allgemeinen als Norm für die Paralyseerkrankung der Luiker angenommen wird (1—2%); außer seinem eigenen Material verwandte er auch noch dasjenige anderer Kliniken. Dabei kam er zu dem Ergebnis, daß der luetische Schizophrene ungefähr ebenso oft an Paralyse erkrankt wie der Luiker überhaupt. Die Häufigkeit der luischen Infektion beim Schizophrenen bleibt aber an Orten mit erhöhter Syphilisation stark hinter der für die Durchschnittsbevölkerung geltenden Zahl zurück; so trifft man an Orten, wo man infolge starker Verbreitung der Syphilis ein sehr großes Paralytikermaterial hat, darunter verhältnismäßig wenig frühere Schizophrene, während man unter einer gleichen Zahl Schizophrener überall ungefähr gleich viel Paralytiker zu erwarten hat. Das Vorkommen „abortiver“ Paralysefälle und die häufige Überlagerung der paralytischen Symptome durch Schizophrenie gestaltete die Diagnose Paralyse bei Schizophrenie oft sehr schwierig; mit wenigen Ausnahmen handelte es sich dabei um die katatone Form der Schizophrenie und die einfach-demente bzw. dement-agitierte Form der Paralyse. *Haymann.*°°

**Tokay, Ladislaus: Die schizophrene Form der Dementia paralytica progressiva.** (*Psychiatr. Neurol. Klin., Univ. Szeged.*) *Psychiatr.-neur. Wschr.* **1930 II**, 563—569.

Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß die Aufstellung einer schizophrenen Form der Paralyse berechtigt sei. Der schizoid-psychopathischen Belastung und prämorbidem Persönlichkeit sei hinsichtlich der „schizophrenen Paralyse“ als exogenen Geisteskrankheit eine Bedeutung beizumessen. Zwar wären derartige katatone Krankheitsbilder auch früher schon beschrieben worden, aber offenbar wären sie viel seltener vorgekommen als jetzt, und von vielen älteren Autoren würde das schizophrene Bild der Paralyse gar nicht erwähnt. Es handle sich also um eine Änderung in der Erscheinungsform der Paralyse, deren Gründe man noch nicht kenne. Die Zahl der klassisch-expansiven Fälle (die „manisch depressive“ Form Nyitös umfaßt die „expansive“ und „depressive“ Form) sinke ständig, während die Zahl der schizophren gefärbten Fälle ansteige. Aber in analoger Weise nehme auch die manisch-depressive Psychose an Zahl ab, während die Schizophrenie zunehme. Vielleicht sei das in einer allgemeinen Änderung der Menschheit, wie sie auch z. B. in der Kunst zutage trete, begründet. *Arndt* (Berlin-Nikolassee).°°

**Rittershaus: Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.** *Psychiatr.-neur. Wschr.* **1930 I**, 193—197.

Polemischer Artikel gegen den Wert der in Bayern vor 9 Jahren geschaffenen psychiatrischen Beobachtungsstationen an den Strafvollzugsgefängnissen in München und Nürnberg. Verf. stellt sich an die Seite Molls (*Ärztl. Vereinsbl. Nr. 1460/61*), indem er von dessen vielfältigen Angriffen auf die Gerichtsärzte speziell die gerichtliche Psychiatrie herausgreift. Er erklärt den Gerichtsarzt als im allgemeinen für nicht befähigt, „eine geistige Erkrankung auszuschließen“. Gegen die genannten Beobachtungsstationen wendet er ein, daß eine solche Beobachtung nicht rascher und einfacher anzuordnen sei als eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik nach § 81 StrPO. (Die Beobachtungsstationen gelten als öffentliche Irrenanstalten im Sinne dieses Paragraphen laut Entschließung des Bayerischen Ministeriums. Ref.) Die Erörterung der Kostenfrage (die Beobachtungsstationen scheinen ihm billiger zu arbeiten) benützt Verf. zu scharfen Angriffen auf die neue Institution, durch die „aus rein bürokratischen, finanzpolitischen Erwägungen heraus die Absicht des Gesetzgebers umgangen und die Rechtspflege auf das Ernstlichste gefährdet werde“. Nach weiteren sehr aus-

fälligen Bemerkungen (deren Begründung mangelhaft erscheint, da Verf. offenbar weder die Anstalten noch die dort tätigen langjährigen Irrenanstaltsärzte noch die Ergebnisse kennt Ref.), betont er den Wert des jeweils geeigneten gewohnten Milieus, das man in der Irrenanstalt im Gegensatz zu der Beobachtungsstation dem Eingewiesenen verschaffen könne (? Ref.). Ferner wird die Besorgnis geäußert, daß die ausschließliche Betätigung des Arztes an solchen Stationen zu einer einseitigen Stellungnahme führen müsse (Simulantenriecherei!). Schließlich werden weitere schwere Gefahren an die Wand gemalt, besonders hinsichtlich der Stellung der gerichtlichen Psychiatrie als Lehrfach. (Die Ausführungen tragen den Stempel zum mindesten der maßlosen Übertreibung und der Unkenntnis der tatsächlichen Verhältnisse sowie einer nicht ohne weiteres verständlichen Animosität an sich. Eine Erwiderung des Leiters der einen Beobachtungsstation in München soll demnächst in der gleichen Zeitschrift erscheinen. Ref.) (Vgl. nachsteh. Ref.) Walcher (München).

**Vogler: Gerichtliche Medizin und Psychiatrie.** (*Psychiatr. Abt., Strafvollstreckungsgefängnis, München.*) Psychiatr.-neur. Wschr. 1931 I, 158—161.

Vogler widerlegt in seiner Erwiderung die zahlreichen unbegründeten Angriffe, die Rittershaus in dem vorsteh. referierten Artikel gegen die psychiatrischen Beobachtungsstationen an den bayerischen Strafanstalten in München und Nürnberg erhoben hatte. Mit Recht (Verf.) bemängelt V., daß Rittershaus sich nicht die Mühe gemacht hat, die Zustände in den angegriffenen bayerischen Anstalten aus persönlicher Anschauung kennen zu lernen oder wenigstens sich brieflich darüber zu orientieren. Der Verf. gibt eine eingehende Schilderung der genannten Anstalten, an welchen Fachpsychiater und geschulte, staatlich geprüfte Irrenpfleger aus Heilanstalten tätig sind. Die Anstalten sind nur für männliche Untersuchungsgefangene, in der Hauptsache schwer Kriminelle. Die beiden Stationen sind durch Beschluß des bayerischen obersten Landgerichtes vom 3. VI. 1921 als „öffentliche Irrenanstalten“ im Sinne des § 81 StrPO. bestätigt. Hauptgründe der Einrichtung waren: Sichere Verwahrung, raschere, einfachere Erledigung der Fälle. Die Einweisung erfolgt durch Gerichtsbeschluß nach § 81 StrPO. oder durch Anordnung des Untersuchungsrichters oder des Staatsanwalts. Die Voruntersuchung geht unbehindert weiter, die Akten stehen dem Untersuchungsrichter stets zur Verfügung. Die Dauer ist nicht auf 6 Wochen beschränkt, was bei der Feststellung von Haft-Stupor von Bedeutung ist. Außerdem werden wesentliche Einsparungen gemacht (der einzelne Fall kostet durchschnittlich nicht einmal die Hälfte). Die Behauptung Rittershaus, der Richter werde wegen der zu erwartenden größeren „Härte“ des Vorstandes der Station leichter den Entschluß zur Einweisung fassen, weist V. zurück. Die ärztliche Leitung ist unabhängig und die dort tätigen Amtsärzte unterstehen dem Ministerium des Innern, nicht dem der Justiz. Das „Milieu“ ist das des Verbrechers: andere Verbrecher, was bei den Heilanstalten, entgegen der Behauptung Rittershaus, daß in der Heilanstalt das Milieu entsprechender sei, nicht der Fall ist. Die Leichtigkeit der Simulation in den Beobachtungsstationen wird von Rittershaus (er spricht von „Hochburgen der Simulation“) überschätzt. Die Kopie von Krankheitsstypen ist in der Beobachtungsstation weniger möglich als in den Heilanstalten. Die von Rittershaus befürchtete Einseitigkeit der Einstellung des Stationsarztes besteht nach V. nicht, dagegen führt die dauernde Beschäftigung mit den Kriminellen zu einem vertieften Verständnis der Eigenarten dieser Menschen, sowohl der gesunden wie der kranken (vgl. vorsteh. Ref.). Walcher (München).

**Sierra, Adolfo M.: Praktischer Wert der histopathologischen Untersuchung des Zentralnervensystems bei zivilen Streitsachen.** (*Cátedra de Psiquiatria, Hosp. de Las Mercedes, Buenos Aires.*) Semana méd. 1930 II, 1457—1469 [Spanisch].

Verf. hatte zur Entscheidung der Frage des Geisteszustandes vor dem Tode und der Testierfähigkeit ein Gehirn zu untersuchen. Er konnte auf Grund des histopathologischen Befundes eine Paralyse ausschließen. Außer Arteriosklerose der größeren Gefäße, Ganglienzellausfällen und Gliawucherungen fand er senile Drusen. Verf. gab sein Gutachten dahin ab, daß der Kranke an seniler Demenz gelitten habe und daß diese wenigstens 2 Jahre zurückzudatieren sei.

**Nudelman, Santiago I.: Bürgerliches Verfügungsrecht und juristische Auffassung bei Moral insanity.** Semana méd. 1931 I, 711—717 [Spanisch].

Gutachten über eine 28 Jahre alte Dame: Es handelt sich um einen Fall von psychischer Degeneration mit Perversion des Instinktes (Diebereien, starke Erotik), sog. moral insanity. Intelligenz intakt. Es liegt also keine geistige Störung oder Demenz im Sinne des Zivilgesetzbuches vor. Der Zustand ist kein Hindernis für die Verwaltung des Vermögens und für die Selbstbestimmung. Ganter (Wormditt).

**Vries, Ernst de: Acute diseases of the brain due to functional disturbance of the circulation. Laminated cortical disease.** (Akute Hirnerkrankungen infolge funktioneller Zirkulationsstörungen.) (*Div. of Neurol., Peiping Union Med. Coll., Peiping a. Centr. Dutch Inst. f. Brain Research, Amsterdam.*) Arch. of Neur. 25, 227—254 (1931).

Verf. beschreibt Läsionen, fast ausschließlich der grauen Rinde, bei 2 Fällen

toxischer Schädigungen in der Schwangerschaft (Eklampsie) 1 Fall von Encephalitis und 1 Fall von Shock mit Blutdrucksenkung.

1. Fall: 42jährige Frau im 8. Monat schwanger; Eklampsie mit Ikterus und petechialen Hautblutungen. Der Tod trat 50 Stunden nach Beginn der Kopfschmerzen ein. Die Sektion ergab: Blutungen und Nekrosen in der Leber, Blutungen im Myokard, der Blase, dem Nierenbecken, den Nebennieren, der Haut usw. — In der Hirnrinde fanden sich punktförmige Blutungen, aber auch solche bis zu 1 cm Durchmesser. Diese Blutungen fanden sich alle in Abhängigkeit von kleinen Erweichungsherden und stets nur im Grau. Viele arterielle Gefäße enthielten hyaline Thromben, und die kleineren arteriellen Gefäße waren wandverdickt. Proliferative Reaktionen fehlten. Die A. cer. media allein zeigte eine deutliche Endarteriitis obliterans (Blut-Wa.R. 0). — 2. Fall: 34jährige Frau mit Eklampsie (oder Urämie?) im 5. Monat der Schwangerschaft. Der Blutdruck betrug 195/110, fiel aber später bis zu 92/56. Der Tod erfolgte nach 4 Wochen an einer Streptokokkeninfektion. Es fand sich eine etwa 4 Wochen alte Thrombose in einem Ast der A. cer. media; außerdem aber ausgedehnte Rindenerweichungen besonders in den Occipitallappen ohne ursächliche Gefäßveränderungen. — 3. Fall: 29jähriger Mann mit epidemischer Encephalitis (? Ref.) (im Hirnstamm). Der Zustand entwickelte sich nach übermäßiger Sonnenbestrahlung. Es entstand eine Hemiplegie, die sich langsam besserte, bis nach 8 Wochen unter dem Bild einer Attacke von Tachykardie der Tod plötzlich eintrat. Außer lymphocytären Gefäßwandinfiltrationen fanden sich Erweichungen im Grau der rechten Stirn- und Parietallappen, Striatum, Thalamus und der Subst. nigra. Die Arterien waren normal. — 4. Fall: Schußwunde mit Bruch des linken Oberarms mit Shock für 24 Stunden; septische Infektion, Tod nach 6 Wochen. Es fanden sich schichtförmige Erweichungen in Gebieten der linken A. cer. media, aber auch anderen Hirnbezirken. Stellenweise nahm die Erweichung nur die V. und VI. Schicht ein. Gefäße normal.

Verf. nimmt an, daß, wo in diesen Fällen Thromben in den Gefäßen auftraten, diese offensichtlich nicht die Ursache der nicht an diese Gefäße gebundenen Erweichungen sein konnten, sondern durch die gleiche Noxe bedingt wurden, die auch zur Hirngewebsnekrose geführt hat. Man muß annehmen, daß es zu einer Ischämie des Gewebes gekommen ist. — In Fall 1 nimmt Verf. arteriellen Spasmus infolge Toxämie, im 4. Fall plötzlichen und anhaltenden Abfall des Blutdrucks als Ursache der Ischämie an, während für den 2. und 3. Fall die Ursache nicht geklärt werden kann. Die Literatur wird eingehend besprochen.

Hiller (München).<sup>oo</sup>

**Jankau, V.: Selbstmord nach Unfall. Beitrag zu der Lehre von den postkommotionellen Zustandsbildern.** (*Priv.-Nervenklin., München-Thalkirchen.*) Z. Neur. 130, 148—159 (1930).

Eine bis zum Unfall psychisch völlig intakte Frau, die in geordneten Verhältnissen lebt, keinerlei wirtschaftliche Sorgen hat, glücklich verheiratet und Mutter eines Kindes ist, erlebt eine mittelschwere Gehirnerschütterung infolge Fahrradunfalls. 14 Tage nach dem Unfall treten die ersten Symptome psychischer Veränderungen, begleitet von Kopfschmerzen, auf. 4 Wochen nach dem Unfall macht die Frau den ersten Selbstmordversuch mit Leuchtgas, der mißlingt. Hieran schließt ein sich in gewissen Schwankungen bewegender depressiver Gemütszustand mit den stereotypen Klagen über Beschwerden von seiten des Zentralnervensystems. Wiederholte klinische Behandlung bringt scheinbar Besserung, insbesondere scheinen die Schwankungen in höherem Maße nivelliert. Irgendwelche sozialversicherungsrechtliche Zwecke scheiden durch die frühzeitige gerichtliche Feststellung aus, daß den Autoführer keinerlei Verschulden bei dem Unfall traf. 10 Monate nach dem Unfall, zu einer Zeit, in der der gesamten Umgebung das Befinden der Frau am deutlichsten gebessert erscheint, begeht die Frau einen neuen Selbstmordversuch mit Leuchtgas, der gelingt. — Das Besondere dieses Falles liegt in der geringen Zeitspanne zwischen Auftreten der ersten depressiven Züge und dem ersten Selbstmordversuch, weiterhin in der Wiederholung des Selbstmordversuches und endlich in dem Krankheitsverlauf, der auf Besserung hinwies. — Es gibt postkommotionelle Krankheitszustände, die sich nicht aus einer psychopathischen Veranlagung bzw. psychogenen Verarbeitung heraus erklären lassen. Es können irreparable Persönlichkeitsveränderungen gesetzt werden, die sich der prämorbidem Persönlichkeit so anzugleichen vermögen, daß sie nur im akuten Schub einer Diagnose zugänglich sind. Eine apodiktische Festsetzung der Zeitspanne, in der Kommotionszustände abklingen müssen, ist abzulehnen. v. Braunmühl (Egfling).<sup>o</sup>

**Simonin, Camille: Micrographie parkinsonienne et analyse graphométrique. Y a-t-il chez le parkinsonien micrographique désorganisation ou simple perturbation de l'automatisme graphique?** (Graphometrische Analyse der Mikrographie bei Parkinsonismus. Gibt es dabei eine Desorganisation oder eine einfache Störung des Schreibautomatismus?) Rev. internat. Criminalist. 3, 31—37 (1931).

Verf. vergleicht die Schrift einer encephalitisches parkinsonistischen Kranken vor der

Erkrankung und im parkinsonistischen Stadium. Es werden die Methoden der Schriftsachverständigen angewandt. Dieselben Eigentümlichkeiten der Schrift wie in der Norm finden sich auch im Parkinsonismus. Der Schreibautomatismus ist also keineswegs desorganisiert. Gestört sind nur statische Faktoren (Stabilisationsfaktoren). Der Parkinsonist hat nicht die freie Verfügung über seine Arme, welche dauernd statische Verstärkungsreflexe erforderlich machen.

*F. Stern* (Kassel).<sub>o</sub>

**Schenk, V. W. D.: Im Anschluß an einen Kindesmord und Selbstmordversuch.** (*Psychiatr.-Neurol. Klin., Univ., Utrecht.*) Psychiatr. Bl. **33**, 592—613 (1930) [Holländisch].

Sehr ausführliche Krankengeschichte eines Falles von Verstimmungen während des Wochenbettes, die eine an und für sich schon schwer schizoide Persönlichkeit betreffen, die sehr stark an die Mutter gebunden ist, und die einen ungeliebten Mann heiraten mußte. Sie tötete ihr erstes Kind, indem sie ihm einen Finger in den Mund steckte, 4 Wochen nach der Geburt, weil sie sein Schreien nicht mehr hören konnte und sich einsam und ängstlich allein in einer großen Wohnung fühlte. Außer Geburt und Wochenbett, Ehe, gehören hier als auslösende Momente Verlust der geliebten Mutter und Kummer um einen Liebhaber zur vollständigen Anamnese. Nach der dritten Schwangerschaft, wiederum in der 4. Woche, Strangulationsversuch, der zur Einweisung in die Klinik Anlaß gibt. In der Klinik depressiv ängstlich, erzählt zum ersten Male von der Kindstötung. Auslösende Ursache für den Suicidversuch ist diesmal Verkehr mit dem früheren Geliebten, Angst vor Entdeckung durch den Mann und wiederum Einsamkeitsgefühl, wie es bei Frauen in der Gestation nicht allzu selten ist.

*Riebeling* (Hamburg).<sub>o</sub>

**Leroy, R., et C. Pottier: Psychose hallucinatoire avec délire érotique concernant les médecins.** (Halluzinatorische Psychose mit einem auf Ärzte gerichteten Liebeswahn.) (*Asile Sainte-Anne, Paris.*) Bull. Soc. clin. Méd. ment. **23**, 115—119 (1930).

Klinische Vorstellung einer 42 Jahre alten paranoiden Kranken mit weitgehend verständlichen Inhalten. Sie hatte ihren Mann, von dem 2 jetzt erwachsene Kinder da sind, im Beginn des Krieges verloren und dann in den von Truppen belegten Gebieten ein ziemlich leichtes Leben geführt. Sie war vor allem an einen Militärarzt attachiert. Später Tätigkeit als Schwester. 1927 Beginn der Psychose mit sehr lebhaften erotischen Träumen, die in den Wachzustand hinüberdauerten. Halluzinationen und sehr lebhaft Körperempfindungen vorwiegend der genitalen Sphäre, halluzinatorische Vorwürfe über ihr früheres Leben, zunehmender Beziehungswahn mit Flucht vor den Verfolgern. Fühlt sich von sämtlichen Ärzten ihrer Umgebung verfolgt und nächtlich mißbraucht. 1929 Internierung; in der Anstalt Größenideen. Verf. sieht in der Psychose den Widerstreit zwischen erotischen Wünschen und ethischen Gegenvorstellungen, welche sich in Form von halluzinatorischen Anklagen äußern.

*Eyrich* (Bonn).<sub>o</sub>

**Tramer, M.: Psychopathische Persönlichkeiten.** Schweiz. med. Wschr. **1931 I**, 217—220.

Ein Überblick über das Gebiet, der wesentlich an K. Schneider und W. Stern orientiert ist. Verf. gibt das folgende typologische Schema: A. Stimmungsdisposition. a) Stimmungsstabilität. 1. Hyperthymische. 2. Depressive. b) Stimmungsinstabilität. 3. Stimmungs-labile. 4. Triebmenschen. B. Affektdisposition. 5. Hypothymische und Athymische. 6. Explosible. 7. Mißtrauisch-paranoide und Gereizte. C. Willensdisposition. 8. Willensschwache und Willenslose. D. Ichdisposition. 9. Aktive Fanatiker. 10. Passive Fanatiker. 11. Geltungsbedürftige. 12. Inzerte oder Infirmie. — Dazu kommen noch schizoide, cycloide und epileptoide Psychopathen. Nur die genaue Analyse des Einzelfalles schafft die Voraussetzung für richtiges therapeutisches Handeln. Besondere Berücksichtigung verlangen dabei die körperlichen, innersekretorischen, vegetativen oder toxischen Störungen, die das Zustandsbild häufig maßgebend beeinflussen. Die Behandlung muß oft auf die Ehehälften und die weiteren Angehörigen der Psychopathen ausgedehnt werden, weil bei diesen in vielen Fällen der Hauptgrund für die psychopathischen Störungen der Patienten liegt.

*E. Braun* (Kiel).<sub>o</sub>

**Holthaus, Benno: Eine auditive Form der Mixoskopie (Mixakusis).** (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Münster i. W.*) Z. Sex.wiss. **17**, 301—304 (1930).

Verf. beschreibt eine bisher nicht bekannte Form der Sexualperversion. Es handelte sich um ein 32jähriges Mädchen, das in der Jugend viel onaniert hatte. Der normale Sexualverkehr befriedigte sie nicht. Dagegen geriet sie in höchsten Orgasmus, als sie einmal einen Coitus belauschte. Seither sind es die Geräusche beim Coitus, die sie in höchste sexuelle Erregung versetzen. Sie suchte sich Gelegenheit zu verschaffen, diese Geräusche hören zu können, wobei sie dann ohne Manipulationen am Genitale in Orgasmus geriet. Beim Onanieren stellte sie sich diese Geräusche vor. Schließlich traten bei ihr Pseudohalluzinationen auf, indem sie überall nachts solche Geräusche zu hören glaubte.

*Sittig* (Prag).<sub>o</sub>