

Psychologie und Psychiatrie.

**Buttersack:** **Außerpersönliches neuro-psychisches System.** Psychiatr.-neur. Wschr. 1937, 591—595.

Die lebendige Substanz wird als prästabiliertes, prämeditiertes Ausführungsorgan einer Idee bzw. einer Hierarchie von Ideen erkannt, deren Weisungen die neuro-psychische Funktion übermittelt. Aber diese Übermittlung erfolgt nicht unmittelbar, gewissermaßen durch ein Fernkabel oder als Radiosendung auf einer bestimmten Wellenlänge. Es sind vielmehr allenthalben Zwischenstationen eingeschaltet, welche den Direktiven unter Berücksichtigung der zeitlich und räumlich gegebenen Verhältnisse die zweckmäßige Form geben und schließlich an den Einzelzellen zu präzisen Befehlen führen. Einen kleinen Teil dieser Zwischeninstanzen können wir als graue Substanz erkennen, wobei nicht ausgeschlossen bleiben soll, daß es deren auch noch andere gibt. Ein anderer Teil liegt außerhalb des Individuums: in dem über Generationen sich erstreckenden Leben der Familie, des Stammes, der Sippe, des Volkes. Sie alle erteilen dem einzelnen ihre unverbrüchlichen, durch keine materiellen Substrate übermittelten Befehle. v. Neureiter (Berlin).

**Ishikawa, Teikiti:** **Über die Überredung im allgemeinen. Ein Beitrag zur angewandten Psychologie.** Übersetzung aus dem chinesisch-klassischen Schrifttum. Psychiatr. et Neur. japonica 41, 994—998 (1937).

Übersetzung eines aus der Zeit um 400 v. Chr. stammenden chinesischen Textes, „Schwierigkeiten in der Überredung“ betitelt. v. Neureiter (Berlin).

**Powers, Edwin:** **Psychology and the law.** (Psychologie und Recht.) J. abnorm. a. soc. Psychol. 32, 258—274 (1937).

Kurze Darstellung der Beziehungen zwischen Psychologie und Recht unter Berücksichtigung des amerikanischen Schrifttums. v. Neureiter (Berlin).

**Roenu, E.:** **Zur Psychologie des Hörens.** Mschr. Ohrenheilk. 71, 728—741 (1937).

Der Verf. stellt sich die Aufgabe, die Notwendigkeit einer allgemeinen Psychologie des Hörens gegenüber der üblichen „Tonpsychologie“ zu erweisen. In der usuellen Tonpsychologie wurde an erster Stelle die Forderung übersehen, daß die Psychologie von der Physik und der Physiologie geschieden werden muß; die Tonpsychologie handelte mehr von den Fragen der Tonerzeugung und Schalleitung als vom Hören und den Erlebnismomenten des Hörens. Soweit aber doch Erlebnismomente behandelt wurden, ging es um Untersuchungen der höheren Funktionen und der Perzeption von sinnvollen, bedeutungshaltigen Tönen und Klängen, wobei ästhetische Wertungen die Untersuchungen beeinflussen. Die Psychologie des Hörens sollte aber ganz gesondert davon elementare Betrachtungen über das Erleben sinnfrei wahrgenommener Schallphänomene anstellen. Die selbstgeschaffene Beschränkung der üblichen Tonpsychologie entspricht etwa einer Gesichtspsychologie, die sich grundsätzlich nur der Erforschung der Farbenwahrnehmung zuwendet. Zur Erkenntnis des Hörens müßte man die Gesamtheit des Hörbaren beachten und vor allem das Hören von Geräuschen studieren; man müßte dann noch wissen, wie der Ton-, Vokal- und Geräuschsinn zusammenhängen, und erst danach könnten die Fragen der Musikalität und der Sprachakustik einwandfrei untersucht werden. — Nebenbei hat der Verf. in seine als Anregung gemeinten Darlegungen zahlreiche Einzelfragen und eine skizzenhafte Geschichte der Psychologie des Hörens eingeflochten. Feitscher (Amsterdam).<sup>oo</sup>

**Brown, A. Jean:** **Mental tests.** (Psychische Tests.) (Toronto Psychiatr. Hosp., Toronto.) Canad. publ. Health J. 28, 378—382 (1937).

Kurze kritische Diskussion über den Wert gewisser Tests, Hinweis auf die begrenzte Anwendbarkeit von Tests überhaupt und die Notwendigkeit der Eignung des Untersuchers und des Untersuchten für derartige Testuntersuchungen. Conrad (München).

**Piotrowski, Zygmunt A.:** **Objective signs of invalidity of Stanford-Binet tests.** (Über objektive Zeichen für das Versagen von Stanford-Binet-Tests.) (Dep. of Psychiatry, Columbia Univ., New York.) Psychiatr. Quart. 11, 623—636 (1937).

An einem Material von 130 Psychotikern (überwiegend Schizophrene, weiterhin

Manisch-depressive, einige Schwachsinnige und Epileptiker) und 130 Nichtpsychotikern wurden Untersuchungen nach Stanford-Binet angestellt. Ein Vergleich der Ergebnisse zeigte eine fast völlige Übereinstimmung der Intelligenzquotienten beider Gruppen. Verf. untersuchte nun die Lösungen im einzelnen und konnte hierbei Aufgaben ermitteln, deren Lösung bzw. Nichtlösung typisch für Psychotiker zu sein schien. Dadurch glaubt sich Verf. im Besitze eines Schlüssels, bei dessen Anwendung zuverlässige Schlüsse aus dem Untersuchungsergebnis gezogen werden können, wobei eine Fehlermöglichkeit von 3,4% besteht. *Günther* (Berlin).

**Altman, Charlotte Hall, and David Shakow: A comparison of the performance of matched groups of schizophrenic patients, normal subjects, and delinquent subjects on some aspects of the Stanford-Binet.** (Ein Vergleich bestimmter Punkte des Stanford-Binet-Testes bei Gruppen Schizophrener, Normaler und Straffälliger.) (*Research Serv., Worcester State Hosp., Worcester.*) *J. educat. Psychol.* 28, 519—529 (1937).

Aufgabe des beschriebenen Versuchs war ein Vergleich des Wortschatz-Niveaus mit dem allgemeinen Intelligenzniveau bei psychotischen und nichtpsychotischen Versuchspersonen. Die Schizophrenen, Normalen und Straffälligen, deren Intelligenzalter nach dem Stanford-Test ermittelt wurde, wurden je nach ihrer Mitarbeit bei Lösung der Testaufgaben in 2 Gruppen (A—B und C—D) unterteilt. Es ergab sich, daß die Schizophrenen beider Gruppen die höchsten Unterschiedswerte zwischen dem Wortschatztest und dem übrigen Stanford-Test aufwiesen, was auf verhältnismäßig bessere Wortschatztestwerte zurückzuführen ist. Eine Beziehung zwischen den Unterschiedswerten und Kriterien für einen geistigen Zerfall konnte nicht festgestellt werden. Weiteren Forschungen bleibt es vorbehalten, aufzuzeigen, ob die Unterschiedswerte in gewisser Hinsicht ein Maßstab für eine Denkstörung bei Schizophrenen, mit oder ohne Beziehung zum geistigen Zerfall, darstellen. *Dübütscher* (Berlin).

**Bolles, Mary Marjorie: The basis of pertinence: A study of the test performance of aments, dements and normal children of the same mental age.** (Die Grundlage der Zugehörigkeit: Eine Untersuchung der Testlösung durch Schwachsinnige, Demente und normale Kinder des gleichen Intelligenzalters.) (*Dep. of Psychol. a. Psychiatr. Inst., Columbia Univ., New York.*) *Arch. of Psychol.* Nr 212, 1—51 (1937).

9 langjährige Hebephrene, 10 angeboren Schwachsinnige und 10 Volksschüler mit durchschnittlicher Intelligenz hatten eine Reihe von Gegenständen nach ihrer Zusammengehörigkeit zu ordnen. Die einzelnen Versuche mit dem Holmgren-Test für Farbenblindheit, Weigls Formfarbensortiertest u. a. sind eingehend beschrieben, die Ergebnisse tabellarisch zusammengestellt. Außerdem wurde eine qualitative Analyse der Ergebnisse und ein eingehender Vergleich der 3 Gruppen von Vpn. vorgenommen. Dabei zeigte sich, daß Schwachsinnige und Demente zu abstraktem Verhalten nicht fähig waren, d. h. ihr Verhalten war primär empfindungsgemäß bestimmt. Die Dementen „sahen“ dabei noch Grundlagen der Zugehörigkeit. Die Schwachsinnigen waren vielfach unfähig, individuelle Unterschiede oder grundlegende Übereinstimmungen zu erfassen. Die normalen Kinder konnten sich freiwillig von einem Gesichtspunkt auf einen anderen umstellen und waren zu konkretem und abstraktem Verhalten imstande. Zusammenfassend stellt Verf. fest, daß die Zugehörigkeit auf verschiedenen Ebenen der Abstraktion gefunden werden könne, bei den normalen Kindern sei diese Ebene die höchste. Für die Gruppe der Schwachsinnigen und Dementen sei charakteristisch, daß sie auch da, wo konkrete oder abstrakte Reaktionen möglich waren, konkret reagierten. Verf. glaubt, daß die dargebotene Untersuchungsweise als diagnostisches Hilfsmittel oder als Methode zum Messen der geistigen Entartung weiter ausgebaut werden kann. *Dübütscher* (Berlin).

**Arnold, W.: Leistung und Charakter. (Eine methodologische Studie.)** *Z. angew. Psychol.* 53, 48—79 (1937).

Nach einer kurzen Übersicht über die Methodenentwicklung in der praktischen Psychologie kommt Verf. auf Grund der bisher vorliegenden Ergebnisse zu dem Schluß,

daß die Bewährungskontrolle im großen und ganzen die Testmethode rechtfertigt. Vom Bemühen, das Seelenleben elementmäßig zu analysieren, kam man zur Ganzheitschau. Aber es kann nicht ganz auf reine Leistungsmethoden verzichtet werden. In der Methodenwahl gibt es eben kein „Entweder-Oder“, sondern nur ein „Sowohl-Als auch“. Grundvoraussetzung für die praktische Psychologie ist die Begründbarkeit ihrer Ergebnisse durch sachlich nachgewiesene Symptome als Belegstücke. „Nicht der geniale Schwung persönlicher Eindrücke allein kann Urteile über andere Persönlichkeiten begründen.“ Aber eine isolierte Messung und Bewertung einzelner seelischer Fähigkeiten ist zwecklos. Erst die Lagerung der isoliert gedachten Fähigkeiten innerhalb der seelischen Gesamtveranlagung läßt auf künftige Verhaltensweisen schließen. Daher ist eine Schwerpunktsverlagerung vom psychotechnischen zum charakterologischen Arbeitsprinzip notwendig, und zwar eine Verlagerung der Leitgedanken von der Einstellung auf den Leistungserfolg zur Einstellung auf den Leistungsweg und den Gefühlsanteil der leistenden Person an ihrer Leistung. In den eigenen Untersuchungen wird die Kreaepelinsche Rechenprobe als Methode zur Symptomschaffung innerhalb der Charakterologie benutzt. Als Auswertungsmaßstäbe dienen das allgemeine Kurvenbild (Höhenlage, Regelmäßigkeit und Steigerung der Leistung), Arbeitsmenge, Arbeitsgüte und Arbeitsverlauf. Hierdurch lassen sich eine Reihe seelischer Eigenschaften ermitteln (z. B. Übung, Ermüdung, affektbedingte Anregung, willensbedingter Antrieb, Aufmerksamkeitsschwankungen u. a.). Eine Reihe von Beispielen erläutern die Ausführungen. Die Ergebnisse werden mit den heerespsychologischen Befunden verglichen und Verf. kommt zu dem Schluß, daß sich Leistungsprinzip und charakterologisches Prinzip im Dienst einer objektiven wissenschaftlich gesicherten Persönlichkeitserkenntnis ergänzen. Allerdings lassen sich aus dem Arbeitskurvensymptom nur die einfachen Fälle, die ganz guten und die ganz schlechten, mit Sicherheit bestimmen.

*Dubitscher* (Berlin).

**Brander, T.: Über die Bedeutung des Partus praematurus für die Entstehung gewisser cerebraler Affektionen, mit besonderer Berücksichtigung schwerer und leichterer Grade exogen bedingter Unterbegabung.** (*Pädiatr. Klin., Univ. Helsingfors.*) Acta psychiatr. (Köbenh.) 12, 313—332 (1937).

Verf. faßt zunächst in Übersicht die Ergebnisse der einschlägigen Untersuchungen aus dem Schrifttum, die zum großen Teil von Nichtpsychiatern ausgeführt worden sind, zusammen. Diese berechtigen zu dem Schluß, daß die Bedeutung des Partus praematurus für die Ätiologie gewisser Gehirnaffektionen bisher auf neuro-psychiatrischer Seite unterschätzt worden ist. Er berichtet dann über ein eigenes Material von Frühgeborenen, bei denen der Anteil der Unterbegabten verschiedenen Grades viel häufiger ist als unter Kindern ohne Auswahl. Die Ursachen sieht Verf. in der Einwirkung des niedrigen Geburtsgewichts, gewisser Geburtskomplikationen und der erblichen Belastung. Am günstigsten gestaltet sich die Intelligenzentwicklung noch, wenn ausschließlich ein niedriges Geburtsgewicht vorhanden ist, am ungünstigsten, wenn Geburtskomplikationen und erbliche Belastung vorliegen. Geburtskomplikationen im Zusammenhang mit Frühgeburt scheinen in bezug auf die Gefahr eines Schwachsinn nicht so ernst zu sein wie die Kombination: erbliche Belastung und Frühgeburt. Die Bedeutung der verschiedenen Geburtskomplikationen wird im einzelnen untersucht. Am bedeutungsvollsten hinsichtlich der Intelligenzentwicklung erwies sich die Entbindung in primärer oder sekundärer Beckenendlage. Sodann erörtert Verf. die Ursachen, die im Schrifttum für die erhöhte Disposition Frühgeborener für Störungen der Funktion des Zentralnervensystems angegeben werden (intrakranielle Blutungen; Luçs, Unreife des Zentralnervensystems, Rachitis, Capillaranomalien). Mit Recht weist er darauf hin, die leichten Grade der Unterbegabung bei den Untersuchungen nicht zu vernachlässigen. Zum Schluß wird versucht, mit dem Partus praematurus als Hilfhypothese einige Fragen der Ätiologie der Oligophrenie zu beleuchten. Die interessanten Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

*Dubitscher.*

**Hill, Joel: Infant feeding and personality disorders. A study of early feeding in its relation to emotional and digestive disorders.** (Kinderernährung und Persönlichkeitsstörungen. Studie über die frühe Ernährungsweise in ihrer Beziehung zu Störungen des Gefühlslbens und der Verdauung.) (*Psychiatr. Serv., New York Hosp., New York.*) *Psychiatr. Quart.* 11, 356—382 (1937).

An Hand ausführlicher Krankengeschichten weist Verf. nach, wie groß der Einfluß unzweckmäßiger Nahrungsaufnahme auf spätere nervöse Störungen ist. Bei 172 psychiatrischen Patienten wurden entsprechende Anamnesen über die Stillzeit, das „Interesse für die oberen Verdauungswege“ usw. erhoben. In 16 Fällen hatte die Stillzeit 1 Jahr überschritten, in 84 Fällen war sie zu kurz (unter 5 Monaten), in 72 Fällen normal. Ein 2 Jahre 9 Monate alter Junge litt an nervösem Erbrechen, Verstopfung, Nahrungsverweigerung, Schreianfällen in Wut. Die Ehe der Eltern war gestört, die Mutter reagierte auf Annäherungen des Vaters mit Übelkeit, beide Eltern hatten das Kind nicht haben wollen; die Mutter war dann überängstlich mit dem Patienten, während der Vater seine Abneigung kundtat. Weitere Fälle betreffen Jugendliche mit Schizophrenie oder schizoiden Psychosen, unter deren Krankheitssymptomen Nahrungsverweigerung, Koprophagie, Darmstörungen, übermäßiges Rauchen oder Trinken, neurotische Erscheinungen des Magen-Darmtractus überwogen. In allen Fällen waren entsprechende Störungen in den Familien nachweisbar, es drehte sich alles um das Essen, der Patient war mit übermäßiger Sorgfalt zum Essen angehalten worden, auch noch in späteren Jahren und so weiter. Stillstörungen hängen häufig mit Ehestörungen der Mutter zusammen. 4 Fälle von zu langem Stillen, die ausführlich mitgeteilt werden, zeigen abnorme Vorliebe für Milch in erwachsenem Alter neben anderen Störungen. Störungen der Einstellung zur Nahrung entsprechen oft ambivalenten Gefühlen gegenüber den Eltern. „Starkes Interesse für Nahrungsaufnahme in der Familie, fehlerhafte Gefühls-einstellung der Mutter“ spielen eine wesentliche Rolle in der Anamnese nervöser Störungen. — Die mitgeteilten Krankengeschichten enthalten gutes psychiatrisches, analytisches Material; therapeutische Hinweise werden nicht gegeben.

*Wilhelma Muthmann* (Berlin).

**Pichon, Édouard: Le rôle de la famille dans le développement affectif et moral.** (Die Rolle der Familie in der Entwicklung von Gemüt und Gesittung.) *Rev. méd.-soc. Enfance* 5, 321—334 (1937).

Verf. sieht den Beweis für die Bedeutung der Familie für die Entwicklung des Kindes einmal in der Tatsache, daß irreguläre Familien einen größeren Hundertsatz an Fehlentwicklungen bei ihren Kindern aufweisen, sodann in der Erfahrung, daß beginnende Fehlentwicklungen häufig, sobald sie in vollkommene Familien verbracht werden, eine normale Entwicklung nehmen. — Unter irregulärer Familie faßt Verf. die zahlenmäßig unvollständigen Familien infolge zu kleiner Kinderzahl, die lückenhaften Familien infolge Fehlens eines oder beider Eltern und die durch Scheidung, Trennung oder Ehezwist u. dgl. mangelhaften Ehegemeinschaften zusammen. Erziehungsfehler, die dem Kinde drohen, werden besprochen, und zwar gesondert: Die Fehler der Mutter, die Fehler des Vaters, die den Eltern gemeinsamen Fehler und die Fehler des Gesetzgebers. Bei der Behandlung der Fehler, die von den Eltern begangen werden, gibt Verf. fast ausschließlich psychoanalytischen Gedankengängen Raum. Es überraschen deshalb angenehm die am Schlusse ausgesprochenen Forderungen nach stärkerem gesetzlichen Schutz der Einehe, nach Erschwerung der Scheidung, nach staatlicher Förderung der Kinderzahl, nach Arbeitszeit — und Berufsbeschränkung für verheiratete Frauen.

*H. A. Schmitz* (Bonn).

**Tibout, Nelly H. C.: The psychopathology of the child up till pre-puberty.** (Psychopathologie des Kindes bis zur Vorpubertät.) *Psychiatr. Bl.* 41, 433—448 (1937).

Der Vortr. hebt, wie er selbst sagt, nur einige besonders wichtige Gesichtspunkte aus der Psychopathologie des Kindes — Wachstum und Umwelt, Konstitution, Alter, Entwicklung der Instinkte und Gefühle sowie die Reaktionsarten — hervor. Die

Grundlage der Kinderneurose ist der Konflikt zwischen Triebstärke und Furcht, daß von der Wirklichkeit her Gefahren drohen, wenn den Instinkten ungehemmt nachgegeben wird. Die Symptome (Verteidigung, Abwehrmechanismen, Leugnen der Tatsachen usw.) sind mehr oder weniger fehlerhafte Lösungsversuche. Die einzelnen Entwicklungsphasen (Anal-, Oral-, Genitalphase und Latenzperiode) mit den jeweils vorherrschenden Instinkten einerseits, den Forderungen der Umwelt andererseits werden kurz geschildert. Die Untersuchungen von Zeller und Hetzer und die Untersuchungen derselben Kinder mit den Bühlerschen Entwicklungstests weisen auf einen erheblichen Einfluß physischer Faktoren hin. Bei den Intelligenzuntersuchungen ist zu versuchen, das oft sehr komplizierte Zustandekommen der Ergebnisse zu ermitteln. Man solle versuchen, das psychische Milieu, in dem ein Kind lebt, durch Psychotherapie bei den Eltern günstig zu beeinflussen. In der Verwertung der kinderpsychopathologischen Erkenntnisse mache sich die — allerdings heute überall beobachtete — Tendenz zur Generalisation und Bildung von Schulen auf Grund bestimmter Theorien äußerst störend bemerkbar, ferner auch die Verständnislosigkeit von Erziehern, Schul-, Kinder- und praktischen Ärzten gegenüber ihren Problemen. Als besonders wirksame Therapie — vornehmlich in schweren Fällen — erweise sich die „Erziehungsbehandlung“, d. h. eine Psychotherapie auf analytischer Grundlage (1—2 Stunden wöchentlich bei Kontakt mit den Eltern), die sich in den holländischen Kinderkliniken immer mehr einzuführen scheine. Wenn auch über viele Einzelheiten auf dem Gebiete der Kinderpsychopathologie noch wenig bekannt sei, könne man doch meist mit diesem Wenigen schon viel geben. Kurz wird schließlich noch die Bedeutung der Psychologie für das gesellschaftliche Geschehen und die Notwendigkeit der Zusammenarbeit zwischen Soziologie und Psychologie gestreift.

*Dubitscher* (Berlin).

**Asperger, Hans: Das psychisch abnorme Kind.** (*Univ.-Kinderklin., Wien.*) Wien. klin. Wschr. 1937 II, 1460—1461.

Im Rahmen eines Fortbildungsvortrages wird über 4 Fälle, eine postencephalitische Charakterveränderung, eine frühe Schizophrenie, einen Gefühlsdefekt und einen schweren Neuropathen berichtet und werden Vorschläge zur Therapie gegeben. *Ottilie Budde.*

**Stone, C. P., and R. G. Barker: Aspects of personality and intelligence in post menarcheal and premenarcheal girls of the same chronological ages.** (Persönlichkeit und Intelligenz bei gleichaltrigen Mädchen vor und nach der Menarche.) (*Psychol. Laborat., Stanford University.*) J. comp. Psychol. 23, 439—455 (1937).

Mit Hilfe verschiedener Testverfahren wurde bei mehreren 100 Schulmädchen der Mittelklasse im Alter von 12—15 Jahren Verhalten, Neigungen, Anschauungen, Verstandesleistungen usw. geprüft und dabei die gleichaltrigen in 2 Gruppen zusammengefaßt, je nachdem die Menarche bereits eingetreten war oder nicht. Es zeigte sich, daß die Mädchen nach Menstruationseintritt im allgemeinen in ihrem geistigen und seelischen Habitus einen reiferen Entwicklungsgrad aufwiesen als ihre gleichaltrigen Mitschülerinnen vor Beginn der Menses. Eingehende Tabellen erläutern die Ergebnisse.

*G. Blume* (Berlin).

**Santanelli, Ernesto: Orientamento e continuità professionale in rapporto alla pubertà.** (Orientierung und Berufskontinuität in Beziehung zur Pubertät.) (*Istit. di Psicol. Sperm., Univ., Napoli.*) Riv. Psicol. 33, 102—109 (1937).

Es ist wichtig, die Ursachen zu prüfen, die in der Periode der Pubertät die Berufskontinuität stören. Es müssen daher die Faktoren geklärt werden, die zu einer bestimmten Berufswahl führen. Es sind dafür maßgebend hereditäre Faktoren, Nachahmungstrieb, Suggestion seitens der Angehörigen oder der Erzieher und ähnliches. Im Alter von 15—20 Jahren wird die Stetigkeit der Berufsausübung häufig unterbrochen, wobei der Einfluß der Pubertät auf den Charakter, Gemütsverfassung, Willen und Allgemeinverhalten entscheidend sind. Viel spricht aber auch das mangelnde Verhältnis zwischen physiologischer und psychologischer Arbeitsreife mit, die in diesem Alter noch nicht ins Gleichgewicht gekommen sind. Häufig stellt sich auch heraus, daß das betreffende Individuum sich an die Arbeit nicht anpassen kann. *Fumarola.*

**Stähli, R.: Ein Fall von angeborener Wortblindheit.** (*Psychiatr. Univ.-Klin., Waldau-Bern.*) Mschr. Psychiatr. 97, 1—13 (1937).

Das zuerst von Berkhan bzw. Pringle Morgan beschriebene Syndrom der kongenitalen Wortblindheit äußert sich darin, daß die Kinder entweder langsamer und mit Schwierigkeiten lesen und schreiben lernen, ohne im übrigen bezüglich ihrer Intelligenz minderwertig zu sein, oder sie können erst durch mühsame Spezialschulung dazu gebracht werden, einigermaßen fehlerfrei zu lesen und zu schreiben. Rechnen, Zahlen lesen und Zahlen schreiben können sie dabei gewöhnlich gut. Die Intelligenz braucht selbst bei solchen seltenen Fällen nicht herabgesetzt zu sein, wo die Störung auch auf die Fähigkeit zum Buchstabenlesen übergreift. Es wird ein 22jähriger Mann beschrieben. Viele Verwandte seiner Mutter sind schwachsinnig. Er selbst ist Linkshänder. Rechts und links vermag er nicht sicher zu unterscheiden. Neurologisch o. B. Die Intelligenzprüfung fällt bei ihm überraschend gut aus, er ist dabei nicht imstande, einzelne gedruckte oder geschriebene Worte zu lesen. Er kann nur wenige Eigennamen lesen. Auch einzelne Buchstaben kann er nicht auf Befehl richtig schreiben. Das Kopieren gelingt dabei gut, soweit es sich um geschriebene Texte handelt. Gedruckte Texte werden nur unrichtig abgeschrieben, das Geschriebene kann er nicht lesen. Die Auffassungs- und Merkfähigkeit für Formen ist gut (Verkehrszeichen, Zigarettenmarken usw.). Zahlenschreiben geht nicht ohne Störungen. Rechnen gelingt nur auf sehr primitive Weise, schwierige Multiplikationen sowie Dividieren gehen überhaupt nicht. Schriftliche Rechenoperationen kann er nicht ausführen. Abstrakte Begriffe vermag er nicht richtig zu benennen. Beim Finden von geometrisch definierten Punkten nach Abelson kann er, wenn die Aufgaben nur vorgesprochen werden, selbst die allereinfachsten weder aufnehmen noch behalten. Umgekehrt findet er sich in den komplizierten Figuren sofort zurecht, wenn ihm während des Auftrages die zugehörigen Zeichnungen vorgelegt werden. Es besteht bei dem Patienten „als hervorstechendstes Merkmal eine fast völlige Unfähigkeit, mit rein akustischen Gebilden, wie sie z. B. Einzellaute darstellen, umgehen zu können. Dieser Defekt erstreckt sich über die nächst koordinierte Störung, Lautreihen, Kunstworte oder überhaupt begriffsleere Worte zu erfassen, bis ins sprachlich-abstrakte Denken hinein.“

Ö. Fischer (Budapest).

**Siegmund, Herbert: Nervöse Disposition und hysterischer Charakter.** Nederl. Tijdschr. Psychol. 5, 173—179 (1937).

Die Nervosität als erbbiologisches Merkmal beruht auf einer allgemeinen Organschwäche und Empfindlichkeit, die geringe Widerstandskraft und infolgedessen ein Zurückziehen vor angreifenden Einflüssen mit sich bringen. Die Verletzlichkeit führt zur Verkapselung und Distanzierung vom realen Leben und zum Ersatzleben in der Illusion. Der nervös Disponierte zeigt jähren Wechsel zwischen Optimismus und Pessimismus, innere Unrast und unausgeglichenes Selbstgefühl. Seine Interessen werden zufolge der gesteigerten Empfindlichkeit und dem Versagen in praktischen Fragen auf das Intellektuelle und Ästhetische gerichtet; hier kann er unter Umständen ein besonderes Können entfalten und so seine fehlerhafte Anlage ausgleichen. — Weniger gelungen erscheint dem Ref. die folgende Studie über den hysterischen Charakter: Die hysterische Persönlichkeit weist einen Mangel an ursprünglicher Verbundenheit mit dem Leben auf. Daraus geht ein Ressentiment hervor, das von einer Sensation zur anderen treibt, ohne eine Befriedigung zu finden. Das Streben nach dem Ungewöhnlichen ist auf eine Überwertung der eigenen Person zurückzuführen, die gleichzeitig eine Entwertung der Umwelt ergibt, da der Hysteriker nur sich selbst bedeutende Leistungen zutraut und gewöhnliche Tätigkeit als unwürdig ablehnt. Der Grund für dieses Verhalten soll in falscher Erziehung liegen. In anderer Hinsicht beruht die Hysterie ebenso wie die nervöse Disposition auf Angst vor dem Leben, da diese Aufgabe für die innere Unsicherheit zu schwer erscheint und umgangen werden soll.

Feitscher (Amsterdam).

**Vildauers, Mozus: Zur Frage des moralischen Defektes.** (*Psychiatr. Klin., Friedmatt*, Univ. Basel.) Basel: Diss. 1937. 22 S.

Kurze Schrifttumsübersicht über Ursachen, Symptome und Behandlungsvorschläge des „moralischen Defekts“. Als solcher wird eine spezifische Unfähigkeit des Ich zum Vollzug moralischer Stellungnahmen angesehen; es handele sich um eine Defektuosität einer bestimmten „Provinz“ in den geistigen Schichten der Psyche. Bestimmte Schlußfolgerungen werden nicht gezogen. Überhaupt läßt die Arbeit, die das Schrifttum nur zum geringen Teil berücksichtigt, eine klare Gliederung vermissen.

Dubitscher (Berlin).

**Bloomfield, Maxwell I.: Mental hygiene.** (Psychische Hygiene.) (*Manhattan State Hosp., New York.*) Mil. Surgeon 81, 348—356 (1937).

Verf. geht in einem gedrängten Überblick alle Lebensperioden von der Geburt bis zum Tode unter dem Gesichtspunkte der psychischen Hygiene durch. Unter psychischer Hygiene versteht er die Pflege von Denk-, Fühl- und Handlungsgewohnheiten, welche zur Stabilisierung der Persönlichkeit notwendig sind. In der Kindheit kommt es dabei natürlich im wesentlichen auf das Verhalten unserer Umgebung, unserer Eltern an, denen verständnisvolles Eingehen auf die Psychologie des Kindes empfohlen wird. Die Interessen des Kindes sollen von der Neugier und dem Vergnügen an ihm selbst auf objektive Dinge, gesundes Spiel und Kameradschaft mit anderen Kindern abgelenkt werden. Die Bedeutung der frühen Lebensperiode für die Entstehung von neurotischen Zügen wird unterstrichen. In der Pubertät und Jugend stehen die Probleme der sich entwickelnden Sexualität im Vordergrund, Konflikte zwischen Moral und Sexualität legen den Grund für Neurosen und, worin wir dem Autor nicht folgen können, auch für Psychosen. In die psychische Hygiene des erwachsenen Alters spielen soziale Probleme stark herein. Alle Erwachsenen sollten Mitglieder von sozialen Organisationen sein und außer ihrem Beruf eine Liebhaberei pflegen. Auf der Höhe des Lebens sollten keine wesentlichen Änderungen der Lebensweise unternommen werden. Die Reihe von guten Ratschlägen, die der Verf. gibt, wird mit einem Hinweis auf geistige und körperliche Aktivität im Greisenalter und auf eine möglichst trost- und vertrauensvolle Haltung gegenüber dem Tode abgeschlossen. v. Baeyer (Nürnberg).

**Enge, Joh.: Krankhafte Geisteszustände und ihre gerichtsärztlich-psychiatrische Beurteilung.** (*Heilanst., Strecknitz-Lübeck.*) Med. Welt 1937, 1472—1474 u. 1510 bis 1511.

Die Übersicht soll den praktischen Arzt über die wichtigsten Gesichtspunkte bei der Beurteilung abnormer Geisteszustände unterrichten. Es werden die forensisch-psychiatrischen Fragen bei Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit, Geschäftsunfähigkeit, Entmündigung und Ehescheidung erörtert, die bei angeborener Geistesschwäche, Epilepsie, progressiver Paralyse, seniler Demenz, Schizophrenie, chronischem Alkoholismus, Morphinismus sowie bei querulatorischen und hysterischen Reaktionen in Betracht kommen. Einzelheiten müssen im Original nachgesehen werden. Schrader.

**Kolf, Paul: Akute Rauschzustände und ihre gerichtlich-psychiatrische Bedeutung.** (*Preuß. Medizinaluntersuchungsamt, Koblenz.*) Öff. Gesdh.dienst 3, A 696—A 706 (1937).

Der Verf. kommt in seiner Arbeit zu folgender Schlußfolgerung: Für die gerichtspsychiatrische Beurteilung akuter Rauschzustände in ihrer vielfältigen Form, mögen sie durch den mißbräuchlichen Genuß von Alkohol, von Opium einschließlich seiner Derivate oder von Inhalationsnarkotica hervorgerufen sein, lassen sich keine allgemeingültigen Richtlinien aufstellen. Im Interesse der Autorität des Staates und der allgemeinen Sicherheit muß der gerichtsärztliche Sachverständige bei der Begutachtung von akuten Rauschzuständen als pathologisch, d. h. strafmildernd oder -ausschließend, mit größter Vorsicht zu Werke gehen, um nicht den einfach Trunkenen den „ersehten Jagdschein zu sichern“. Diese Gefahr ist allerdings insofern wesentlich herabgesetzt, als nach § 42b RStGB. die Einweisung von Trinkern in eine Heil- und Pflegeanstalt

erachtet, wird sich am besten auf den Nachweis eines der von Sioli genannten Zustände stützen. Gemeint ist der pathologische Rausch im engeren Sinne, der schwere Rausch mit krankhaften Symptomen bei Hysterikern, Epileptikern, degenerierten chronischen Alkoholisten und Traumatikern. Erwünscht gewesen wäre eine kritische Auswertung der Bedeutung von Blut-Alkohol-Bestimmungen und des Alkoholexperimentes für die Prüfung der Zurechnungsfähigkeit. *Heinr. Többen* (Münster i. W.).

**Knight, Robert P.: The psychodynamics of chronic alcoholism.** (Die Psychodynamik des chronischen Alkoholismus.) (*Menninger Clin., Topeka, Kansas.*) J. nerv. Dis. 86, 538—548 (1937).

Der chronische Alkoholist ist eine Persönlichkeit, die zwischen Psychose und Neurose steht. Der Alkoholismus selbst ist ein psychogenes Symptom; irgendein neurotischer Konflikt ist immer nachweisbar. Daher muß die Behandlung eine psychotherapeutische sein. Dies wird an der Hand der ausführlichen Analyse eines Falles näher ausgeführt. Der größte Fehler ist, den Trinker ohne seelische Behandlung einfach einzusperren und dann plötzlich wieder in Freiheit zu setzen. In Wirklichkeit gehört zu einer erfolgreichen Behandlung außerordentlich viel Geduld und Herzengüte seitens des Arztes. Der kritische, strenge, moralisierende Fanatiker wird nur Mißerfolge haben, denn es muß mit Zustimmung des Kranken die ganze neurotische Persönlichkeit neu aufgebaut werden. Daher ist es auch wichtig, daß nach der Entlassung Arzt und Patient noch in nahem Konnex bleiben. *Seige* (Bad Liebenstein).

**Schaller, Hans: Erfahrung über Morphinismus und Behandlung von Morphinisten in einer Privatanstalt.** (*Psychiatr. Klin., Med. Akad., Düsseldorf u. St. Josefs-Heilanst., Berlin-Weissensee.*) Z. Neur. 159, 349—366 (1937).

Übersicht über die von der St. Josefs-Heilanstalt Berlin-Weißensee von 1910 bis 1936 behandelten Morphinisten. Vor dem Krieg waren ungefähr 1,5% der Aufnahmen Morphinisten; während des Krieges steigt die relative Häufigkeit schon deutlich an (7—8%), und kommt für die Nachkriegsjahre (bis 1924) auf 8,4%. Nach einigen Schwankungen sinkt die Häufigkeit 1930 auf 3,1%, um 1933 ihr (auch absolutes) Maximum mit 10,8% zu erreichen und nachher wieder allmählich abzusinken. Wahrscheinlich handelt es sich bei dem letzten Anstieg um eine Auswirkung der neuen Verordnung zum Opiumgesetz, wodurch vielen die Entziehungskur als einziger Ausweg blieb. Bei etwa 70% der Fälle ist irgendeine in dem Individuum verankerte psychasthenische oder psychopathische Komponente als die Ursache des Mißbrauches und der Süchtigkeit nachgewiesen. Die Zahl der Ärzte unter den Morphinisten war von 17% 1910—1918 auf 42% 1933—1936 gestiegen. Ungefähr  $\frac{3}{4}$  dieser Ärzte wurden durch das Rauschgiftdezernat eingewiesen. Die Zahl der Angehörigen sog. niedriger Stände ist von 8% in den ersten 8 Jahren der Beobachtungsperiode über 42% in der unmittelbaren Nachkriegszeit auf 22% in den letzten Jahren gekommen. Die meist beobachtete Morphintagesdosis war 0,2, die höchst beobachtete 8,0 g (!). Der Suchtbeginn lag nach dem Krieg früher als zur Vorkriegszeit. Die plötzliche Entziehung ist die Methode der Wahl geworden, vielfach wurde der Dauerschlaf mit Pernocton oder Rectidon zu Hilfe genommen. *K. Ernst* (Tübingen).

**Andreitchikov, S.: Über die Geophagie.** Sovet. Psichonevr. 13, Nr 5, 69—72 (1937) [Russisch].

Verf. beschreibt 2 Fälle von Geophagie. Aus den Beobachtungen wird geschlossen, daß diese Erscheinung mit Vorliebe bei Personen auftritt, die mit Beschwerden im Bereich des Magen-Darmtraktes behaftet sind. Die abnormen Gewohnheiten sollen dabei nach Analogie der bedingten Reflexe zustande kommen, doch wird nicht auseinandergesetzt, wie man sich das vorstellen soll. Bei psychischen Störungen kann die Abnormalität auch ohne Affektion des Darmtraktes in Erscheinung treten. *F. Stumpfl.* vorgesehen ist, wenn die allgemeine Sicherheit es erfordert. Die Annahme der Straffreiheit bei Alkoholdelikten, die der Gesetzgeber nur in äußersten Fällen als vorliegend

**Pfister-Ammende, Maria: Zwei Fälle von Kindstötung in psychiatrischer Beurteilung.** (*Psychiatr. Univ.-Klin., Burghölzli-Zürich u. Appenzell a. Rh. Heil- u. Pflegeanst., Herisanu.*) Schweiz. Arch. Neur. **39**, 373—387 (1937).

Verf. beschreibt zwei ungewöhnliche Fälle von Kindstötung. In beiden Fällen ist der Vater der Täter. Strebentum, Vaterschaftszweifel und Geldangst spielen nach der Auffassung der Verf. bei beiden Fällen eine treibende Rolle. Doch handelt es sich in dem einen Fall um einen Psychopathen, in dem anderen aber um einen Schizophrenen, dessen Tat sich nicht mehr aus verstehbaren Motiven ableiten läßt. Vielmehr zeigt die Darstellung ganz eindeutig, daß es sich um die Tat eines Geisteskranken handelt. Trotzdem heißt es von ihm: Fall P läßt ein asoziales Verhalten geradezu erwarten: Er ist ein schizoider Charakter, der nur sich und seine Wünsche kennt. Die Veröffentlichung ist gerade deshalb sehr lehrreich, weil sie zeigt, daß es Fälle gibt, die sich in vielen Voraussetzungen (Vaterschaftszweifel, abnorme Persönlichkeit) vollkommen oder doch weitgehend gleichen, aber dennoch von Grund auf verschieden zu beurteilen sind. Hier handelt es sich einmal um einen charakterologisch abnormen Menschen, das andere Mal dagegen um Auswirkungen einer beginnenden Psychose. Diese wichtige Tatsache wird durch die irrtümliche, anscheinend leider unausrottbare Meinung über die Asozialität des „schizoiden Charakters“ in dieser sonst so schönen Arbeit dem Blick des unkundigen Lesers geradezu entzogen. *F. Stumpfl* (München).

**Ungern-Sternberg, Roderich: Der Selbstmord als sozial-biologische Erscheinung** Öff. Gesdh.dienst **3**, B 530—B 535 (1937).

Der Selbstmord als Todesursache hat in den meisten Ländern Westeuropas an Bedeutung zugenommen, was sich an Hand der Statistik — auch unter der Berücksichtigung, daß die Relativzahlen für einen Vergleich unzulänglich sind — nachweisen läßt. Die statistischen Angaben über Ungarn bestätigen die vom Verf. a. a. O. geäußerte Ansicht, daß die Steigerung der Selbstmordhäufigkeit besonders durch eine Behinderung nach sozialem Aufstieg und materieller Bereicherung zu erklären ist, wozu als sekundäres Moment die Zunahme der durchschnittlichen Lebensdauer und damit der Selbstmordgefährdung kommt. Noch ungeklärt ist die ansteigende Selbstmordhäufigkeit während der Sommermonate. Fraglos spielt die Erotik hier eine große Rolle. Wegen der steigenden Bedeutung des Selbstmordes als Todesursache — in Berlin allein werden durchschnittlich täglich 6 beobachtet — tritt Verf. für die Errichtung von Beratungs- und Betreuungsanstalten wenigstens in den Großstädten ein. *Matzdorff* (Berlin).

**Franks, Ruth MacLachlan: The pathogenesis and prevention of suicide.** (Pathogenese und Prophylaxe des Selbstmords.) *Canad. med. Assoc. J.* **37**, 139—143 (1937).

Sorgfältige Statistik über 352 Selbstmordfälle, die in der Psychiatrischen Klinik von Toronto von 1928—1931 aufgenommen wurden. Die prophylaktischen Vorschläge betreffen allgemeine soziale Maßnahmen und Einrichtung einer Beratungsstelle für Haltlose.

*Hallervorden* (Potsdam).

**Grzywo-Dąbrowski, W.: Doppelte Selbstmorde, Mord und Selbstmord in Polen in den Jahren 1931—1935.** (Daten zur Erforschung des Selbstmordproblems.) *Czas. sad.-lek.* **4**, 259—285 (1937) [Polnisch].

**Grzywo-Dąbrowski, W.: Beitrag zur Selbstmordstatistik im Jahre 1936.** *Selbstmord in Warschau und Krakau usw.* *Czas. sad.-lek.* **4**, 286—298 (1937) [Polnisch].

In Kürze nicht wiederzugeben, dem Haupttext ist ausführliche französische Inhaltstabelle beigegeben. *L. Wachholz.*

**Swaryczewski, Zenobiusz: Selbstmord in Lemberg in den Jahren 1525—1934.** *Czas. sad.-lek.* **4**, 310—338 (1937) [Polnisch].

Swaryczewski bespricht 1020 Selbstmorde, die von 1925—1934 im Lemberger Institut seziert waren. Von der Gesamtzahl entfielen auf Männer 619, auf Frauen 401 Selbstmordfälle. Diese Fälle betrafen Männer zwischen dem 15. bis 20., Frauen zwischen dem 20. bis 25. Lebensjahr. Männer wählten zuerst Tod durch Schuß, dann durch Erhängen, zuletzt durch Gift, Frauen dagegen zuerst Gift, dann Schuß und Sturz von der Höhe. Die gebrauchten Gifte waren: Salzsäure, CO, denat. Alkohol, Essigsäure, Carbol und Lysol. Die meisten Selbstmörder waren psychopathisch veranlagt. *L. Wachholz.*

**Scatamacchia, Elido: Sulla diagnosi medico-legale del suicidio doppio e dell'omicidio-suicidio.** (Zur forensischen Diagnose des Doppelselbstmordes und des Mord-Selbst-

mordes.) (*Istit. di Med. Leg. e d. Assicurazioni, Univ., Roma.*) Zacchia, II. s. 1, 239 bis 255 (1937).

Das Problem des Doppelselbstmordes hat Lombroso, Ferri, Sighele und Ottolenghi in den letzten Dezennien beschäftigt. Die Psychologie des gemeinsamen Todeswunsches gründet sehr selten in einem einfachen gemeinsamen Beschluß: gegenseitige Suggestionen, besonders die larvierte Suggestion der Frau spielt bei Liebenden eine große Rolle; sie bestimmt dann oft den Mann dazu, die Tötung zu vollziehen. Überlebt ein Teil die gemeinsam beschlossene Tötung, so hat er sich gemäß § 579 des CPR. zu verantworten. Zu unterscheiden ist dann zwischen gemeinsam beschlossener Tötung, aktiver und passiver Suggestion. In einem Fall muß sich der Überlebende wegen Beeinflussung zum Selbstmord oder im Falle der Ausführung wegen Tötung verantworten, im anderen Falle muß wenigstens festgestellt werden, inwieweit die seitens des Opfers betriebene Suggestion ausreichte, die Verantwortlichkeit für den Augenblick der Tat zu verneinen. Immer aber handelt es sich um qualifizierte Tötung gemäß § 575—576 CP.; besonders dann, wenn der Überlebende unter dem Ziel handelt, den Liebenden zum Sterben zu veranlassen und dann vorausbestimmt, sich selbst nicht zu töten, wobei er bekundet, daß er seine eigene Selbstmordabsicht simuliert hat. Wenn auch gemäß § 90 CP. der affektive Zustand kein Ausschließungs- oder Minderungsgrund der Verantwortlichkeit ist, so gibt es dennoch gemäß § 88 und 89 CP. Übergänge zur partiellen oder totalen geistigen Störung, die für das Strafmaß von Bedeutung werden können. Carrara hat 1929 besondere Studien über die partielle Unverantwortlichkeit gemacht. Die Kasuistik von 22 beobachteten Fällen wird den Beobachtungen von Lattes (1916) zur Seite gestellt: forensisch wird gezeigt, daß Selbstmordverletzungen meist benachbart stehen; ähnlich ist die Verletzungslagerung bei gemeinsamen Todesentschlüssen. Bei nicht gewollter Tötung liegen Schuß- und Schnittverletzungen weitläufig auseinander und zeigen womöglich Abwehrsymptome. Solche Orientierungselemente sind für den Prozeßverlauf besonders dann von Bedeutung, wenn ihre Ergebnisse mit denen der Verhandlung übereinstimmen; sie können aber auch manchmal die Prozeßergebnisse widerlegen oder ihren Wert annullieren.

*Leibbrand* (Berlin).o

**Manezarski, Stanislaw: Selbstmord eines sexuell Perversen durch Erhängen.** Czas. sąd.-lek. 2, 219—222 (1937) [Polnisch].

Ein 31jähriger Mann erhängte sich in seiner Wohnung in einer Damenkleidung. Seine Genitalien hat er sich mittels eines Riemens und Holzstockes fest an die Baudecke angeschnallt, außerdem das Präputium in eine Schlosserzange eingeklemmt. An einem Ende des Holzstockes befand sich eine farbige Fahne, an der sich trockene Spermaflecke vorfanden.

*L. Wachholz.*

**Visser, J. J.: Ein Fall induzierter Psychose.** Psychiatr. Bl. Nr 6, 936—944 (1937) [Holländisch].

Ein Ehepaar lebte sehr zurückgezogen und verkehrte fast mit niemand. Die Weltereignisse, besonders der Krieg, machten einen tiefen Eindruck auf die Eheleute. Überspannte religiöse Vorstellungen der Frau wurden von dem Manne aufgenommen und wahnhaft weiter verarbeitet. Schließlich wirkten diese auch wieder auf die Frau zurück. Während der Anstaltsbehandlung wurde die Stellungnahme der Frau gegen diese Ideen kritischer, während dies beim Manne, der weicher war und aus belasteter Familie stammte, nicht der Fall war. Im Gegenteil konnte man bei ihm von einem fortschreitenden schizophrener Prozeß reden.

*Ganter* (Wormditt).

**Meierhofer, Marie: Atypische Psychosen in einer Chorea-Huntington-Familie.** (*Psychiatr. Klin., Univ. Zürich.*) Mschr. Psychiatr. 97, 13—60 (1937).

Der Ausgangsfall betrifft einen mit 38 Jahren wegen psychischer Veränderungen in die Klinik aufgenommenen Schlosser. Nach etwa 3 Monaten wurde der Patient mit der Diagnose „Paranoid, das eigentümliche organische Züge hat, aber nichts Paralytisches, wohl doch Schizophrenie“ in die Heilanstalt verlegt, in der 5 Jahre später die Diagnose Chorea Huntington gestellt werden konnte. Bei der Klinikaufnahme fielen faxenhafte Bewegungen des Mundes, unmotivierter Fingerbewegungen, unmotiviertes Kopfeigen, ein faxenhafter Gang auf, doch standen die psychischen Veränderungen, synthyme Halluzinationen und Wahnideen,

die zum System ausgebaut waren (der Patient als unverwundbarer Friedensfürst, der Mussolini den Kopf abschlagen werde) und bereits seit 5 Jahren visionär vom Patienten erlebt wurden, im Vordergrund. Nach 7jährigem Anstaltsaufenthalt, während dessen die organische Demenz immer deutlicher wurde, starb der Patient; die Sektion sicherte die Diagnose der Chorea Huntington (schwerste Veränderungen im Putamen und Nucleus caudatus bds.). Die epikritischen Erwägungen, ob es sich um eine zufällige Kombination von Huntington und Schizophrenie handle, ob die Chorea H. durch einen schizophrenen Erbeinschlag phänotypisch gefärbt sei oder ob eine besondere Erkrankungsform im Rahmen der Chorea H. vorliege, führten zu Nachforschungen und Untersuchungen in der Familie des Probanden. Nach dem Ergebnis der Ermittlungen litten die Urgroßmutter des Probanden und 3 ihrer Kinder an manifester, das 4. ihrer Kinder an latenter Chorea H. 5 Typen von Erkrankungen wurden gefunden: 1. Beginn mit Bewegungsstörungen, progredienter Verlauf mit psychischen Veränderungen bis zur Demenz; 2. Beginn mit psychischen Veränderungen, später Bewegungsstörungen, Verlauf progredient; 3. ziemlich stationäre psychische Veränderungen ohne Bewegungsstörungen; 4. Zuckungen ohne psychische Störungen, ohne Progredienz; 5. psychische Störungen mit prozeßhafter Charakterveränderung und manisch-depressiver Färbung ohne Bewegungsstörungen, mit oder ohne Demenz; Typ 1 zeigt 3 Generationen der unehelichen Linie in direkter Vererbung, Typ 2 dagegen 5 Generationen der ehelichen Linie. Die Vererbung war dominant, ohne sichere Anteposition. Atypisch waren einerseits die schizophrenieähnlichen Krankheitsbilder, zu denen das des Probanden gehörte. Schizophrenie konnte in der Familie nicht nachgewiesen werden. Bei Vater und Großvater des Probanden bestanden ähnliche Krankheitsbilder, so daß die Annahme eines schizophrenen gefärbten Phänotyps hinfällig wurde, daß phänotypische Färbung sich durch 3 Generationen nicht vererben kann. Andererseits werden 2 Geschwister aus der 3. ehelichen Generation in der Übersichtstafel als „Chorea H. mit manisch-depressivem Einschlag“ geführt. Körperliche Zeichen einer Chorea H. bestanden bei beiden nicht. Die Schwester litt nach einem ärztlichen Bericht an manisch-depressivem Irresein; ob Demenz eintrat, ist unbekannt. Der Bruder erkrankte ähnlich wie andere Mitglieder der Familie an Charakterveränderungen, die sich schleichend weiterentwickelten und erst im Alter von 62 Jahren, nachdem er trunksüchtig geworden war, eine Internierung herbeiführten. Mit 67 Jahren bot er das Bild einer alkoholischen senilen Demenz und hatte außerdem zirkuläre Stimmungsschwankungen. Da die Mutter der beiden an Schwermut gelitten haben soll, erwägt die Verf. die Möglichkeit der Änderung des Chorea H.-Krankheitsbildes und -verlaufes durch den manisch-depressiven Erbeinschlag.

I. Hahn (Gießen).<sup>oo</sup>

**Malone, W. H.: Psychosis with multiple sclerosis. (Psychose bei multipler Sklerose.)**  
Med. Bull. Veterans' Admin. 14, 113—117 (1937).

Fall 1. Erste Symptome der m. S. 1918. Seit 1920 hysterisches Bild mit Angstzuständen. 1921 Zwangsweinen und Zwangslachen. 1927 Depression, Zwangslachen und Schreien, Erregbarkeit, Verwirrtheit. Dieser Zustand verschlimmerte sich im gleichen Maß wie der körperliche Verfall. Fall 2. Krimineller Alkoholiker, hypomanisch, war während der Militärdienstzeit an Lues erkrankt. Rasch fortschreitende m. S. mit negativem Befund von Blut und Liquor. Nach 2—3 Jahren Euphorie, periodische Erregungszustände. Später Ausbruch einer Psychose mit Ideenflucht, psychomotorischer Unruhe, Halluzinationen. Nach 1 Jahr in einer leicht hypomanischen Verfassung entlassen. Seither langsam fortschreitende Verschlechterung. Fall 3. Psychopath, der später mißtrauisch wurde, sich absperrete, Schizophrenie-verdächtig war. Dann entwickelte sich eine m. S. Sinnestäuschungen und paranoide Züge blieben bestehen. Fall 4. M. S., der Anfälle von Bewußtlosigkeit und Erbrechen vorausgegangen waren. Später depressive Phasen mit Halluzinationen, zuweilen Verwirrheitszustände von 7—10 Tagen Dauer. Fall 5. Schwachbegabter überempfindlicher Mensch wird zunehmend umständlich, läppisch; erkrankt dann an m. S., ist nach 9 Jahren kindisch, zeigt starke Gedächtnisstörungen. Fall 6. Von jeher grausam gegenüber Tieren und kleineren Kindern. Mit 20 Jahren in ein Gerichtsverfahren verwickelt. Um diese Zeit mehrere Wochen verwirrt, später psychomotorisch erregt. Klagen über gelegentliche Schwäche des r. Armes. Seit Manifestierung der m. S. Verwirrtheitsperioden von 6—10 Wochen Dauer. Fall 7. Vor der seit 10 Jahren bestehenden m. S. psychisch geordnet. Seit 2—3 Jahren Zwangslachen und -weinen, Euphorie, bisweilen Depression mit Verwirrtheit, Vergiftungsideen. Fall 8. Einige Monate vor Beginn der m. S. erregt, redselig. Im Verlauf der Krankheit Zunahme der psychischen Erscheinungen, Zwangslachen und -weinen, paranoide Ideen, Suicidversuche, schließlich Euphorie und Verblödung. Fall 9. Im Verlauf einer m. S. Euphorie, Zwangslachen, später auch Depressionen, schließlich Verblödung. Fall 10. Im Verlauf des Leidens psychoneurotische Symptome, später Euphorie, dann Depression mit Halluzinationen, schließlich Verblödung.

Verf. teilt die psychischen Erscheinungen bei der m. S. in primäre und sekundäre. Die primären Symptome sind der Ausdruck der organischen Störungen und bestehen in Euphorie, Depression und Erregbarkeit und beim Fortschreiten des Leidens in geistigem Verfall. Die sekundären Symptome der Verwirrtheit und der Sinnestäuschungen

hängen nach Ansicht des Verf. mit der geistigen Persönlichkeit zusammen, die von der Krankheit betroffen wird.

**Breitenstein, Helmut: Spasmophilie und Epilepsie.** (*Kinderklin., Med. Akad., Düsseldorf.*) Düsseldorf: Diss. 1937. 12 S.

Verf. stellte Nachuntersuchungen an 86 früher spasmophilen Kindern an. Für 85 seiner Fälle kommt er zu dem Ergebnis, daß ein Übergang von Spasmophilie zu Epilepsie nicht vorgekommen ist. 5 dieser Kinder erwiesen sich bei der Nachuntersuchung als schwachsinnig bzw. idiotisch. In einem Fall lag zur Zeit der Nachuntersuchung eine Epilepsie vor, hier gelang aber der Nachweis gleichsinniger Belastung in der Sippe.

*Günther (Berlin).*

**Lange, Johannes: Epilepsie im ersten Lebensjahrzehnt.** (Nach den Erfahrungen der Nervenklinik.) *Arch. f. Psychiatr.* **107**, 172—181 (1937).

Die Ausführungen stützen sich auf die Beobachtung von 30 Kindern bis zum 11. Lebensjahre, die im Alter von 2—11 Jahren mit Krampfanfällen in der Breslauer Nervenklinik zur Aufnahme gekommen sind. Es handelt sich um fragliche genuine Fälle, Fälle mit Geburtsschäden, Verletzungen, Gehirnentzündungen, sog. cerebraler Kinderlähmungen und mit ungeklärten Hirnleiden und Hirndefekten als Ursache der Krämpfe. Säuglingskrämpfe fehlten so gut wie ganz. Bei sicher erblichen Epilepsien waren Krämpfe im Kleinkindesalter zumindest sehr selten. Die erbliche Fallsucht tritt erst nach dem 6., insbesondere nach dem 9. Lebensjahr in Erscheinung. Kinderkrämpfe sind in der Mehrzahl auf Hirnerkrankungen, besonders entzündlicher Natur, zurückzuführen. Zur Diagnosestellung ist eine genaue Ermittlung der Vorgeschichte sowie eingehende neurologische und encephalographische Befunderhebung erforderlich. Die Anfallstypen sind bei Kindern häufiger ungewöhnliche. Auch hinsichtlich des Verlaufs scheinen sich die Krampfkrankheiten in der ersten Hälfte der Kindheit anders zu verhalten als die Epilepsie der Erwachsenen.

*Dubitscher (Berlin).*

**Soto Romay, Ramón: Die Encephalographie als diagnostisches und therapeutisches Mittel bei Epilepsie.** (*Inst. de Semiol., Univ., Buenos Aires.*) *Semana méd.* **1937 II**, 128—151 [Spanisch].

Durch zahlreiche encephalographische Untersuchungen an Kranken, die wohl größtenteils der genuine Epilepsie zuzurechnen sind, glaubt Verf. festgestellt zu haben, daß bei allen Epileptikern sich Veränderungen und Störungen in der Liquorzirkulation nachweisen lassen. Er betont ausdrücklich, daß in seinem Material keine Jacksonfälle, keine posttraumatischen und keine Epilepsien bei Oligophrenen enthalten seien. Er teilt seine encephalographischen Bilder einer Reihe von bestimmt charakterisierten Typen zu, die durch die Verteilung der Luft, die nach Ablassen des Liquors eingeführt wurde, auf die Ventrikel und die Subarachnoidalräume gekennzeichnet werden. Er versucht, diese einzelnen Typen bestimmten Anfallsabläufen zuzuweisen und beide in Übereinstimmung zu bringen. Zugleich berichtet er, daß in vielen Fällen nach der Encephalographie trotz Herabsetzung der Luminaldosis die Anfälle verschwanden oder doch wesentlich seltener und milder wurden. Er erklärt diese Erfolge mit einer angenommenen Lösung von Verwachsungen oder Verklebungen der Arachnoidea durch die eingeführt Luft, wodurch wiederum die Zirkulationsverhältnisse des Liquors gebessert wurden. Die Erfolge beschränken sich allerdings auf frischere Fälle, die noch keine groben Intelligenzdefekte und Veränderungen der Persönlichkeit zeigen, sowie auf junge Leute. Prognostisch ungünstig sind Fälle, in denen das Encephalogramm deutliche Abweichungen vom Normalen zeigt. Es lohnt, die interessante und fleißige Arbeit nachzulesen.

*W. Geller (Düren i. Rhld.).*

**Ligterink, J. A. Th., und Ch. H. Simons: Über den Bilirubin-Gehalt des Bluteserums bei Psychotikern.** (*Anst. „Het Apeldoornsche Bosch“, Apeldoorn, Holland.*) *Psychiatr. Bl.* **41**, 369—379 (1937).

Der Bilirubingehalt des Bluteserums wird mit der von Hijmans v. d. Bergh angegebenen Methode bei 62 Patienten bestimmt (21 Fälle Schizophrenie, 12 Fälle

manisch-depressive Psychose, depressive Phase, 11 Fälle manische Phase, 4 Fälle Involutionsmelancholie, 4 Dementia paralytica, 1 Intoxikationspsychose, 2 Degenerationspsychose, 3 Idiotie, 1 Dementia senilis und 1 atypische Psychose). Bei einem beträchtlichen Teil der Patienten mit Schizophrenie und manisch-depressiver Psychose wird eine Erhöhung des Bilirubingehaltes gefunden, die bei den Fällen mit verstärkter Unruhe einer Erhöhung des Totaleiweißgehaltes parallel gehen, so daß eine Blutverdickung für die Erhöhung des Bilirubingehaltes verantwortlich gemacht wird.

R. Mancke (Leipzig).

**Peters, Gerd:** Zur Frage der pathologischen Anatomie der Schizophrenie. (*Hirnpath. Inst., Dtsch. Forsch.-Anst. f. Psychiatrie [Kaiser Wilhelm-Inst.], München.*) Z. Neur. **160**, 361—380 (1937).

Verf. nahm vergleichende Untersuchungen in bestimmten Hirnarealen an den Gehirnen von 8 hirngesunden Hingerichteten und 14 Schizophrenen vor. Von jedem Gehirnstückchen wurde eine lückenlose Serie von mindestens 25 Schnitten mit einer Schnittdicke von 20  $\mu$  angefertigt. Erscheinungen, wie sie von anderen Autoren für schizophrene Gehirne beschrieben worden sind, fand Verf. in beiden Arten von Gehirnen. Es handelt sich um Lückenfelder, diffuse Zellichtung und Ganglienzellenveränderungen (Schrumpfung, Lipoidose, schwundähnliche Zellerkrankung). Die Lückenfelder sieht Verf. als normale Variante des Rindenaufbaues mit individueller Schwankungsbreite bezüglich Anzahl und Ausdehnung an. Die diffuse Zellichtung sei in vielen Fällen durch technische Mängel (unvermeidbare Unterschiede in der Schnittdicke und in der Färbung) und durch die individuelle Verschiedenheit des Rindenaufbaues vorgetäuscht. Eine echte Zellverminderung fehlt in dem Material des Verf. Die Ganglienzellenveränderungen seien nicht für Schizophrenie spezifisch. Verf. bezweifelt sogar, ob es sich bei ihnen immer um intravital entstandene pathologische Vorgänge handelt (vollkommene Reaktionslosigkeit der Glia). Verf. behauptet, es gäbe bis heute noch keine pathologische Anatomie der Schizophrenie. Die Annahme auch vieler anderer Autoren, daß das Gehirn bei der Schizophrenie nicht primär erkrankt sei, werde bestärkt.

Drope (Berlin).

**Steck, M.:** L'évolution du pronostic et de la thérapeutique de la schizophrénie. (Die Schizophrenie. Ihre prognostische und therapeutische Entwicklung.) (*Clin. Psychiatr., Univ., Lausanne.*) Rev. méd. Suisse rom. **57**, 129—144 (1937).

Allgemein gehaltener Vortrag (Antrittsrede) über die im Titel angeführten Fragen. — Die in Cery gemachten Erfahrungen lassen die zwar nicht ungefährliche Insulinschockbehandlung der Schizophrenie angezeigt erscheinen. Jedenfalls ist die Insulintherapie physiologischer als die Klaesische Schlafkur mit ihren hohen Schlafmittelgaben und den Lungenkomplikationen.

v. Braunmühl (Egging-Haar).

**Braatøy, Trygve:** Is it probable that the sociological situation is a factor in schizophrenia? (Ist es wahrscheinlich, daß die soziale Lage einen Faktor für die Schizophrenieentstehung darstellt?) (*Psychiatric Dep., Ullevål Hosp., Oslo.*) Acta psychiatr. (Københ.) **12**, 109—138 (1937).

Verf. glaubt in der Schizophrenie eine Geisteskrankheit zu erkennen, die in gewissem Sinne eine Folge der Zivilisation ist (. . . the paranoid visionary is no more insane than the civilisation in which he lives," S. 126ff.). Nachdem der Verf. in einer früheren Arbeit aus der Zunahme der Aufnahmen von Schizophrenen in norwegischen Anstalten auf eine Zunahme der Schizophreniehäufigkeit geschlossen hat, ohne zu beachten, daß die Zahl der verfügbaren Betten in diesen Anstalten erhöht wurde, fällt es ihm in dieser Arbeit schwer, seine These noch aufrechtzuerhalten. Er versucht es dennoch, indem er erbliche Faktoren einfach ablehnt und soziale Unsicherheit, überhaupt soziale Momente als Ursache der Schizophrenie ansieht. Weder die erbbiologischen Arbeiten, noch die neuen klinischen Untersuchungen zur Pathophysiologie der Schizophrenie werden berücksichtigt. Jeder weitere Kommentar erübrigt sich.

F. Stumpfl.

**Hänsel, G.: Schizophrenie und Kriegsdienstbeschädigung.** (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Köln.*) *Ärztl. Sachverst.ztg* 44, 15—17 (1938).

Bei der Begutachtung einer Kriegsdienstbeschädigung hatte der Verf. die schwierige Frage zu lösen, ob die vorliegende Schizophrenie als eine Dienstbeschädigung im Sinne der Entstehung und die Auslösung eines 2. Schubes im Anschluß an ein außergewöhnliches Ereignis als Dienstbeschädigung im Sinne der Verschlimmerung anzusehen war. Nach Vorgeschichte und eingehender Untersuchung mußte der Verf. die Schizophrenie als Dienstbeschädigung im Sinne der Entstehung ablehnen. Die Auslösung eines 2. Schubes konnte aber als Dienstbeschädigung im Sinne der Verschlimmerung anerkannt werden. Der weitere Verlauf der Krankheit wäre mit größter Wahrscheinlichkeit auch ohne äußere Einflüsse der gleiche gewesen. Die noch vorhandenen psychischen Störungen waren lediglich der Ausdruck des gewöhnlichen Verlaufs einer anlagemäßig bedingten Schizophrenie.

*Heinr. Többen* (Münster i. W.).

**Patini, Ettore: Sul meccanismo genetico dei fenomeni catatonici.** (Über den Entstehungsmechanismus der katatonen Erscheinungen.) *Osp. psychiatr.* 5, 601—618 (1937).

Die Beobachtung eines Falles von Katatonie, bei dem sich auch Zeichen eines Hemi-Parkinsonismus fanden, veranlaßte den Verf. zur Bildung einer wenig befriedigenden Hypothese, die den organischen Ursprung und die seelische Motivation katatoner Erscheinungen unter einen Hut bringt.

*v. Neureiter* (Berlin).

**Severi, G.: Sull'importanza del fattore tossinfettivo nella patogenesi del fenomeno catatonico.** (Über die Wichtigkeit des toxisch-infektiösen Faktors in der Pathogenese des katatonischen Phänomens.) (*Osp. Psychiatr., Volterra.*) *Neopsichiatr.* 3, 47—58 (1937).

Mitteilung der Krankheitsgeschichte eines hebephren-paranoiden Schizophrenen, bei dem im Verlauf einer mehrmals rezidivierenden Erkrankung an Paratyphus B in der jeweiligen Exacerbation des typhösen Fiebers ein katatonisches Syndrom auftrat. Verf. nimmt an, daß hier das Paratyphus B-Toxin eine für die Entstehung kataleptischer Symptome prädisponierte Gehirnregion beeinflusst hat.

*Arno Warstadt* (Berlin-Buch).

**Milici, Pompeo: Dementia praecox: Preventable.** (Dementia praecox: Vermeidbar.) (*Kings Park State Hosp., Kingspark, Long Island.*) *Psychiatr. Quart.* 11, 552—560 (1937).

Ausgehend von den rund 30 Jahre zurückliegenden Konzeptionen der amerikanischen Psychiater A. Meyer und A. Hoch, wonach die Dementia praecox sich aus konstitutionellen Anpassungsmängeln als extreme pathologische Reaktion der Persönlichkeit auf erzieherische, familiäre und Lebensschwierigkeiten von frühester Kindheit an allmählich entwickelt, fordert Verf. nach eingehender Schilderung dieser Entwicklung von den präpsychotischen Persönlichkeitszügen des „schizoiden“ Kindes („shut-in“ personality — A. Hoch), die kaum Unbekanntes bringt, bis zur Psychose, energische psychohygienische Maßnahmen zur Verhütung aller diese Entwicklung fördernden Schädlichkeiten. Neben Aufklärung der Allgemeinheit, insbesondere der Eltern und Erzieher, über Wesen, Früherkennung und richtige Behandlung des „schizoiden“ Kindes, genauer Erforschung und gegebenenfalls Abstellung schädlicher Umwelts- und Familieneinflüsse, wobei nicht selten auch die übrige Familie psychiatrisch betreut oder behandelt werden müsse, Überwachung der sexuellen Erziehung und Eheberatung, sei vor allem die Anstellung hauptamtlicher Schulpsychiater für die rechtzeitige Erfassung und entsprechende Behandlung dieser Fälle notwendig. Spezielle psychotherapeutische Maßnahmen, wie kathartische Behandlung mit nachfolgender Psychosynthese, Ablenkung der narzißtischen Libido auf die Realität und dergleichen mehr, würden nur in den schwereren Fällen erforderlich sein. In der Hauptsache käme eine auf die Anforderungen des Lebens vorbereitende Beschäftigungstherapie (und spätere Berufsberatung) in Frage. Verfehlt sei eine Absonderung dieser

Kinder in getrennten Klassen; sie seien vielmehr mit möglichst vielen gesunden Kindern zusammenzubringen und zu erziehen. Dagegen sei den Kindergärten mehr Beachtung zu schenken, da hier — gerade im Vorschulalter — eine Entfremdung vom elterlichen Einfluß für später gewisse Gefahren und Konflikstoffe in sich berge. — Ob es, wie Verf. meint, durch vernünftige Umweltgestaltung während der frühen Kindheitsjahre gelingen wird, den erblichen Faktoren schließlich so weitgehend entgegenzuwirken, daß nur noch bei den weitaus überwiegend konstitutionell bedingten Fällen die Entwicklung der Psychose nicht mehr aufzuhalten ist, muß freilich demjenigen, der in der Dementia praecox eine somatisch unterlegte, erblich bedingte Prozeßpsychose erblickt, mehr als zweifelhaft erscheinen, ganz davon abgesehen, daß derart allgemeine Überlegungen sich ohne saubere klinisch-diagnostische Trennung zwischen „schizoider“ Persönlichkeitsentwicklung und schizophrener Psychose sowie ohne genaue erbstatistische Erhebungen praktisch überhaupt nicht beweisen lassen.

*Skalweit (Rostock-Gehlsheim).*

**Citron, Hans: Das Instinkt-Problem und seine Bedeutung für die Schizophrenie.** Mschr. Psychiatr. 96, 93—127 (1937).

Im Gegensatz zum Erfahrungswissen setzt der Instinkt ein dem Einzelwesen unmittelbar gegebenes Wirklichkeitswissen im Sinne eines vorbestimmten überindividuellen Beziehungssystems zu gewissen Bildern und Objekten seiner Innen- und Umwelt voraus, innerhalb dessen der „lebendige Kontakt mit einem Gegenüber“ (Bergson) als unmittelbares Erfassen der Realität zugleich mit einer einseitig in die Zukunft eingestellten „propulsiven Kraft“ („Horme“ v. Monakows) gegeben ist, die eine auf ein überindividuelles Ziel gerichtete, der Erhaltung der im Individuum ruhenden Lebensidee dienende zwangsläufige Handlung auslöst. Aus den tieferen Schichten angehörenden, Wachstum, Entwicklung u. dgl. mehr regelnden, formativen erwachsen die höheren personalen Instinkte der Innenwelt (z. B. Begattungsdrang) und die ihnen übergeordneten Umweltsinstinkte (z. B. Objektfindung zum vorigen). Mit zunehmender Erfahrung wird der Instinktanteil einer Handlung sowohl in der aufsteigenden Tierreihe wie in der Ontogenese zurückgedrängt. Während beim menschlichen Säugling noch jedes Instinktgeschehen eine vollständige Instinkthandlung zur Folge hat, führt die Bereicherung der individuellen Erfahrung im Laufe der weiteren Entwicklung und Erziehung zur Befreiung des Ich von dem zwanghaften Ablauf der Innenweltinstinkte des Körper-Es (Motorik, Denken und Sprache, Gefühlshaltungen), die dann nur noch als Instinktantriebe in der Dynamik des Denkens und Handelns, ungehemmter in Tanz und Gebärdenspiel, in Erscheinung treten und als instinktive Körpergefühle die „unbedingte, jenseits aller rationalen Beweise liegende Gewißheit der Einheit unserer Person“ vermitteln, während aus dem Beziehungssystem der Umweltsinstinkte („Du-Erlebnis“ — am stärksten in der Beziehung Mann-Weib, am schwächsten gegenüber der anorganischen Welt) „die Gewißheit der Existenz unserer Außenwelt unwiderlegbar und wirklichkeitsnahe gegeben ist“. Die höchste, nur dem Menschen eigene Stufe bilden die instinktiven Beziehungen zur Überwelt der „Urbilder“ (religiöser, künstlerischer, schöpferischer Instinkt). Ausgehend von diesen, hier nur kurz skizzierten Gedankengängen erörtert Verf. nun die Veränderungen des Instinktgeschehens bei der Schizoidie und Schizophrenie. So erklärt er das — als Kardinalsymptom der Schizoidie angesehene — „Abgerücktsein des Ich vom Gegenüber“ aus einer Instinktverarmung zugunsten der Ratio, wie sie u. a. im Zeiterleben (Ersatz der immanenten Sinnggebung durch rationale Lebensziele), in der fanatisch-starren Religiosität (Diskrepanz zwischen starker religiöser Sehnsucht und geringer religiöser Kraft), dem gefühlsmäßigen Kontaktmangel zugunsten ichtnaher Innenweltbeziehungen im Autismus, der lahmen oder rational beherrschten (steifen) Motorik und Mimik (Beziehungslockerung zwischen Ich und Körper-Es), in dem Mangel an Aktivität u. a. m. zum Ausdruck komme. Bemerkenswert ist, daß Verf. die (konstitutionelle) schizoide Wesenshaltung als pathologische Steigerung der physiologischen

und lebensnotwendigen (reversiblen) schizoiden Reaktionsweise ansieht, und daß er weiter auch den positiven (schöpferischen und künstlerischen) Seiten des „schizoiden“ Erlebens durch seine Betrachtungsweise gerecht zu werden sucht, wobei sich sein Begriff „schizoid“ allerdings mit dem, was Kretschmer schizothym nennt, zu überschneiden scheint. In ähnlicher Weise leitet Verf. dann die Symptome der Schizophrenie aus einem zunehmenden prozeßhaften Instinktabbau bis zur völligen Sprengung der instinktiven Beziehungen zwischen Ich und Gegenüber ab. So führt der Verlust des instinktiven Gefühls für die Wirklichkeit der Welt zum Katastrophenerlebnis und zum Wahn, da Gedanken und Vorstellungen den gleichen Wirklichkeitscharakter wie Objekte der Um- und Überwelt annehmen. Das aus dem schicksalhaften Beziehungssystem von Zeit und Realität gelöste Ich schafft einen neuen (rationalen) Makrokosmos aus sich heraus, indem an Stelle der verlorenen Umweltsbeziehungen die Innenwelt in die Außenwelt hinausprojiziert wird und deren Realitätscharakter ersetzt, so daß schließlich alle wirklichen Geschehnisse in der Umwelt für den Kranken bedeutungslos werden und jeder Kontakt aufgehoben ist. In der letzten Stufe des schizophränen Persönlichkeitsabbaus kommt es auch zum Verlust des instinktiven Körpererlebens (Innenweltinstinkte) und damit zur völligen Auflösung der personalen Psyche, die nur noch als ein mit Organinstinkten ausgestattetes Wesen vegetiert. Verf. sieht in der Erkenntnis der Bedeutung des Instinktverlustes für das Wesen der Schizophrenie einen entscheidenden Zugang zur Erforschung der Schizophrenie. Wenn auch diese Erkenntnis gewiß nicht neu ist und auch der Verf. gegenüber den von ihm zitierten Autoren (Bergson, Minkowski, v. Monakow) sowie der (nicht erwähnten) Monographie von Mourgue (Brüssel 1932) nichts wirklich Neues bringt, so verdient doch seine geschlossene und allzu hypothetische Spekulationen vermeidende Darstellung und Betrachtungsweise des Instinktproblems Beachtung. *Skalweit.*<sup>oo</sup>

**Winter, Josef: Über die Nachkommenschaft Schizophrener.** (*Univ.-Nervenklin., Tübingen.*) Tübingen: Diss. 1937. 16 S.

An einem ausgelesenen Material von 254 schizophrenen Männern, die in den Jahren 1900—1909 in der Nervenlinik Tübingen in Behandlung standen und am 1. I. 1935 mindestens 50 Jahre alt waren, wurden die Unverheirateten (66,5%) und die Verheirateten (33,5%) bezüglich der Erkrankungsform und der Anstaltsbedürftigkeit verglichen, wobei die Unverheirateten in weit höherem Prozentsatz (34,6% gegenüber 17,6%) hebefreien waren und die Anstaltsbedürftigkeit bei den Verheirateten meist nur eine vorübergehende oder gleich eine dauernde war. 66,9% der Unverheirateten waren am Stichtage gestorben und hatten ein Durchschnittsalter von 41 Jahren erreicht. Bei den Verheirateten waren 50,6% gestorben bei einem Durchschnittsalter von 51 Jahren. Vor dem Ausbruch der Psychose heirateten 58, danach 27 Probanden. Von 85 Ehen waren 11 kinderlos. Die 254 Kranken hatten im ganzen 361 Kinder, davon wurden vor der Psychose 230, nach Ausbruch derselben 131 Kinder erzeugt. 59% von diesen stammen von Katatonikern, die hohe Kinderzahlen (10—14) aufwiesen. Die durchschnittliche Kinderzahl bei den Verheirateten ist 4,2 (Land- und Kleinstadtbevölkerung).

*Scheurlen* (Berlin).

● **Braunmühl, A. v.: Die Insulinhockbehandlung der Schizophrenie (unter Berücksichtigung des Cardiazolkampfes). Ein Leitfaden für die Praxis.** Berlin: Julius Springer 1938. 71 S., 1 Taf. u. 19 Abb. RM. 7.50.

Ein Leitfaden für denjenigen, der wünscht, die schwierige, aber vielversprechende Behandlungsmethode der Schizophrenie mit den von Sakel angegebenen Insulinhocks durchzuführen. Der 1. Teil dieses Leitfadens enthält eine kurze, aber erschöpfende Übersicht über alle organisatorischen Maßnahmen, die zur Einrichtung und Führung einer Insulinstation gehören, wie Wahl und Anlage der Räume, Instrumentarium und Personal. Formulare für Mitteilungen an die Angehörigen, für Fragebogen über entlassene Behandelte, für Kurven, Tagestabellen und Karteikarten, wie sie sich aus den Erfahrungen des Verf. als zweckmäßig ergeben haben, werden angeführt. Gleichzeitig

wird eine Tabelle zur Auswertung der Behandlungsergebnisse vorgeschlagen, die im Sinne der Gruppeneinteilung nach Max Müller die Fälle nach der Krankheitsdauer ordnet. — Bei der Auswahl der Kranken kommt es neben den psychogenen Zeichen, der Krankheitsdauer und der Remissionstendenz besonders auf das affektive Verhalten an. — Neben der gründlichen körperlichen Untersuchung ist die Anfertigung eines Elektrokardiogramms wünschenswert, bei einigen Fällen sogar unentbehrlich. Da die Behandlungsmethode jedoch auch in Anstalten durchgeführt werden soll, kann in vielen Fällen eine Herzfunktionsprüfung das Ekg. ersetzen. — Gegenanzeigen gegen die Behandlung sind außer aktiver Tuberkulose, Lebererkrankung, Nierenschädigungen und Störungen der innersekretorischen Organe besonders in unbeeinflussbarer juveniler Hypertonie und einem „klaren“ Status thymico-lymphaticus zu sehen. — Die Kapitel über die Methoden führen nach einer kurzen geschichtlichen Übersicht zur klassischen Methode Sakels, deren einzelne Shockphasen hinsichtlich Definition, klinischer Führung und der Behandlung von Zwischenfällen eingehend besprochen werden. In seiner Praxis, so betont Verf., hat sich die Definition des Halbschocks, wie sie Max Müller vorschlug (Benommenheit oder klonische Zuckungen, die selbständiges Trinken unmöglich machen), und die Definition des Shocks von Küppers (auf Zuruf und nachhaltige Berührung keine Reaktion) sehr gut bewährt. Verf. geht auf die einzelnen Shocktypen ein, die sich erheblich voneinander unterscheiden, ohne daß es bisher gelungen ist, hinreichende Erklärungen dafür zu geben. Sie machen jedenfalls eine ununterbrochene Beobachtung und individuelle Shockführung notwendig. — Unter den in der Hypoglykämie auftretenden epileptischen Anfällen unterscheidet Verf. 3 Typen. Da der epileptische Anfall häufig auffallende therapeutische Wirkungen aufweist, wird einerseits versucht, durch Cardiazolinjektionen (nach Meduna) künstlich Anfälle auszulösen (Cardiazolblockbehandlung, wenn die Anfälle an insulinfreien Tagen eingeschaltet werden; Summationsmethode, wenn Anfälle an Insulintagen ausgelöst werden), auf der anderen Seite wird angestrebt, durch entsprechende Führung der Hypoglykämie (Dosis, Sensibilisierung) Anfälle hervorzurufen. Neben vielen anderen methodischen Verfeinerungen der klassischen Methode bringt Verf. mit der „Zickzackmethode“ eine wesentliche Neuerung. Die Methode findet bei hochresistenten Fällen Anwendung und ist gekennzeichnet durch erhebliche Dosenschwankungen an aufeinanderfolgenden Tagen. Dadurch wird eine Sensibilisierung angebahnt, die zu guten Shocks bei normal hohen oder geringeren Dosen führt. Einfach eingelegte „Zacken“ stellen einen Test für den Grad der Sensibilisierung dar, der große Bedeutung für eine gefahrlose Shockbehandlung haben soll. Weitere methodische Abwandlungen, die sich daraus ergeben, sind ebenso interessant, wie sie versprechen, die Insulinbehandlung zu einer mehr und mehr differenzierten, damit wirkungsvolleren und weniger gefahrvollen Methode zu machen. — Auf zahlreiche Fragestellungen, die sich aus den bisherigen von Verf. mit der Insulintherapie gemachten Erfahrungen ergeben, wird abschließend hingewiesen.

*Portius* (Hildburghausen).

### **Kriminologie. Kriminalbiologie. Poenologie.**

**Harvey, O. L.:** The law-breaking situation. (Die Situation beim Rechtsbruch.) J. abnorm. a. soc. Psychol. 32, 1—5 (1937).

Verf. versucht die Situation beim Rechtsbruch „behavioristisch“ zu klären. Er unterscheidet 2 grundsätzlich entgegengesetzte Arten von Verhaltensweisen: eine „adiente“, zugewandte, und eine „abiente“, Abwehrreaktion. Er untersucht unter Zuhilfenahme dieser Begriffe das Verhalten von Einzelindividuen und von Gruppen und kommt zu dem Ergebnis, daß die Neigung zum Rechtsbruch nicht allein in der Person des Rechtsbrechers, sondern ebensosehr in der Situation liege, zum Teil in der Bedeutung der geschädigten Person oder Einrichtung: so fordere der Reiche zum Diebstahl und zur Erpressung heraus, alleinstehende Frauen zu tätlicher Beleidigung usw., das Strafrecht selbst bedeute für manche eine Herausforderung zum Rechts-