

Psychologie und Psychiatrie.

Thurnwald, Richard: Der Kulturhintergrund des primitiven Denkens. Z. Psychol. 147, 328—357 (1940).

Die Ausführungen des Verf. haben grundsätzliche Bedeutung: Frühere psychiatrische Untersuchungen über primitives Denken (Storch, Bychowski, Levy-Suhl) stützten sich vornehmlich auf Gedankengänge von Levy-Brühl. Diese waren jedoch ohne eigene Kenntnis primitiver Völkerstämme am Schreibtisch entwickelt und entbehrten daher der Erfahrungsgrundlage. Das führte zu schiefen Auffassungen, weil vielfach Gedankengut aus ganz verschiedenartigen Kulturen miteinander in Beziehung gebracht wurden. Freud hat in seiner Arbeit „Totem und Tabu“ sogar einer offenbar vorgefaßten Meinung zuliebe falsch zitiert. Es war erklärlich, daß psychiatrische Untersuchungen auf dieser Grundlage zu Ergebnissen führten, die nicht haltbar waren. Das hat die Kritik (z. B. Gruhle, Langelüddeke) von vornherein erkannt. — Die jetzigen Untersuchungen Thurnwalds, der selbst 8 Jahre lang unter primitiven Völkerschaften lebte, jahrelang auch unter solchen, die bis dahin nie einen Weißen gesehen hatten, geben nun eine Grundlage für etwaige Untersuchungen auf diesem Gebiet. In 14 kurzen Abschnitten geht der Verf. auf die wesentlichen Punkte ein und zeigt, daß das Denken einzelner sowohl wie von Gemeinschaften vom jeweiligen Kulturhintergrund nicht ablösbar ist. In einem 15. Abschnitt gibt er eine Zusammenfassung, aus der ich nur einiges herausgreife: „Die Primitivität liegt dem menschlichen Denken zugrunde, ebenso wie der Seelenverfassung das Urmenschliche (das, was Jung das kollektive Unbewußte nennt). Als ‚primitiv‘ gilt vor allem das diffuse Denken. Obwohl individuelle Verschiedenheiten sich dabei anlagemäßig geltend machen, ist die Geistesverfassung zunächst kulturell gegeben . . . Demgemäß hat jede Kultur ihre Denkart ausgebildet. Daher gibt es im Grunde so viele Arten primitiven Denkens, als es Völker und Kulturen gibt . . . Nichtsdestoweniger wird man für alle Naturvölker gemeinsame Züge feststellen können . . . In den Kulturen von sozial zusammengesetzten und geschichteten Völkern leben sehr verschiedene, primitive und mehr durchgebildete Geistesverfassungen nebeneinander. Sie wirken wechselseitig aufeinander ein . . . In allen Bevölkerungsgruppen und auch in allen Personen sind verschieden große, gewissermaßen ‚ungepflegte‘ Denkgebiete zurückgeblieben. Darum nehmen alle Menschen am primitiven Denken teil. Auf diesen weniger durch ‚gerichtetes‘ Denken gepflegten Feldern springt die Saat des Urmenschentums in uns . . . besonders gerne hoch. Das kann auch . . . in Fällen vorkommen, bei denen es sich um Ermüdungs- oder Schwächeerscheinungen handelt (Neurosen) und natürlich auf pathologischem Gebiet. Daher die Anklänge primitiven Denkens auf allen diesen Gebieten.“ Einzelheiten der Arbeit, aus denen diese Sätze sich ableiten lassen, müssen im Original nachgelesen werden, Untersuchungen auf dem Gebiet primitiven Denkens bei Psychosen werden diese Arbeit jedenfalls berücksichtigen müssen. *Langelüddeke (Marburg).* °°

Costa, A.: Le tavole del Rorschach quale mezzo di ricerca per la psicologia normale e patologica. Nota introduttiva. (Der Rorschach-Test als Mittel der Untersuchung der Psychologie gesunder und kranker Personen. Einführende Bemerkungen.) (*Istit. di Psicol. Sperm., Univ., Torino.*) Arch. ital. Psicol. gen. e Lav. 17, 17—27 (1939).

Kurze, vorläufige Mitteilung über die Ergebnisse einer Untersuchung gesunder und schizophrener Personen mittels des Rorschach-Testes. Ohne gerichtlich-medizinisches Interesse. *v. Neureiter (Hamburg).*

Raitzin, Alejandro: Das Gefühl der Unzufriedenheit bei den Veränderungen des Charakters und der Führung. Semana méd. 1940 I, 1285—1316 [Spanisch].

Dem Verf. erscheint es wichtig, die Bedeutung des Gefühles des Unbefriedigtseins für die Entstehung der verschiedensten Perversionen des Charakters und der Lebenshaltung zu betonen. Die Überbewertung konstitutioneller Faktoren in der Entstehung von Perversionen beraubt die Psychopathologie eines wichtigen Schlüssels zum Verständnis dieser Erscheinungen. Der Konstitution allein zuzuschreiben ist die mehr

oder minder entwickelte Fähigkeit, diesem Gefühle des Unbefriedigtseins entgegen zu treten, die Fähigkeit des Ertragens und Verwandeln. Die Unzufriedenheit an sich ist darum nicht die Quelle der Perversionen, sie ist dem Guten wie dem Schlechten zugewandt. Der wahre Fortschritt der Menschheit beruht in ihr und ihrem Drängen, die satte Zufriedenheit ist nicht das Ende der Verbrechen und Perversionen, sondern der Anfang von neuen. Der tiefste Sinn liegt im menschlichen Leiden und unbefriedigtem Streben, und in jeder Form sind sie die Ursache von Gutem und Bösem. Es läßt sich die Unbefriedigtheit vergleichen einem Katalysator oder einem Ferment, nicht ihr Vorhandensein ist gut oder schlecht, sondern die Wirkung allein kann gewertet werden. Es geht also nicht darum, sie zu beseitigen, sondern sie zu lenken und zu beeinflussen. Dabei spielt die äußerliche Wertung, sozial oder unsozial, moralisch oder unmoralisch, keine ausschlaggebende Rolle, schwerer als die entladene Unzufriedenheit des Sündigen wiegt die gestaute des Gehaltenden, der in Perversionen ausweicht und hier neue Anlässe des Unbefriedigtseins findet. Geller (Düren).

Estape, José Maria: Die Hypochondrie und die hypochondrischen Zustände in der gerichtlichen Medizin. (*Inst. de Estudios Sup., Montevideo.*) (2. Tag., Lima, Sitzg. v. 20.—25. III. 1939.) *Jornadas neuro-psiquiátr. panamer.* 1, 163—192 (1939) [Spanisch].

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich nicht mit der Beurteilung hypochondrischer Zustände in bezug auf ihre Verantwortlichkeit, wie der Titel vielleicht erwarten ließe, sondern ausschließlich mit den Möglichkeiten, mit dem Strafgesetz in Konflikt zu geraten, die in diesen Zuständen liegen. So hört man von Mord und Selbstmord, von Fahnenflucht und Selbstverstümmelung und anderen Dingen mehr. Es wird eine rein symptomatologische Einteilung hypochondrischer Zustände gegeben und erörtert, in welcher Weise bei solchen Kranken strafbare oder asoziale Handlungen zu erwarten sind. Die große Anzahl von Gruppen und Untergruppen, die zudem noch in mehrdimensionalem Sinne geordnet sind, macht es dem in dieser Form der Psychiatrie Unbewanderten schwer, sich zurechtzufinden. Hinzu kommt noch, daß wahnbildende Erkrankungen, die Verfolgungs-, Beeinträchtigungs- und Beeinflussungsideen produzieren, in den Kreis der Betrachtungen aufgenommen sind, ja eigentlich die Hauptrolle für die gerichtliche Medizin zu spielen scheinen. In den angeführten Beispielen tritt klar die Absicht hervor, die Beziehungen zwischen hypochondrischen Wahnbildungen und gewissen Verbrechen aufzuzeigen und dem Juristen und forensischen Mediziner bekannt zu machen. Etwas zu sehr hervorgehoben erscheint die Gefährdung der Ärzte und Amtspersonen durch solche Kranke. Geller (Düren).

Uribe Cualla, Guillermo: Die Hypochondrie in der gerichtlichen Medizin. (2. Tag., Lima, Sitzg. v. 20.—25. III. 1939.) *Jornadas neuro-psiquiátr. panamer.* 1, 303—367 (1939) [Spanisch].

Es handelt sich in der vorliegenden Arbeit nicht um eine Krankheit „Hypochondrie“, sondern um Zustände hypochondrischer Färbung bei den verschiedensten Geistesstörungen. Ausführlich wird die Entwicklung und Symptomatologie solcher Zustände berichtet, die angeführten Bezeichnungen erinnern in vielen Punkten allerdings an die Psychiatrie vor 150 Jahren. Unter die hypochondrischen Störungen werden auch Verfolgungsideen, Beeinträchtigungsideen, phantastische Wahnbildungen der verschiedensten Herkunft gerechnet. Verf. betont die Gefährlichkeit solcher Zustände für die Umgebung und die eigene Person des Kranken, gibt auch einige sehr schöne Beispiele, erweckt aber andererseits beim Juristen vielleicht die Ansicht, als ob es etwas Alltägliches wäre, daß Geisteskranke im Verfolgungswahn Kapitalverbrechen begehen. Die Erklärung der hypochondrischen Syndrome durch Organveränderungen, besonders durch Sympathicusstörungen, mag als Hypothese angenommen werden, als wirkliche und nachweisliche Grundlage jeder Hypochondrie erscheint sie etwas verfrüht und überbewertet. Geller (Düren).

Franke, L. J., und Berthold Stokvis: Gibt es objektive, spezifische Kennzeichen für den hypnotischen Zustand? (*Exp.-Psychol. Laborat., Psychiatr. Clin., Univ., Leiden.*)

Nederl. Tijdschr. Psychol. 8, 1—24 u. dtsh. Zusammenfassung 25 (1940) [Holländisch].

Verff. gehen den Angaben über sichere körperliche Symptome als Beweise eines hypnotischen Zustandes nach und finden, daß alle diese Angaben auf Täuschungen beruhen. Sogar mit den feineren Untersuchungsmethoden des Elektrokardiogramms und des Elektrencephalogramms ließen sich keine regelmäßigen Veränderungen nachweisen. Die beschriebenen Störungen sind unabhängig vom hypnotischen Zustande, sie beruhen auf den affektiven Veränderungen, die in wechselnder Form der Ausdruck der Einstellung des Untersuchten zur Hypnose sind. Es ist also die Hypnose eine „wissenschaftliche Fiktion, die aber statthaft ist“.

Geller (Düren).

Davison, Charles, and Harold Kelman: Pathologic laughing and crying. (Krankhaftes Lachen und Weinen.) (*Neuropath. Laborat. a. Neurol. Div., Montefiore Hosp., New York.*) Arch. of Neur. 42, 595—643 (1939).

Eine Anzahl von Krankengeschichten, zum Teil mit Sektionsbefunden und histologischen Untersuchungen von Patienten, die krankhaftes Lachen und Weinen zeigten, — daß solche Störungen bei den verschiedensten Krankheiten vorkommen, ist bekannt — wurden den hier vorliegenden Untersuchungen zugrunde gelegt. Das wichtigste Zentrum für die affektive Störung des krankhaften Lachens und Weinens ist nach den Untersuchungsergebnissen im Hypothalamus und den übrigen diencephalen Kernen wie Striatum und Pallidum gelegen. Es konnte allerdings auch gezeigt werden, daß bei Veränderungen in der Hirnrinde, besonders im Stirnhirn der prämotorischen, der motorischen, der parietalen und der temporalen Region und des Hippocampus affektive Veränderungen vorkamen, doch bestand dann fast ausnahmslos auch eine Störung im Hypothalamus. Das gleiche ist anzunehmen, wenn affektive Störungen bei Herden im Mesencephalon und im Metencephalon vorkommen. Zu erwägen ist auch, daß es hier dem Hypothalamus untergeordnete Zentren gibt. Das zwanghafte Lachen und Weinen bei Psychosen und Neurosen ist in die vorliegende Studie nicht mit einbegriffen.

Rüsken (Berlin).

● **Schneider, Kurt: Die psychopathischen Persönlichkeiten.** 4., veränd. Aufl. Wien: Franz Deuticke 1940. X, 124 S. RM. 5.—

Die vorliegende 4. Auflage des Buches von K. Schneider, das in weitesten Kreisen Eingang gefunden hat und dem Psychiater einfach unentbehrlich ist, läßt erkennen, wie sehr die Dinge in der psychopathologischen Forschung noch im Fluß sind. Die 4. Auflage unterscheidet sich nicht unerheblich von der 3. Der allgemeine Teil ist beschnitten worden, namentlich das Kapitel über psychopathische Persönlichkeiten und Psychose. Die Ausführungen über den Zwang in dem Abschnitt über die selbstunsicheren Psychopathen sind völlig neu bearbeitet. Ebenso ist das Kapitel über die stimmungslabilen Psychopathen neu dargestellt. Die begrifflichen Grundlagen und die Typeneinteilung, die heute wohl von den meisten Forschern ihren Arbeiten zugrunde gelegt werden, sind seit der 1. Auflage unverändert geblieben. Wie die früheren, so ist auch die vorliegende Auflage im wesentlichen eine klinisch beschreibende Darstellung der psychopathischen Persönlichkeit, eine Pathocharakterologie. Sie zeichnet sich aus durch Flüssigkeit der Darstellung sowie Klarheit und Plastizität der Beschreibung. Im Schrifttumsverzeichnis sind nur die wesentlichsten Arbeiten aufgeführt, an Hand deren ein weiteres Quellenstudium möglich ist. Im übrigen wurde das Schrifttum bis in die neueste Zeit verfolgt und ergänzt. — Zweifellos gehört das Buch in die Bücherei jedes Psychiaters und jedes Heilpädagogen und wird darüber hinaus auch in den Kreisen von Erziehern und Rechtswahrern beste Aufnahme finden.

Schütt (Berlin).

Weitbrecht, Hans Jörg: Die allgemeine Psychopathologie im Jahre 1938. Fortschr. Neur. 12, 165—192 (1940).

Der Verf. bringt ein ausgezeichnetes Referat über die allgemeine Psychopathologie im Jahre 1938. Er orientiert seinen Bericht nach Vorfragen, nach Arten des

Erlebens, nach Grundeigenschaften des Erlebens und nach dem Hintergrund des Erlebens. Unter den Vorfragen weist er besonders hin auf das überaus klare, von Giese völlig umgearbeitete, von Gruhle und Dorsch herausgegebene „Lehrbuch der Psychologie“ von Elsenhans. Herausgehoben wird mit vollem Recht der in das Jahr 1938 fallende 25. Geburtstag der grundlegenden „Allgemeinen Psychopathologie“ von Karl Jaspers, welche die phänomenologischen Untersuchungen in die allgemeine Psychopathologie einführte und nach Kurt Schneider namentlich hinsichtlich der Lehre von den Trugwahrnehmungen, der Konzeption der „leibhaftigen Bewußtheit“ und der Wahnlehre als unverlierbarer, viel zu wenig benutzter Besitz bezeichnet wird. Bemerkenswert ist besonders die von Jaspers gelehrt schlichte Selbstverständlichkeit, „daß die Psychopathologie die Sprache der Normalpsychologie zu reden hat“. Unter der Überschrift „Arten des Erlebens“ werden Empfinden und Wahrnehmen, Vorstellen und Denken, Fühlen und Werten, sowie das Streben und Wollen unter Auswertung der führenden Arbeiten aus der einschlägigen Literatur behandelt. Die Grundeigenschaften des Erlebens erfahren nach Ichbewußtsein, Zeitbewußtsein, Gedächtnis und Reaktionsfähigkeit eine tiefeschürfende Darstellung: Der Hintergrund wird nach Aufmerksamkeit, Bewußtsein, Intelligenz und Persönlichkeit aufgespalten. Den Gerichtsmediziner wird es interessieren, daß Kurt Schneider in einem Aufsatz über die kriminalbiologische Bedeutung der Psychopathen die Gelegenheit wahrnimmt, für die Herausarbeitung des Psychopathenbegriffes die von der Durchschnittsnorm abweichende Persönlichkeit als entscheidend zu bezeichnen, die infolge ihrer Abnormität leidend oder störend in den Kreis der psychopathischen Persönlichkeiten trete. Man müsse bei wissenschaftlichen Untersuchungen stets bei dem wertfreien Oberbegriff der abnormen Persönlichkeit bleiben und sich davor hüten, in einen soziologischen oder gar politischen Psychopathenbegriff abzugleiten, indem man einfach den Asozialen, den Störenden, den Verbrecher, jeden, unter dem die Gesellschaft leide, einen Psychopathen heiße. „Nur soweit Störende auch ihrem Sein nach abnorme Persönlichkeiten sind, sind sie Psychopathen.“ — Die Schönheit der Darstellung W.s verdiente es, noch weiter auf seine lehrreichen Ausführungen einzugehen, aber der zur Verfügung stehende Raum läßt es leider nicht zu. *H. Többen.*

Myerson, Abraham: Errors and problems in psychiatry. (Irrtümer und Probleme in der Psychiatrie.) (*Div. of Psychiatr. Research, Boston State Hosp., Boston.*) *Ment. Hyg.* 24, 17—35 (1940).

Verf. führt in der Arbeit eine Reihe von Irrtümern und Problemen an, deren Abstellung bzw. Berücksichtigung nach seiner Meinung die Psychiatrie einen wesentlichen Schritt weiterbringen könnten. Unter anderem wendet er sich gegen die Auffassung, als habe die Psychiatrie ein einheitliches Gebiet zu bearbeiten. Sie müßte vielmehr ihre Probleme aufteilen und die entsprechenden Spezialisten (Dermatologen, Internisten, Infektiologen, Pharmakologen, Vitaminforscher usw.) in weiterem Umfange hinzuziehen. Die Heilanstalten müßten auf funktioneller Grundlage organisiert sein. Es sollten die Kranken nicht auf der Basis ihrer Führung getrennt werden — was die wesentlichen Probleme der Psychiatrie verschleiert und nur der Bequemlichkeit der Ärzte und Pfleger zugute kommt —, sondern nach der Art und Form ihrer Krankheit, was bessere Vergleichsmöglichkeiten bietet. Auch die Lebensführung der Kranken müßte wesentlich umgestaltet werden. Beispielsweise werde der Schizophrene noch vielfach in einem physiologischen und trieblichen Vakuum gehalten, wo alle Einflüsse fehlen, die eine normale geistige und körperliche Gesundheit aufrecht erhalten. Durch den „Dichotomie-Irrtum“ werden Geist und Körper, Vererbung und Umgebung, gut und schlecht getrennt betrachtet, als wenn sie verschiedener Natur wären. Als Beispiel für „Irrtum durch Autorität“ (und das Mißlingen, die Bestandteile des Beweises zusammenzubringen) erwähnt der Verf. die Kretschmersche Typenlehre, deren Richtigkeit er in mehreren Punkten bestreitet, und besonders die Psychotherapie, die als Beispiel für die Tendenz Autorität ohne Beweis anzunehmen, angeführt wird. Der Verf.

warnet ferner vor dem verbreiteten Irrtum, das Ausbruchsalter der Krankheit für die Diagnose zu verwenden. Der „Prognose-Irrtum“ beruht auf der Bewertung der Schwere und Dauer der Krankheit für die Diagnose. So sollte beispielsweise die Diagnose Schizophrenie nicht von der Wiederherstellung und Krankheitsdauer abhängen, sondern sich nur auf die Gegenwart einer konkreten Symptomgruppe stützen. Abschließend gibt der Verf. ein Arbeitsprogramm für die psychische Hygiene. *Clauss* (Berlin).

Schultz, J. H.: Vorschlag eines Diagnosen-Schemas. *Zbl. Psychother.* 12, 97—161 (1940).

Das Diagnoseschema geht auf die gemeinsame Arbeit vieler Mitglieder des Deutschen Institutes für psychologische Forschung und Psychotherapie zurück. Einleitend erörtert Schultz die Frage, warum überhaupt eine Diagnosenstellung erforderlich ist und was es heißt, eine Diagnose zu stellen. Der Sinn der Diagnose ist einmal eine statistische Ordnung, zum anderen einen Krankheitsfall in eine pathogenetisch-strukturelle Ordnung zu stellen, also sowohl seine innere Entwicklung als auch seinen Aufbau gewissermaßen mit einem Kennwort zu bezeichnen. An Hand des mitgeteilten ausführlichen Schemas, das in der Originalarbeit nachgelesen werden muß, wird auf die einzelnen Krankheiten und Zustände eingegangen. Der erste Teil des Diagnoseschemas umfaßt Krankheitszustände, die im allgemeinen durch Psychotherapie nicht wirklich kausal anzugreifen sind, der zweite Teil solche Zustände, die durch Psychotherapie kausal angegangen werden können. Ausdrücklich wird betont, daß das vorgeschlagene Ordnungsschema notwendigerweise uneinheitlich ist und nur zu praktischen Zwecken empfohlen werden kann, besonders zur Ermöglichung gemeinsamer Arbeit mit Pädagogen, Ärzten, Behörden, Gerichtsstellen usw. Neben einer Gruppendiagnose wird ein Hinweis auf die spezielle Neurosenform sowie auf die Persönlichkeit als erwünscht angesehen. *Dubitscher* (Berlin).

Schmitt-Halin, Ernst: Psychiatrische und neurologische Erfahrungen bei Angehörigen des Reichsarbeitsdienstes, der Wehrmacht und der Westfront-Arbeitslager. (*Univ.-Nervenklin. u. Prov.-Heil- u. Pflegeanst., Bonn.*) *Med. Welt* 1940, 240—243 u. 271—274.

Verf. berichtet über in den Jahren 1937—1939 in die Bonner öffentlichen Nervenanstalten zu klinischer oder poliklinischer Beobachtung eingewiesenen Heeresangehörigen, die er in hirntraumatische Folgezustände, Anfallsleiden, Schwachsinn, luische Krankheiten, Psychosen, Psychopathien und besondere Fälle einteilt. Die Psychopathien standen mit etwa einem Drittel der Zugänge an der Spitze. Gerade diese Fälle haben im Dienst zu besonderen Schwierigkeiten disziplinärer und ärztlich-diagnostischer Art geführt, was einerseits an der Kompliziertheit des Psychopathenproblems, andererseits an der vielfach vorhandenen unzureichenden Kenntnis der Psychopathen und deren Beurteilung durch Formation bzw. Formationsarzt liegt. Ein Viertel der Fälle betraf die neurologischen Fälle: Neuritiden, Myelitiden, Fälle von multipler Sklerose. Ein Fünftel der Fälle war wegen „Anfallsleiden“ eingeliefert. Hier war die Diagnose Epilepsie sehr häufig zu Unrecht gestellt worden; vorschnelle und Vermutungsdiagnosen ersetzen die erforderlichen guten Anfallsbeschreibungen. Einer Frühdiagnose der endogenen Psychosen und Krampfleiden stellen sich oft dadurch Schwierigkeiten entgegen, als wegen weiter Entfernung der Kranken vom Heimatort keine objektive Anamnese zu erhalten ist und auch die Erforschung der Sippe ungenau bleibt. Zudem handelt es sich meistens um erstmalig auftretende psychische Erkrankungen, die mitunter nur kurz beobachtet werden können und erst der weitere Verlauf die Diagnose genau festlegen kann. In bezug auf die Verhütung erbkranken Nachwuchses ist die allgemeine Wehrpflicht von großer Bedeutung, insofern z. B. leichte Fälle von Schwachsinn zur Beobachtung des Psychiaters gelangen, insofern Kranke früher zur psychiatrischen und erbhygienischen Beurteilung kommen, da sie den Anforderungen des Dienstes nicht gewachsen sind, wodurch ihre psychische Auffälligkeit oder Erkrankung erkannt werden kann. Besonders die bland verlaufenden

ersten Schübe der Schizophrenien würden im zivilen Leben als solche oft gänzlich übersehen worden sein. *G. Ilberg (Dresden).*◦

Wolff, Pablo J. O.: Einige aktuelle Fragen über Narkomanie. (*Ges. f. Gerichtl. Med. u. Toxikol., Buenos Aires, Sitzg. v. 18. X. 1939.*) Archivos Med. leg. **9**, 615—637 u. franz. Zusammenfassung 637—638 (1939) [Spanisch].

Die Wirkung der einzelnen Narkotica ist bisher noch nicht in allen Punkten so weit geklärt, daß über ihre Schädlichkeit und die Suchtgefahr etwas völlig Abschließendes gesagt werden kann. Die Erforschung der Ausscheidung, die Aufspaltung und Veränderung im Körper verspricht noch weitere Aufklärung. Z. B. erscheint die perorale Verabreichung des Codeins lange nicht so bedenklich wie die Injektion, vor allem die intravenöse, jedenfalls sieht Verf. hierin keine ernstliche soziale Gefahr. Andererseits wird wiederum das Opiumrauchen in seiner Gefährlichkeit meistens unterschätzt. Bei der Behandlung der Toxikomanen steht die psychische Behandlung im Vordergrund, während alle anderen Methoden zweifelhaften Wertes sind und in der Hauptsache der Unterstützung der psychischen Beeinflussung dienen sollten. *Stoffels.*◦

Brakhage, G.: Spasmophilie bei Säuglingen. (*Univ.-Kinderklin., Greifswald.*) Med. Klin. **1940 I**, 156—158.

Verf. bespricht die Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie der Spasmophilie, deren Genese noch nicht restlos geklärt ist. Zweifellos besteht ein gewisser Zusammenhang mit der Rachitis. Im Stadium der Latenz ist die mechanische Übererregbarkeit des peripheren Nervensystems das deutlichste Zeichen. Bei der manifesten Tetanie kommt es zu lokalen und generalisierten Krämpfen, Laryngospasmus, sowie zu tonischen Krämpfen des Gesichts, der Hände und Füße. Differentialdiagnostisch ist an geburtstraumatische Schäden, pränatale Gehirnentzündung, Hirnmißbildungen und andersartige symptomatische Krampfanfälle zu denken. *H.-H. Meyer (Berlin).*◦

Lange-Cosack, H.: Psychiatrie und Neurologie des Kindesalters (1936—1938). Fortschr. Neur. **12**, 101—120 u. 121—139 (1940).

Verf. sucht die wichtigsten Fragestellungen und Forschungsergebnisse der Literatur der letzten 3 Jahre kritisch darzustellen und bietet mit seinen Ausführungen jedem Interessenten Schätzenswertes, wenn auch manche Gesichtspunkte (z. B. hinsichtlich der Ursachen bzw. Auffassung der kindlichen Enurese) nicht zur Sprache gebracht sind. *H. Pfister (Coppensbrügge-Lindenbrunn b. Hameln).*◦

Regensburg de Mooy, A. C.: Andere Richtlinien in der Diagnostik der klinischen Kinderpsychiatrie. (*Med.-Psychol. Kinderklin., Psychiatr. Clin., Univ. Leiden.*) Nederl. Tijdschr. Psychol. **7**, 438—448 (1940) [Holländisch].

Die heutige Kinderpsychiatrie leidet vor allem an dem Bestreben, Typen aufzustellen, die den psychopathischen Charakteren der Erwachsenenpsychiatrie angeglichen werden sollen. Will man den kindlichen Abnormitäten gerecht werden, so muß an die Stelle einer unsicheren und fraglichen Synthese die genaue und unbefangene Analyse treten. Die Betrachtung und Wertung der einzelnen Symptome soll nicht einseitig orientiert sein, es genügt nicht mehr, Leitsymptome herauszustellen, die kindlichen Reaktionen werden verständlich erst dann, wenn die Vielzahl der verursachenden Faktoren erkannt und bewertet wird. Nicht die konstitutionellen Faktoren allein sind es, die den abnormen Reaktionen zugrunde liegen. Will man die Bedeutung einer bestimmten kindlichen Reaktion, z. B. der Wutanfälle, richtig verstehen, so sollen 4 Seiten, wenn auch nicht gleichwertige, und nicht nur eine des Problems betrachtet werden. Neben der Konstitution steht die Frage nach dem Betragen des Kindes und seinen Abnormitäten, nicht nur in der Untersuchung, sondern vor allem im gewohnten Milieu, dem Elternhaus, der Schule usw. Die Rücksichtnahme auf die Lebensphase, die nicht mit der Lebenszeit ohne weiteres gleichgesetzt werden darf, verlangt eine verschiedene Auslegung des gleichen Symptoms. Die Vernachlässigung der exogenen Faktoren verschließt manche Erkenntnis, es ist oft von ausschlaggebender Bedeutung, die Konstitution der Eltern, ihre Einstellung zum Kinde usw. zu kennen. Solange

es eben keine Basis gibt, von der aus alle Reaktionen erklärbar sind, weist nur die sinnvolle Zusammenfügung aller wirksamen Faktoren auf den richtigen Weg zum Verständnis der kindlichen Abnormitäten. Sie ohne weiteres als Psychopathisches zu erklären, ist eine unberechtigte Annäherung an die Psychopathologie der Erwachsenen.

Geller (Düren).^{oo}

Carp, E. A. D. E.: Depressionszustände bei Kindern in der Präpubertät. Individualisierungs-Depression. (*Psychiatr.-Afd., Med.-Psychol. Kinderklin., Univ. Leiden.*) *Nederl. Tijdschr. Psychol.* 7, 403—409 (1940) [Holländisch].

Verf. beschreibt eine Form von kindlichen Depressionen, die sich in der Vorpubertät bei etwas zarten und empfindlichen Kindern äußert. Die Kranken lassen in ihren Schulleistungen nach, werden verschlossen, ungesellig, heulen und klagen in monotoner Art, äußern Gedanken der Lebensunlust. Die Ursache dieser Depressionen ist in dem Erlebnis der Trennung von der Mutter zu suchen. Diese Kinder zeigen meist eine über das Normale hinausgehende Liebe und Anhänglichkeit an die Mutter, sie suchen ihr alles von den Augen abzulesen, sie ist ihnen die schönste und beste aller Frauen. Die beginnenden Umwandlungen der Pubertät, die Verf. allein im psychoanalytischen Sinne wirkungsvoll sein läßt, zerstören diese Einheit von Mutter und Sohn und erzeugen im letzteren das Gefühl der Verlassenheit, des Verrates der Mutter. Der Übergang vom kollektiven Daseinsempfinden des Kleinkindes zur Individualität des Pubertierenden gelingt diesen zu eng verhafteten Knaben nicht oder nur unter diesen schmerzlichen Konflikten. Die „Individualisierungsdepression“ findet sich daher auch nur bei Knaben, denn die ganz andersartigen erotischen Beziehungen zwischen Mutter und Tochter lassen dies Erlebnis des Verratenseins und Verstoßenseins nicht entstehen. Die Prognose dieser Depressionen ist im allgemeinen gut, doch neigen solche Kinder später überhaupt öfter zu hysterischen Reaktionen. Zum Teil gründet sich dies in der Art der Eltern, die gleichfalls eine oder die andere hysterische Komponente zeigen.

Geller (Düren).^{oo}

Ein Beitrag zur Psychologie der Jugendlichen. *Kriminalistik* 14, 80—81 (1940).

Ein 14 $\frac{1}{2}$ -jähriger Jugendlicher, der einen Flobertstutzen besitzt, gerät in Zusammenhang mit der Erschießung eines Landwirts G. bei der polizeilichen Nachforschung nach der Tatwaffe infolge seiner Erzählungen über den Hergang der Tat in den Verdacht, der Täter zu sein. Bestärkt wird dieser Verdacht noch durch den Umstand, daß er bei seiner Vernehmung unverkennbar stark erregt und beunruhigt ist, und daß die Nachprüfung seiner Angaben auch noch die Unrichtigkeit seines Alibis ergibt. Nach seiner Festnahme legt er ein Geständnis ab mit der Einschränkung, er habe den G. nur erschrecken wollen. Dann wieder behauptet er, der Schuß sei losgegangen, als er einen Hang hinunterrutschte, die Waffe sei losgegangen, als er beim Herabsteigen vom Hang daran herumhantiert habe usw. Später erklärte er unschuldig zu sein. Einem zweiten Beamten gegenüber gab er dann jedoch an, er habe auf den G. geschossen, weil dieser ihn beleidigt habe. Diese Aussage hielt er auch vor dem Untersuchungsrichter aufrecht. Späterhin widerrief er auch diesem gegenüber sein Geständnis und beteuerte, unschuldig zu sein. Über sein Alibi machte er jedoch auch weiterhin falsche Angaben. — Als wirkliche Täterin erwies sich schließlich eine Frau, die sich mit dem G. erzürnt hatte. — Der Jugendliche gab später an, er habe von Anfang an das Gefühl gehabt, daß man ihn wegen seines Waffenbesitzes verdächtigen könne. Um dieser Verdächtigung zu entgehen, habe er über sein Alibi falsche Angaben gemacht und im Laufe der Untersuchung weitergelogen. Auch habe er gehofft schnell wieder entlassen zu werden, wenn er ein Geständnis ablege.

Rodenberg.

Helweg, H.: Geistesschwäche. *Ugeskr. Laeg.* 1939, 1439—1443 [Dänisch].

Geistesschwäche ist ein psychischer Defektzustand, der mit Rücksicht auf die gesamte Lebenstüchtigkeit des Individuums zu bewerten ist. Nicht selten wird die Insuffizienz erst mit der Pubertät manifest. Die Variationen des charakterologischen Gebäudes nicht nur jenseits der Norm (Psychopathie), sondern auch in den Grenzen

des Normalen können für die Gesamtpsyche der Schwachsinnigen von großer Bedeutung sein.

Einar Sjövall (Lund).

Palmieri, Carlo Barbieri: *Considerazioni medico-legali su di una postencephalica incendiaria.* (Gerichtsmedizinische Betrachtungen über einen Fall von Brandstiftung bei Postencephalitis.) (*Istit. di Med. Leg. e Infortunist., Univ., Modena.*) Arch. di Antrop. crimin. **60**, 123—129 (1940).

Mitteilung eines einschlägigen Falles. *Arno Warstadt (Berlin-Wuhlgarten).*

László, Benedek, und Adolf Juba: *Korsakowsches Syndrom.* Magy. orv. Arch. **41**, 1—28 u. dtsh. Zusammenfassung 80 (1940) [Ungarisch].

Nebst Mitteilung von klinischen Krankengeschichten und Mikrophotogrammen besprechen Verff. die Struktur- und Funktionsprobleme des Hypothalamus mit besonderer Rücksicht auf die Lokalisation des Korsakow-Syndroms und der Schlafstörungen. Die Bindung des Korsakow-Syndroms an die Erkrankung der Corp. mammillaria, bewiesen durch die histologischen Befunde der Verff., zeigt die große Wichtigkeit des Hypothalamus in dem psychischen Leben. Psychopathologisch grundlegend sei das Fehlen der Zeitstempelung der Erlebnisse, das Ausbleiben der Einreihung der Erlebnisse in das bisher erworbene Erlebnisinventar, doch spiele die Störung der Merkfähigkeit ebenfalls eine bedeutende Rolle. Es wird die Entwicklung der ganzen Problematik des Korsakow-Syndroms in klinisch-psychiatrisch sowie anatomischer Hinsicht diskutiert und zu den einzelnen Ansichten Stellung genommen. Als anatomisches Substrat der Schlaf-Wachstörungen sei das Grau der Wandungen des 3. Gehirnentrikels zu betrachten, doch schließt diese Zone außer Anfang des Aquäduktus auch die Gegend der Massa intermedia in sich und in einem der Fälle sah man bei allein-stehender Erkrankung der Corp. mammillaria außer Korsakow auch Schlaf-Wachstörung. Anschließend wird noch die Frage der zentralen Regulierung der Schweißbildung, des Wasserhaushaltes und des Kohlehydratstoffwechsels behandelt. *Kluge (Budapest).*

Knapp, Albert: *Die epileptischen Dämmerzustände.* Arch. f. Psychiatr. **111**, 322 bis 340 (1940).

Der Verf. gibt eine Symptomatologie der Dämmerzustände mit Feststellungen, die zum Teil wenig bekannt sind. Als Beispiel sei erwähnt, daß die Erinnerungsstörung an die Vorgänge im Dämmerzustand der Tiefe der Bewußtseinsstörung nicht proportional zu sein braucht. Die Dämmerzustände können unter 3 verschiedenen Bedingungen auftreten: 1. präkonvulsivisch, als initiale Dämmerzustände, 2. postkonvulsivisch, als residuale Dämmerzustände, 3. intervallär, als Äquivalent-Dämmerzustände. Eine weitere symptomatische Unterscheidung ist nicht möglich. Es werden die Abweichungen im Dämmerzustand vom Normalbewußtsein im einzelnen durchgesprochen, und ersterer als eine Art traumhaft veränderter Bewußtseinszustand aufgefaßt. Das Traumleben wird zur Erklärung von Vorgängen im Dämmerzustand öfters herbeigezogen. Die Erkennung des Dämmerzustandes kann große Schwierigkeiten bereiten, wenn auch dem Erfahrenen Einzelsymptome die Diagnose ermöglichen; denn es gibt kaum einen Dämmerzustand, bei dem nicht einer oder einige fremdartige, im Widerspruch mit dem Charakter und den fixierten Gewohnheiten stehende Züge zu finden wären. Eingehend wird die Bedeutung der Dämmerzustände im Strafrecht an Hand eindringlicher Beispiele gezeigt.

F. Braun (Zürich).

Dalsgaard-Nielsen, T.: *Neuer elektroencephalographischer Rhythmus bei Epilepsie.* (*Neurol. Afd. og Neurofysiol. Laborat., Rigshosp., København.*) Nord. Med. (Stockh.) **1940**, 1119—1124 u. engl. Zusammenfassung 1124 [Dänisch].

Der vom Verf. nachgewiesene neue Rhythmus kennzeichnet sich durch Regelmäßigkeit, niedrige Frequenz (1 Hertz), geringes Potential, typische Form (gleichmäßiger, langsamer Anstieg und steiler Abfall) und Ableitung von einem einzigen Focus.

Einar Sjövall (Lund).

Rothe Meyer, Arne: Die diagnostische Bedeutung des Cardiazolkrampfes im Kindesalter. Ugeskr. Laeg. 1939, 520—524 [Dänisch].

Bei 4 Kranken mit genuiner Epilepsie führte Cardiazol in Dosen 0,8—1 ccm zu Krampfanfällen, bei einem weiteren entstand bei langsamer Injektion von 2 ccm kein Anfall, aber nach schneller Injektion von 1 ccm. Bei weiteren 5 Kranken mit symptomatischen epileptiformen Manifestationen trat in 3 Fällen nach 1 ccm, in 1 Fall nach 2 ccm ein Anfall auf. Eine Differentialdiagnose zwischen genuiner und symptomatischer Epilepsie auf Grund des Ausfalles der Cardiazolreaktion ist also nicht möglich. Bei 4 etwa 2 Jahre alten Kindern mit Hirnaffektionen gab 1 ccm 2mal eine positive, 2mal eine negative Reaktion. Bei den übrigen 38 Kindern mit verschiedensten Krankheiten rief Cardiazol einmal bei einer Dosierung von 0,4 ccm, 1mal bei 1,8 und 3mal bei 2 ccm Absenzen hervor. — Eine positive Cardiazolreaktion ist demnach nicht beweisend für Krampfneigung, da sie auch bei in dieser Beziehung Gesunden auftritt.

K. Rintelen (Berlin).

Bartstra, H. K. G., und A. W. Wittermans: Über Gefahren der Cardiazol- und Azoman-Shock-Behandlung. (*Psychiatr. u. Neurol. Klin., Univ. Groningen.*) Dtsch. Z. Nervenheilk. 150, 240—248 (1940).

Es wird darauf hingewiesen, daß Verf. die Cardiazolshocktherapie nach von Meduna in ihrer Klinik namentlich in Fällen chronischer Melancholie mit vielem Erfolg angewendet haben. Auch das Azoman sei verwendet worden, und sein Vorteil sei, daß die Gefäße (Venen) viel weniger geschädigt würden, sowie daß viel geringere Dosen gegeben zu werden brauchten. So vollkommen ungefährlich sei aber die Shocktherapie doch nicht. Zwar seien 2mal Luxationen des Unterkiefers beobachtet worden bei einer Behandlungszahl von 300 Fällen; Knochenbrüche sowie Komplikationen seitens des Kreislaufs oder der Respiration wurden jedoch nicht gesehen. Dagegen sei die Häufigkeit des Auftretens von Rückenschmerzen aufgefallen, was den Verdacht auf eine Schädigung der Bänder der Wirbelsäule nahegelegt habe. Durch Röntgenaufnahmen sei jedoch einwandfrei festgestellt worden, daß viel ernster zu nehmende Störungen als Ursachen der Beschwerden angenommen werden müßten. Verf. erbringen den genauen Nachweis, daß zuvor ganz normale Wirbel als Folge der Krampfanfälle nach einem oder mehreren Shocks deutlich Anzeichen von Kompressionsfrakturen aufweisen können. Belegt werden diese Mitteilungen durch die Wiedergabe der Röntgenbilder dreier Patienten, deren Wirbelsäule röntgenologisch vor dem Shock vollkommen normal, nach dem Shock im Sinne einer Kompressionsfraktur geschädigt waren. Seither werden vor jeder Kur Röntgenaufnahmen hergestellt. Bei einem Material von 20 Fällen „haben 7 oder genau 35% während, und wir können jetzt wohl sagen infolge der Shockkur Kompressionsfrakturen von einem oder mehreren Wirbelkörpern bekommen — ein nicht unerheblicher Prozentsatz“. Wichtig erscheint noch der Hinweis, daß, wenn eine Fraktur überhaupt auftritt, dies nahezu immer während der ersten Shocks geschieht. Als Lokalisationsstelle sind nahezu ausschließlich der 4. bis 8. Brustwirbel bevorzugt. Auffällig ist weiterhin, daß die frischen Frakturen so wenig Störungen seitens des Rückenmarks, der Wurzeln usw. verursachen. Die Beobachtungen verdienen aufmerksame Beachtung und fordern zu einem strengen Abwägen der einzuschlagenden therapeutischen Maßnahmen auf.

Rodenberg (Berlin-Dahlem).

Schottky, Johannes: Über eine schwere chronische Psychose nach Endokarditis. Zugleich ein Beitrag zur Abgrenzung der Schizophrenie. (*Thüring. Landesheil- u. Pflegeanst., Hildburghausen.*) Nervenarzt 13, 247—258 (1940).

Eine Kranke, die in der Jugend an einem Herzfehler gelitten hatte, wurde gegen Ende des 2. Lebensjahrzehntes seelisch immer auffälliger, während die Herzbeschwerden zurückgingen und schließlich Veränderungen des Herzens klinisch nicht mehr nachweisbar waren. Von ihrem 23. Lebensjahr an befand sich die Kranke ununterbrochen 2 Jahrzehnte lang unter der Diagnose Schizophrenie in Klinik- und Anstaltsbehandlung. Als sie 2 Jahre vor ihrem Tode in die Beobachtung des Verf. kam, bot sie das Bild eines schweren geistigen Siechtums, das sich jedoch in manchen Zügen von den verschiedenen schizophrenen Endzuständen unter-

schied. Die Sektion deckte die Reste einer alten Endokarditis und zahlreiche alte, offenbar gefäßbedingte Veränderungen an den Stirnlappen und Hinterhauptslappen auf. Die Entstehung dieser Gefäßveränderungen liegt dem histologischen Befund nach weit zurück und hängt sehr wahrscheinlich mit der alten Endokarditis zusammen. Der Verlauf der Geisteskrankheit und die offensichtliche innere Beziehung zwischen ihrem Symptomen und den pathologischen Hirnveränderungen weisen eindeutig darauf hin, daß es sich nicht um eine Schizophrenie, sondern um eine symptomatische Psychose gehandelt hat, hervorgerufen durch eine cephalitische Herde, die von der Endokarditis ausgestreut sind. Eine Mutterschwester und deren Tochter waren schwachsinnig. Der Vater der Kranken soll an „Rheumatismus und Herzfehler“ jung gestorben sein. Weiter ließ sich zum Anlagemoment, das bei den symptomatischen Psychosen als Anfälligkeits- und Gestaltungsfaktor eine gewisse Rolle zu spielen scheint, nichts ermitteln. Verf. hat früher bereits 2 Fälle von Geistesstörung bei Endokarditis veröffentlicht. Diese Beobachtungen mahnen zu einer sorgfältigen Erhebung und Verwertung der Vorgeschichte in der Richtung früherer innerer Erkrankungen, damit Fehldiagnosen vermieden werden. *Wiethold.*

Blair, Donald: Prognosis in schizophrenia. (Voraussage bei der Schizophrenie.) (*Cane Hill Hosp., London.*) *J. ment. Sci.* 86, 378—477 (1940) u. Cambridge: Diss. 1940.

Verf. untersucht die Ergebnisse der Schizophreniebehandlung unter der früheren Behandlungsweise, ehe an Insulin und Cardiazol gedacht wurde, und versucht sie den neueren Beobachtungen unter der Shockbehandlung anzuschließen. Die Diskrepanz der beiden Behandlungsarten regt ihn zu eigenen Vergleichen und Schlüssen an. Im ganzen ergibt sich dabei ein Bild, das die gleichen Züge aufweist, die wir in ähnlichen Schilderungen finden. Die kritiklosen und ungenauen Erfolgsstatistiken vieler Autoren erscheinen ihm gefährlich und irreführend, die nackten Zahlen, die nur anzeigen, wie sich die Heilungen, Besserungen usw. auf die Gesamtheit der Behandelten verteilen, sagen gar nichts über den Wert einer Behandlungsmethode aus. Nach seinen Untersuchungen gelten für die Shockbehandlung die gleichen Gesetze, wie sie im übrigen schon für die unbehandelten Fälle ermittelt wurden. Um also nicht wahllos behandeln zu müssen, sollte man sich immer diese Gesetze vor Augen halten. Kranke mit einer mehrfachen Belastung durch Erkrankungen in der näheren Verwandtschaft geben eine schlechte Aussicht für den Behandlungserfolg, ältere, spät erkrankte Fälle reagieren besser als die jüngeren. Körperbau-Temperamentsformen im Sinne des Pyknischen und Cyclothymen bedeuten ein günstiges, für die Behandlung erfolgversprechendes Omen. Die Verlaufsart, die Dauer der Psychose, das Auftreten von Prozeßerscheinungen, die Entwicklung der präpsychotischen Persönlichkeit, exogene Faktoren bei der Entstehung der manifesten Erkrankung, sie alle geben Hinweise auf den zu erwartenden Erfolg. Im allgemeinen wird hier nichts Neues zu geben sein, aber es ist doch bei der allverbreiteten Behandlungsfreudigkeit immer wieder daran zu erinnern, daß die Shockbehandlung und besonders die Cardiazolbehandlung nicht ganz ungefährlich ist. Es mehren sich die Angaben über Frakturen, vor allem des Femur und der Wirbelsäule, und Verf. kann aus eigenen Erfahrungen einiges beisteuern. Unter 120 Behandelten gab es 6 Columnafrakturen, eine Zusammenstellung verschiedener Mitteilungen zeigte bei 902 Behandelten 45 Columnafrakturen, eine andere Zusammenfassung bei 4563 Behandelten 30 Femurfrakturen, also 5 und 0,66%. Wird einmal die Behandlung begonnen, so soll nicht endlos lange behandelt werden, um die Remission doch noch zu erzwingen. Zeigt sich nach den ersten Injektionen keine Besserung der Kontaktfähigkeit, so sollte abgebrochen werden, jedenfalls aber nach einigen weiteren Injektionen die Behandlung als zwecklos und gefährlich angesehen werden. Zunächst wächst mit jeder Injektion die Frakturgefahr, und weiterhin ist bei solchen ablehnenden Kranken eine oft ausgesprochene Verschlimmerung nicht selten. Mehr als 10 Injektionen anzuwenden, ist fast immer überflüssig, oft gefährlich. Was bis dahin nicht erreicht wurde, läßt sich durch Verdoppelung oder Verdreifachung der Injektionen kaum noch erzielen. Verf. meint in seinem Schlußwort etwas resigniert, daß die Cardiazolbehandlung sich zwar ihren Platz in der Schizophreniebehandlung erobert habe, aber doch ihre ersten Versprechen nicht erfüllt habe. Eine wirklich sorgfältige und überlegte Auswahl der Fälle sei aber die wichtigste Vorbedingung, da sonst der Schaden größer als der Nutzen werde.

Geller (Düren).