

**Psychologie und Psychiatrie.**

● **Kretschmer, Ernst: Körperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten.** 13. u. 14., verb. u. verm. Aufl. Berlin: Julius Springer 1940. XI, 245 S. u. 49 Abb. geb. RM. 13.60.

Seit dem Erscheinen der letzten Auflage im Jahre 1936 ist der Verf. besonders dem Problem der „konstitutionellen Retardierung“, der Infantilismen und Juvenilismen sowie der weiteren Erforschung „endokriner Abortivformen“ nachgegangen — einem Studium, dem die inzwischen sehr verfeinerte Methodik der Körperbauuntersuchung, besonders die neue Abderhaldensche Mikromethode der Blutdrüsenuntersuchung zustatten kam. Einen breiten Raum nehmen in der neuen Auflage die Ergebnisse der experimentellen Tiefenpsychologie bei den einzelnen Konstitutionstypen ein. Es finden sich besonders Typenunterschiede in der Art des Assoziierens, des Farb-Formsinnes, der Spaltungsfähigkeit von Bewußtseinsinhalten und der Aufmerksamkeitstenazität. Über allem steht die bekannte monumentale Darstellungskraft des Verf. in der Porträtierung seiner Charaktertypen. Sie verleiht diesem Buch über seinen bleibenden wissenschaftlichen Wert hinaus die Schönheit eines Kunstwerks. Karl Kothe.

● **Enke, W., und E. Hildebrand: Erfassungs- und Aussageform bei den Konstitutionstypen.** (*Univ.-Nervenklin., Marburg a. d. L. u. Anhalt. Nervenklin., Bernburg.*) Z. menschl. Vererbgs- u. Konstit.lehre 24, 547—565 (1940).

Ausgehend von der Tatsache, daß ein gemeinsames Erlebnis von mehreren Personen verschieden beurteilt wird, wurden an 26 Leptosomen, 21 Pyknikern und 19 Athletikern experimental-psychologische Untersuchungen angestellt. Es galt festzustellen, in welcher Weise und in welchem Umfang die Inneneinrichtung eines Zimmers von den verschiedenen Konstitutionstypen erfaßt wird. Die Versuchspersonen wurden in ein vorgesehenes Arbeitszimmer geführt und bei dieser Gelegenheit konstitutionsbiologisch einer Körperbaumessung unterzogen. Nach Beendigung der Messungen hatten sie in einem anderen Raum eine Niederschrift zu fertigen. Die Ergebnisse wurden nach der Form der Wiedergabe, dem Inhalt und nach der geschmacklichen bzw. ästhetischen Beurteilung bewertet. Es ergab sich, daß die Leptosomen in 61% eine nüchterne, telegrammstilartige Aufzählung der Einrichtungsgegenstände, dagegen eine zusammenhängende beschreibende Form in nur 39% gaben. Die Pykniker unterschieden sich in 95% für die zweite, und in nur 5% für die erste Form der Wiedergabe. Die Athletiker bevorzugten in 74% die beschreibende Form und in 26% die nüchterne Aufzählung. In geschmacklicher Hinsicht gaben die Leptosomen nur in 30% ein positives und in 60% ein negatives, die Pykniker in 58% ein positives und in 17% ein negatives, die Athletiker in 72% ein positives und in 9% ein negatives Urteil ab. Weitere Untersuchungsergebnisse beziehen sich auf die Form-Farbbetrachtungen, Interessenrichtungen, Besonderheiten des Zimmers und über Feststellungen, die das Innere des Zimmers und den sich bietenden Fensterausblick ergab. Einige typische Protokolle von Versuchspersonen werden wiedergegeben. Eindeutig haben die Untersuchungen ergeben, daß die Erfassungs- und Betrachtungsweise der Umwelt und die urteilende Stellungnahme je nach den Konstitutionstypen eine verschiedene, und zwar für den jeweiligen Konstitutionstyp eine charakteristische sind. Die Leptosomen weisen auf eine vorwiegend ablehnend-autistische und nüchtern-unpersönliche Haltung hin, die Pykniker sind in ihrem Urteil gefühlsbetont, die Athletiker affektiv indifferent, gleichgültig und sachlich. Göllner (Berlin).

● **Binswanger, Herbert: Zur forensischen Psychiatrie der nicht geisteskranken Personen. Für Mediziner und Juristen unter besonderer Berücksichtigung des Neuen Schweizerischen Strafgesetzbuches.** Bern: Paul Haupt 1941. 171 S. RM. 3.60.

Während für einzelne klassische Krankheitsbilder gesicherte erbbiologische Befunde vorliegen, steckt die Lehre der biologischen Verhältnisse bei nicht geisteskranken Menschen noch in ihren Anfängen. Verf. hat sich in der vorliegenden Arbeit die Aufgabe gestellt, gerade diese nicht geisteskranken Persönlichkeitstypen in forensisch-

psychiatrischer Beziehung zu beleuchten, prinzipielle Erkenntnisse zu gewinnen und daraus praktische Konsequenzen für die Rechtspflege zu ziehen. Er prüft die genotypischen Voraussetzungen der Kriminalität und die kriminogenen Voraussetzungen erworbener Art bei den einzelnen rechtsbrecherischen Verhaltensweisen, wobei tiefenpsychologische Forschungen einen breiten Raum einnehmen. Am Schluß werden strafrechtliche und zivilrechtliche Fragen in Anlehnung an das Schweizer Recht behandelt.

*Karl Kothe* (Berlin-Buch).

**Mareh, Hans: Erziehungshilfe bei Pubertätskrisen.** Zbl. Psychother. Sonderh. 2, 44—46 (1940).

Der junge Mensch bedarf in den Entwicklungskrisen einer Hilfe, bei der er sich geborgen weiß, zu der er sich flüchten kann, ohne demoralisiert, bekrittelt und belächelt zu werden ob seiner noch so unreifen und tastenden Gehversuche in die Welt des Erwachsenen. Hat er einen solchen Zufluchtsort nicht, droht ihm die Weltangst wiederum mit der Gefahr des Abgleitens in den Selbstmord, die Psychose, die Neurose oder die Verwahrlosung. Hier muß dann die Erziehungshilfe eintreten, aber nicht mehr als „Erziehungsinstantz“, sondern als freundschaftliche Beratung und Hilfe, um die bis dahin nur phantasierten Lebensgegebenheiten und -probleme klar, d. h. wirklichkeitsgemäß sehen zu lernen, überschäumenden Kräften lebensfördernde Möglichkeiten zu weisen, erste Enttäuschungs- und Entmutigungserlebnisse aufzufangen und lebensaufbauend zu klären, in allem aber den jungen Menschen dahin zu führen, daß er, an den Ordnungen der Gemeinschaft seines Volkes und des weiten Lebens orientiert, die seinem Wesen entsprechende Lebensform und -füllung findet.

*v. Neureiter* (Hamburg).

**Friesen, Bertil von: Einige Gesichtspunkte betreffend die Versorgung sogenannter psychopathischer Kinder.** Sv. Läkartidn. 1941, 37—43 [Schwedisch].

Der Verf. beleuchtet durch Beispiele aus seiner Erfahrung als Arzt einer Beratungsstelle für Fragen der Erziehung die Bedeutung sachkundiger Observation und Behandlung von Psychopathie im Kindesalter. Er empfiehlt zweckmäßige Aufteilung der Schulklassen, die Fernhaltung offensichtlicher Psychopathen vom Lehrerberuf, die Einrichtung von Beratungsstellen unter Leitung geschulter Ärzte und ärztliche Vertretung in der obersten Schulbehörde.

*Einar Sjövall* (Lund).

**Nau, Elisabeth: Psychologische und psychopathologische Betrachtungen über die Beweiskraft von Geständnissen.** (Univ.-Inst. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Berlin.) Ärztl. Sachverst.ztg 46, 145—159, 161—167 u. 169—172 (1940).

Das Geständnis, früher die „Königin“ unter den juristischen Schuldbeweisen, erfährt oftmals im Prozeßverlauf eine verhängnisvolle Wertüberschätzung. An Hand eines lehrreichen Beispiels weist Verf. nach, daß jedes Geständnis, insbesondere jede Selbstbeichtigung kritisch unter strenger Berücksichtigung aller psychologischen Voraussetzungen zu betrachten ist. Falsche Geständnisse sind bei psychologisch auffälligen Personen, insbesondere bei Geisteskranken (Depressionen, Altersinvolutionen u. a. m.) ein häufiges Ereignis. Die rechtzeitige Hinzuziehung erfahrener Sachverständiger kann oftmals vor Fehldeutungen schützen und dadurch langwierige Umwege der Prozeßführung vermeiden.

*H. Schröder* (München).

**Beaussart, P.: Une manifestation contemporaine de mysticisme collectif. Les apparitions d'Euzkadi (30 juin 1931—juin 1934).** (Eine zeitgenössische Erscheinung von kollektivem Mystizismus. Die Erscheinungen von Euzkadi. [30. VI. 1931 bis Juni 1934.]) Hyg. ment. 36, 41—56, 57—72 u. 73—84 (1939).

Ausführliche Schilderung der Visionen, Heilungen und Stigmatisierungen, die in den Jahren 1931—1934 in einem kleinen Dorf des baskischen Spanien von zahlreichen Personen erlebt und mitgeteilt wurden. Die Deutung der Erscheinungen bringt kaum neue Gesichtspunkte. In einer primitiven, abseits der Zivilisation lebenden Bevölkerung, die durch einen „Instinkt“ für das Wunderbare auf ähnliche Erlebnisse vorbereitet erscheint, konnte die Induktion der Wundererscheinungen in dem beobachteten Maße

um sich greifen, weil eine spezifische Volksstimmung dieser Entwicklung entgegenkam. Diese Stimmung ist in dem Spannungsverhältnis des baskischen Volkes zum spanischen Staate begründet. Entsprechend sind die Erscheinungen der Heiligen Jungfrau die einer leidenden und rächenden Madonna, die sich zeigt, um sein privilegiertes Volk dem Gottessohn zuzuführen und es am Rande des Abgrundes anzuhalten.

*Hermann Schulte* (Düsseldorf-Grafenberg).

**Stanganelli, Paolo: Le psico-nevrosi traumatiche.** (Die traumatischen Psycho-neurosen.) (*Pat. Med. e Metodol. Clin., Univ., Napoli.*) *Rinasc. med.* 17, 671 bis 672 (1940).

Die sehr kurz gefaßten Ausführungen, die nichts Neues bringen, machen auf die Notwendigkeit aufmerksam, Funktionelles von Organischem zu trennen und die Persönlichkeit des Erkrankten nicht außer acht zu lassen.

*Arno Warstadt.*

**Hoff, Ferdinand: Innere Sekretion und seelisches Trauma.** (*Med. Poliklin., Univ. Würzburg.*) *Med. Klin.* 1940 II, 1351—1354.

Seelische Erschütterungen können über das vegetative Nervensystem auf die innersekretorischen Drüsen rückwirken. Am bekanntesten sind die Störungen der Keimdrüsentätigkeit, für die jetzt durch Stieve auch anatomische Veränderungen nachgewiesen wurden. Es werden eine Reihe von eindrucksvollen Krankengeschichten gegeben, in denen es nach seelischen Traumen zum Basedow und in einem Falle etwas später zu einem Diabetes mellitus gekommen war. Verf. berichtet weiter über eine Patientin im Klimakterium, die sah, wie ihr Sohn erkrankte, und etwas später an einer Akromegalie erkrankte. Das seelische Trauma ist nur eine von vielen Ursachen. Sehr wichtig ist eine entsprechende Konstitution. Wenn angeführt wird, daß der Krieg mit seinen starken seelischen Traumen kaum zu einer Krankheitsauslösung geführt hat, so wird dabei übersehen, daß diese Traumen in einer seelischen Atmosphäre einwirken, die auf Kampf eingestellt ist und daß der Soldat geborgen ist in der Kameradschaft. Nicht das seelische Trauma als solches, sondern Angst, Sorge, innere Konflikte und das Gefühl der Vereinsamung, bei dem Verlust naher Angehöriger, sind es, die krankmachend wirken.

*Jores* (Hamburg).

**Reider, Norman: Neuropsychiatric complications following severe loss of blood.** (Neuropsychiatrische Komplikationen nach starkem Blutverlust.) (*Menninger Clin., Topeka.*) *Arch. of Neur.* 44, 1069—1075 (1940).

Bericht über einen Kranken, der nach einer schweren Pfählungsverletzung mit starken aufeinander folgenden Blutverlusten eine länger dauernde motorische Aphasie und eine Apraxie der rechten Hand zeigte. Vor allem aus der therapeutischen Wirksamkeit der Bluttransfusion wird geschlossen, daß hier keine embolischen Blutbahnstörungen eine Rolle spielen können, sondern infolge der Anämie und Anoxämie direkt eine Schädigung der Zentren anzunehmen ist.

*Geller* (Düren).

**Keller, William K., and A. J. Miller: Clinico-pathologic conference: Posttraumatic psychosis.** (Klinisch-pathologische Abhandlung: Posttraumatische Psychose.) (*City Hosp. a. Univ. of Louisville School of Med., Louisville.*) *New internat. Clin.* 4, N. Ser. 3, 136—143 (1940).

Es handelt sich um eine jüngere Kranke, die nach schweren Mißhandlungen durch ihren Mann und einem längeren Zwischenraum an einer Psychose mit Ideenflucht, Unruhe und Verwirrtheitszuständen erkrankt. Nach längerer Beobachtung lenkt das Auftreten von Halbseitenanfällen die Aufmerksamkeit zur körperlichen Seite hin. Eine Operation zur Druckentlastung und Hämatomausräumung bringt keine Besserung, sondern kurz darauf das Ende in tiefer Benommenheit. Die Obduktion ergibt nun drei ausgedehnte Frakturlinien, die der Röntgenuntersuchung entgangen waren, sowie schwere Zerstörungen des Gehirns, frische und ältere Blutungsspuren in verschiedenen Regionen, eine größere Höhle mit Erweichungsmassen in der linken Hemisphäre. Auffallend im ganzen ist weniger der anatomische Befund als die völlige Ergebnislosigkeit der Untersuchungen, bis durch das Auftreten von Krämpfen kurz

vor dem Tode die organische Genese des Krankheitsbildes klar wird. Merkwürdig ist, daß von einem typischen manisch-depressiven Krankheitsbilde gesprochen wird, während allein die etwas dürftige Schilderung des Verhaltens schon stutzig machen muß.  
Geller (Düren).

**Salinas García, José J.:** Die gegenwärtige Auffassung der Epilepsie in Beziehung zu den gerichtlich-medizinischen Fragen. *Rev. españ. Med. y Cir. Guerra* 3, 419—428 (1940) [Spanisch].

In einem kurzen Abriss wird die Symptomatologie der epileptischen Erkrankungen gegeben. Für die forensische Beurteilung und die zivilrechtlichen Fragen wird unterschieden zwischen Zuständen des veränderten Bewußtseins, epileptischer Demenz und den Zeiten freier Intervalle. Während es ohne weiteres klar ist, daß der Epileptiker im Dämmerzustande oder im Demenzstadium als nicht verantwortlich und nicht geschäftsfähig anzusehen ist, gilt dies nicht, wenn der Kranke zur Zeit der Tat oder im Augenblicke des Geschäftes frei von „epileptischer Manifestation“ war. Legt man den Hauptwert auf die epileptische Charakterveränderung und die epileptische Somatose, und nicht, wie Verf. es anscheinend tut, auf die „Manifestationen“, so kann man wohl nicht beipflichten, den Epileptiker jemals als nicht „krank“ anzusehen. Die Frage nach der Delikts- und Geschäftsfähigkeit ist dann aber nicht so einfach zu beantworten.  
Geller (Düren).

**Bannwarth, Alfred:** Gehirnmißbildung und Epilepsie. (*Univ.-Nervenklin., München.*) *Nervenarzt* 13, 97—103 (1940).

Mitteilung über einen 27jährigen Mann, der seit dem 16. Lebensjahr schwere epileptische Zustände hat. Es fand sich weder eine Demenz noch eine Debilität, wohl aber das Syndrom einer ausgeprägten epileptischen Wesensänderung. Encephalographisch ist eine schwere Gehirnmißbildung erkennbar: unpaare Anlage der Seitenkammern vom Vorderhorn bis zum Ventrikeldreieck, Fehlen des Septum pellucidum, des Fornix und der Commissura hippocampi, sehr wahrscheinlich auch Aplasie des Balkens. In Anbetracht der Wesensänderung wird eine vorwiegende Anlagebedingtheit der epileptischen Zustände angenommen. Das läßt daran denken, daß auch die Mißbildung selbst endogen entstanden sein könnte. Über 5 Fälle mit schwerer Mißbildung des Zentralnervensystems, die durch Encephalographie aufgedeckt werden konnten, hat Verf. bereits früher einmal berichtet (*Arch. f. Psychiatr.* 109 u. 110). *Dubitscher.*

**Colapietra, Felice:** Die Cardiazolprobe bei der Epilepsiediagnose. (*Neuro-Psychiatr. Provinzspil., Aquila.*) *Psychiatr.-neur. Wschr.* 1941, 101—106.

Verf. möchte mit seiner Arbeit auf die Cardiazolprobe zur Erzielung von Anfällen bei Epileptikern aufmerksam machen und zu ausgedehnteren Versuchen anregen. Gegen die Anwendung der Cardiazolversuche bei Begutachtungen u. dergl. ist er skeptisch, berichtet aber doch zwei eigene Fälle, die den Wert der Probe erläutern sollen. Er erzielte mit 3 ccm einer 10proz. Lösung bei 88,87% der Epileptiker und bei 8,57% der Nichtepileptiker, vorwiegend Schizophrene, einen Anfall. Nach dem gesamten, aber bisher noch nicht sehr umfangreichem Material des Verf. erscheint seine Erwartung für die Zukunft zwar berechtigt, jedoch kann ihm wohl aus der Literatur schon heute vorgehalten werden, daß man von einer Ausdehnung der Versuche nicht mehr viel zu erwarten hat.  
Geller (Düren).

**Larsby, Henry and Erik Lindgren:** Encephalographic examinations of 125 institutional epileptics. (Encephalographische Untersuchungen bei 125 Anstaltsepileptikern.) (*Stora Sköndal's Home f. Epileptics a. Roentgen Inst., Seraphim. Hosp., Stockholm.*) *Acta psychiatr. (Københ.)* 15, 337—352 (1940).

Verf. berichtet über encephalographische Untersuchungen an 125 Epileptikern im Alter zwischen 13 und 61 Jahren. Die Luftfüllung wurde früher gewöhnlich lumbal ausgeführt, neuerdings wird die zisternale Füllung bevorzugt, weil die Beschwerden angeblich geringer sind und die Füllung besser gelingt. Bei 17 lumbalen Lufteinblasungen war die Luftfüllung ungenügend. Die Luftmenge schwankte von 30—120 ccm bei

lumbaler und von 35—135 ccm bei zisternalen Einblasung. Für die Zisternenpunktion wird ein besonderer Stuhl mit Kopf- und Ellbogenstütze beschrieben. Auf die Projektionsverhältnisse bei Änderung der Kopfhaltung wird kurz eingegangen. Die Größe der Seitenventrikel wird nach der a-p-Aufnahme beurteilt. Ein Querdurchmesser jedes Seitenventrikels von 23 mm oder weniger wird als normal, von 25 mm oder mehr als pathologisch bezeichnet. Der Zwischenwert von 24 mm gilt als wahrscheinlich normal. Für den 3. Ventrikel wird ein Querdurchmesser von 3 mm als zweifellos normal bezeichnet, 5 mm werden bereits als pathologisch betrachtet. Die Beurteilung der Oberflächenerweiterung gründet sich nur auf das Bild der Hirn-Sulci: sie sollen normalerweise nicht weiter als 3 mm sein. Die Größenbeurteilung der Zisternen ist Irrtümern unterworfen. Die Maße beziehen sich auf einen Focus-Filmabstand von 60 cm. Es wurden Veränderungen gefunden in Form von erweiterten Seitenventrikeln (59 Fälle) und von erweiterten Furchen der Konvexität (17 Fälle). Bei 30 Fällen fanden sich keine encephalographischen Veränderungen. Bei länger bestehendem Leiden fand sich ein höherer Prozentsatz von pathologischen Befunden. Dagegen konnte eine Beziehung zwischen psychischen Störungen und encephalographischem Befund nicht nachgewiesen werden.

*Schiersmann* (Rostock/Gehlsheim).

**Leppien, R.: Encephalographische Erfahrungen an klinisch gesichert genuinen Epileptikern. (70 sichere und 29 höchstwahrscheinlich genuine Epileptiker, eine Auslese aus den Encephalogrammen von 200 Krampfkranken).** (*Psychiatr.-Neurol. Abt., Landeskrankenb., Homburg-Saar.*) Allg. Z. Psychiatr. **116**, 119—154 (1940).

Verf. untersuchte in einer sehr lesenswerten Abhandlung die Stellung der Encephalographie (E.) in der Epilepsiediagnose an Hand von 99 eigenen Fällen. Von diesen wurden 70 auf Grund rein klinischer Kriterien (wegen der Einzelheiten muß auf die Arbeit verwiesen werden) als sicher genuine und 29 als höchstwahrscheinlich genuine Epileptiker bezeichnet. An beiden Gruppen wurde die E. durch Zisternenpunktion im Sitzen durchgeführt; die Luftfüllung erfolgte durch automatisches Aspirieren. Etwa  $\frac{2}{3}$  waren normale E. Als Abweichung vom idealen E. kam am häufigsten Erweiterung des Liquorsystems—noch kein Hydrocephalus internus, nur bei schweren lang dauernden Fällen mit häufigen Anfällen H. externus—vor, Differenz der Ventrikelweite war seltener. Weiter kommt doppel- (3mal beobachtet) oder einseitiges Ausbleiben der Ventrikelfüllung vor. Die Ergebnisse dieser Anatomie am Lebenden entsprachen den unwesentlichen makroskopischen Sektionsbefunden. Es gibt also keinen E.-Befund, der für erbliche Fallsucht spezifisch wäre. Mit Recht weist Verf. auf die Möglichkeit sekundärer anatomischer Veränderungen als Folge von Anfällen (Unfällen) bei genuinen Epileptikern hin, so daß also auch ausgesprochen pathologische E. bei diesen vorkommen können. Verf. fand in 3% (jedesmal mit Fehlen der spezifischen Wesensveränderung) überraschende E.-Befunde, jedoch nie bei seinen klinisch sicher genuinen Fällen. Es ist dem Verf. beizupflichten, wenn er die E. als wertvolles Hilfsmittel in der Epilepsiediagnostik anerkennt, aber das letzte Wort der Klinik zuweist. Verf. tritt der Forderung nach gewöhnlichen Röntgenaufnahmen des Schädels in allen Fällen bei, hat aber bei vielen Hunderten von Schädelbildern nichts Positives gesehen. Die Schlußfolgerung des Verf. nach röntgenologischer Ausstattung der Heil- und Pflegeanstalten muß besonders hervorgehoben werden. Außer den sehr beachtlichen Gründen des Verf. weist Ref. darauf hin, daß an fast keiner deutschen Irrenanstalt die in der Facharztordnung (Anordnung des Reichsärztesführers vom 5. XI. 1937) für die Anerkennung als Facharzt für Nerven- und Geisteskrankheiten geforderte mindestens einjährige neurologische Ausbildung vom Nachwuchs an Anstaltsärzten erworben werden kann.

*Kresiment* (Berlin).

**Benon, R.: Démence précoce et délire des dégénérés.** (Dementia praecox und Enterbungsirresein.) (*Hôp. Psychiatr., Nantes.*) Rev. Méd. **56**, 433—441 (1939).

Der Verf. stellt in seiner Arbeit die paranoide Demenz im Sinne Kraepelins und das degenerative Irresein im Sinne Magnans einander gegenüber. Er stellt die Frage;

ob die Schizophrenie, insbesondere die paranoide Demenz, klinische Krankheitsbilder von größerem Werte sind als dasjenige des degenerativen Irreseins; er zweifelt daran. Sicher ist, daß die bei Jugendlichen festgestellten Geistesstörungen oft sehr verwickelt und sehr atypisch sind. Das gilt besonders von der katatonischen Erregung und dem Negativismus. Was die Schizophrenie angeht, so glaubt er, daß sie unter Abhängigkeit der psychischen Asthenie, die durchweg von einer Myasthenie begleitet ist, steht. Die Entartung der Intelligenz, der Erregbarkeit, der Nervenkraft gibt den Geistesstörungen der Jugendlichen eine außerordentliche Vielgestaltigkeit und Mannigfaltigkeit. Im Gegensatz zu der paranoiden Demenz im Sinne Kraepelins können die degenerativen Psychosen Magnans durch Maßnahmen der Freudschen Psychoanalyse wie auch durch eine sonstige vernünftige und exakte Behandlung heilen. Zu bemerken ist, daß die Psychoanalyse oft den Patienten ermüdet und seine Schwäche erhöht.

*Heinr. Többen (Münster i. W.).*

● **Handbuch der Erbkrankheiten.** Hrsg. v. Arthur Gütt. Bd. 2. Die Schizophrenie. Bearb. v. Berthold Kihn u. Hans Luxenburger. Leipzig: Georg Thieme 1940. VIII, 336 S. u. 61 Abb. RM. 24.—

Im Rahmen des Handbuches der Erbkrankheiten ist als 2. Band der Gruppe psychische Erbleiden nach der Bearbeitung des Schwachsinn durch Dubitscher die Darstellung der Schizophrenie erschienen. Kihn hat meisterhaft die Klinik der Schizophrenie beschrieben, die wegen der zusammenfassenden Darstellung der Symptomatik mit sorgfältigen differentialdiagnostischen Erörterungen und ständigen Hinweisen auf die Erbforschung als neueste Behandlung der Schizophrenielehre allen auf dem Gebiet der forensischen Psychiatrie Tätigen nicht warm genug zum Durcharbeiten empfohlen werden kann. Die einzelnen Begriffe werden unter eingehender Besprechung ihrer Entwicklung klar herausgearbeitet; durch die scharfe Abgrenzung wird ihre richtige Verwendung gefördert und zugleich ihre Berechtigung erwiesen. — Das Verhalten der Kranken vor Ausbruch des Leidens, die Prodromalerscheinungen und der Beginn der Erkrankung werden in allen Einzelheiten geschildert. In einem 2. Teil erfahren die einzelnen Verlaufstypen — Dementia simplex, Hebephrenie, Katatonie und paranoide Entwicklungen — ausgezeichnete Einzeldarstellungen. Es folgen Erörterungen über ungewöhnliche Erscheinungsformen und Verlaufsbilder — neurotische und hysterische Zustände, Pfropfschizophrenie, Degenerationspsychosen, Mischpsychosen, Schizoid und Paranoia. Für die Gutachtertätigkeit besonders hervorzuheben sind die Ausführungen und Forderungen K.s (mit K. Schneider, vgl. diese Z. 32, 266: Ablösung von der Schlagwortdiagnostik) über Erkennung und Unterscheidung der Schizophrenie. — In dem Abschnitt „Ursachenlehre“ ist der Satz zu unterstreichen, daß durch die neuen Behandlungsverfahren, die anschließend übersichtlich besprochen werden, die Schizophrenie nicht ausgelöscht wird, sondern nur ein anderes Erscheinungsbild annimmt. Desgleichen die Forderung, daß über die Eingliederung Schizophren gefärbter Zustandsbilder (wie sie z. B. im Gefolge körperlicher Erkrankungen bei Stirnhirntumoren, Encephalitis epidemica und neurologischen Erkrankungen vorkommen) der weitere Verlauf entscheidet. — In dem kurzen Abschnitt über die Statistik der Schizophrenie, der die vielen — darunter manche, wie im klinischen Teil dargelegt wird, nicht schließbaren — Erkenntnislücken auf diesem Gebiet aufzeigt, ist dem Verf. bei der Wiedergabe der Zahlen des Bestandes an Schizophrenen in Anstalten (ohne Kliniken) am 1. I. 1935 ein Versehen unterlaufen; diese müssen lauten (auf S. 41): Männliche 32304, Weibliche 38919 (fast gleich denen vom 1. I. 1936). Weiter sei auf die von Nitsche veröffentlichte letzte Irrenstatistik der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater für das Jahr 1936 in der Allg. Z. Psychiatr. 107, H. 1/2 (1938) verwiesen. Im Reichsgesundheitsamt ist die weiter ausgedehnte Erhebung über das Jahr 1937 abgeschlossen (s. Göllner, Zur Durchführung der Diagnosenstatistik. Allg. Z. Psychiatr. 108, H. 3/4, 1938). — Die Erbpathologie der Schizophrenie als Grundlage für Schlußfolgerungen zur Erbgesundheitspflege aus der berufenen Feder von Luxenburger baut auf der

Arbeitshypothese einer Somatose (sekundärer Phänotypus) als körperlicher Grundlage der schizophrenen Psychosen auf. — Ausführungen über die erbpflegerische Behandlung der schizophrenen Geistesstörungen einschließlich der atypischen Krankheitsbilder wieder von K. beschließen das Buch. Sie stehen in dieser Z. gleichfalls nicht zur eingehenden Besprechung. — Sorgfältige Schrifttumsangaben, Namen- und Sachverzeichnis erleichtern die Benutzung des Bandes bzw. die Weiterverfolgung einzelner Fragen.

*Kresiment* (Berlin).

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

**Dubitscher, Fred: Grundsätzliches zum Asozialenproblem.** (*Genf, Sitzg. v. 24. bis 26. VII. 1939.*) Ber. 1. internat. Kongr. Heilpädagog. 304—313 (1940).

Der Verf. erörtert am Anfang seiner Abhandlung die wirtschaftliche und ideelle Belastung der Allgemeinheit durch die Asozialen. Was die Begriffe „Asozialität“ und „asozial“ angeht, so finden sich fast ebensoviel Begriffserklärungen aus fast allen Gebieten der Natur- und Geisteswissenschaften wie Forscher. Zunächst muß man die asoziale Verhaltensweise erfassen, zu welchem Zweck der Verf. rund 10000 Wohlfahrts-, Fürsorge- und Gerichtsakten durchgesehen hat. Nach den Worten des Verf. handelt es sich „um Verhaltensweisen in Form von Handlungen oder Unterlassungen, die in sozialer Hinsicht von der Norm abweichen und die hierdurch Leiden oder Schaden verursachen“. Jemand, der sich asozial verhält, ist darum nicht ohne weiteres eine asoziale Persönlichkeit. Die asoziale Persönlichkeit ist „durch ein Zuwenig oder Zuviel an Persönlichkeitseigenschaften auf die Dauer unfähig, sich Gesellschaftsnormen anzupassen, oder es fehlt — trotz ausreichender Intelligenz — das Verständnis für allgemeingültige Normen, die ein geordnetes Gemeinschaftsleben in Familie und Staat garantieren, oder diese Normen werden sogar abgelehnt“. In bezug auf die soziale Wertigkeit unterscheidet der Verf. Hochwertige, Vollwertige, Indifferente und Minderwertige. Die zuletzt Genannten sind asozial, und zwar meist in ihrer Persönlichkeit. Unter allen Umständen asozial sind die meisten psychiatrisch faßbaren Typen: Die Psychopathen, bestimmte Typen von leicht Schwachsinnigen, Typen aus dem Randgebiet des schizophrenen, des epileptischen und des zirkulären Formkreises und schließlich eigentlich Geisteskranke. Von der Forschung bisher zu wenig beachtet ist eine Gruppe der Menschen, die sozial einfach durch Passivität versagen. In den Sippen asozialer Psychopathen kommen gleichartige oder verwandte Störungen des Seelenlebens gehäuft vor. Bei den asozialen Debilen unterscheidet der Verf. zwei Gruppen: Solche, die zur Haltlosigkeit, und solche, die zur Gewalttätigkeit neigen. Je früher Eigenschaften erkennbar sind und erkannt werden, die für eine spätere asoziale Verhaltensweise bestimmend sind, um so mehr Gewicht wird der Versuch einer Heilerziehung gewinnen. In schwereren Fällen müssen Absonderung oder Unfruchtbarmachung Platz greifen.

*Heinr. Többen* (Münster i. W.).

**Lechler, Karl Ludwig: Erkennung und Ausmerze der Gemeinschaftsunfähigen.** Dtsch. Ärztebl. 1940 II, 293—297.

Der Verf. geht von der Tatsache aus, daß nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses immer wieder die Frage aufgeworfen worden sei, warum in dieses Gesetz nicht auch eine Möglichkeit zur Ausmerzung der Asozialen eingebaut wurde. Auf der 5. Tagung der Kriminalbiologischen Gesellschaft (München 1937) wurde festgestellt, daß dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses hinsichtlich der Erfassung Asozialer nur eine sehr geringe Bedeutung zukomme. Der Gesetzgeber wollte die Sterilisation von Gewohnheitsverbrechern oder die Kastration von gefährlichen Sittlichkeitsverbrechern nicht mit der Unfruchtbarmachung von Geisteskranken oder sonst erbkranker unglücklicher Personen verbinden. — Der Verf. stellt „asozial“ und „verwahrlost“ als gegensätzliche Begriffe hin. „Asozial“ sollte heute nur im Sinne ererbter Gemeinschaftsunfähigkeit gebraucht werden. Auch zwischen „asozial“ und „unsozial“ muß scharf geschieden werden. Asozialität hat weder mit