

**Kanger, A.: Die Bedeutung des Vergleichsmaterials bei der Identifizierung von Handschriften und Unterschriften.** *Kriminalistik* 16, 38—41 (1942).

Ausgehend von der Erfahrung, daß die Aufklärung von Verbrechen durch Identifizierung von Handschriften und Unterschriften häufig durch die Mangelhaftigkeit des Vergleichsmaterials verzögert oder sogar unmöglich gemacht wird, gibt Verf. verschiedene Hinweise für die Stellen, die Vergleichsmaterial für Schriftuntersuchungen zu beschaffen haben. Es sind bestimmte Anforderungen in qualitativer und quantitativer Hinsicht zu stellen. Unbedingt versucht werden muß die Beschaffung möglichst umfangreicher unbefangener entstandener Schriftproben, besonders auch solcher aus der Zeit der Entstehung des inkriminierten Schriftstückes und aus früheren Zeiten, möglichst auch Schriftproben mit gleichem Schreibmaterial (Feder, Stift usw.). Bei der Untersuchung von Unterschriften sind vor allem auch unbefangene Unterschriften beizubringen. Verf. weist in diesem Zusammenhang auf die oft sehr verschiedenartigen Schreibgewohnheiten in der Handschrift und der Unterschrift eines und desselben Menschen hin. Bei den auf Anforderung angefertigten Schriftproben kann es sich einmal um solche handeln, die ohne besonderen Hinweis auf die beabsichtigte Schriftvergleichung verlangt werden: Niederschrift von Lebenslauf oder Personalangaben, von Zeugenaussagen, sodann um eigentliche Diktatschriftproben. Auch diese müssen genügend umfangreich sein. Immer soll auch der Text des inkriminierten Schriftstückes diktiert werden, bei kurzen Texten mehrmals; selbstverständlich, ohne daß der Schreiber Einblick in das inkriminierte Schreiben erhält. Es muß für bequeme Schreibbedingungen und richtige Beleuchtung gesorgt werden; ferner auch dafür, daß der Betreffende in ruhiger Verfassung und nicht in einem vielleicht durch die Art der Vernehmung verursachten aufgeregten Zustand schreibt; denn physische und psychische Umstände können die gewohnheitsmäßige Schrift — abgesehen von gewollter Verstellung — wesentlich beeinflussen. Verf. empfiehlt, den inkriminierten Text zunächst mit Tinte und unter gewöhnlichen Schreibbedingungen, ohne Angabe über Schriftsystem oder Orthographie bzw. Interpunktion schreiben zu lassen, dann aber auch Schriftproben unter möglichst gleichen Schreibbedingungen (gleiches Schreibmaterial, gleiches Papier, gleiches Schriftsystem), gegebenenfalls auch unter ungewöhnlichen Schreibbedingungen (wie z. B. mit der linken Hand, stehend an der Wand usw.) anfertigen zu lassen. Mit der Schnelligkeit des Diktats soll gewechselt werden, auf jeden Fall zeitweise so schnell diktiert werden, daß der Schreiber nur noch gerade automatisch die Schreibbewegungen zustande bringt. Im übrigen verweist Verf. auf die amtlichen Anweisungen z. B. des Reichskriminalpolizeiamts zur Beschaffung von Handschriften- und Unterschriftenproben. (Anm. d. Ref.: Bei Verdacht der Schriftverstellung in Diktatschriftproben empfiehlt es sich, im Abstand von mehreren Tagen erneut Diktatschriftproben aufzunehmen. Der Schreiber wird sich dann häufig durch die Inkonsistenz der Schriftverstellung verraten. — Ferner müssen alle mit der Beschaffung von Schriftproben betrauten Stellen immer wieder auf die Notwendigkeit hingewiesen werden, unbefangene Schriftproben (Karten, Briefe, Notizen usw.) sofort im Zuge der ersten Ermittlungen sicherzustellen, da sie erfahrungsgemäß meist beseitigt sind, ehe der Sachverständige sie zur Ergänzung des unzureichenden Vergleichsmaterials anfordern kann.)

*Buhtz* (Breslau).

### ***Psychologie und Psychiatrie.***

**Weber, W.: Rechtsanwendung und Psychologie.** *Dtsch. Recht A H.* 39, 1298 bis 1303 (1942).

Der Rechtswahrer bedarf einer guten psychologischen Bildung, um einen Sachverhalt richtig erkennen und aufklären und um auf die am Rechtsfall Beteiligten einwirken zu können. In Sonderfällen vermag er sich dabei der Beihilfe des Psychologen zu bedienen, soweit dessen Hinzuziehung wegen der besonderen psychologischen Schwierigkeit des Falles oder aus Gründen der ökonomischen Prozeßführung überhaupt einen

Sinn hat. Unbeschränkt kann ihm der Psychologe in all den Fragen zur Seite stehen, in denen es sich um die Erkenntnis und Wertung eines psychischen Zustandes oder Ablaufs handelt. Auch bei der Tatbestandsaufklärung kann der Psychologe den Rechtswahrer unterstützen, zumal beim Nachweis der Fehlerquellen, die eine nachträgliche Aufklärung eines Tatbestandes beeinflussen, wenn auch die eigentliche Leitung in der Aufklärung dem Rechtswahrer obliegt. Bei der Einwirkung auf die am Prozeß Beteiligten und der Herbeiführung eines wünschenswerten Ergebnisses ist die Unterstützung durch den Psychologen darauf beschränkt, daß er den Rechtswahrer über die zu erwartenden psychischen Wirkungen seines Vorgehens unterrichtet, etwa die psychischen Folgen einer Wiedervereinigung zweier getrennt lebender Ehegatten; die eigentliche gestaltende psychologische Arbeit wird hier der praktischen Menschenkenntnis des Rechtswahrers verbleiben. Mancher Rechtswahrer wird mit Recht darauf hinweisen, daß ihm bisher die Begutachtung psychischer Vorgänge durch einen Sachverständigen nicht unbekannt war, nämlich durch den Psychiater. Der Psychiater ist dadurch aber mit Aufgaben beschäftigt worden, die vielfach zu den Grenzgebieten seines Aufgabebereiches gehören. Solange es sich um psychische Vorgänge handelt, in die pathologische Züge hineinspielen, ist der Psychiater ausschließlich am Platze. Für den weiten Kreis der normalpsychischen Vorgänge dagegen ist der Psychologe zuständig. Wenn bisher Psychiater zur Begutachtung rein psychologischer Fragen, so etwa der Glaubwürdigkeit eines an sich normalen Menschen oder eines Kindes, hinzugezogen worden sind, so ist dies meist geschehen, weil dem beauftragenden Rechtswahrer das Vorhandensein eines Gutachters für normalpsychische Vorgänge nicht bekannt war. Dabei wurde notwendig, daß sich der Psychiater für die Beurteilung normalpsychischer Zustände, z. B. der Intelligenz eines Menschen, der Methoden der Psychologie bediente. Naturgemäß kann der Psychiater nicht das ganze Gebiet der Psychologie beherrschen; im allgemeinen ist er ja nur in den psychologischen Nachbargebieten der Psychiatrie zu Hause. Hinzu kommt noch, daß er darauf eingestellt ist, die psychischen Vorgänge des Normalen nach Maßstäben zu beurteilen, die er bei krankhaften Zuständen anzulegen gewohnt ist.

v. Neureiter (Straßburg).

**Chorus, A.: Eine neue Einteilung schwieriger Kinder.** Psychiatr. Bl. 46, 177—191 (1942) [Holländisch].

Die bisherigen Einteilungen, durch die man die schwierigen Kinder gruppenweise zu ordnen und zu trennen suchte, sind dem Verf. zu sehr mit der Psychopathologie der Erwachsenen verbunden und dieser angeglichen, als daß sie eine wirkliche und klare Einteilung dieser Kinder gestatteten. Er umfaßt die Vielzahl der Erscheinungen in drei großen Gruppen, die in sich wieder weiter aufzulösen sind. In der ersten Gruppe, den Milieugeschädigten, trennt er die Erziehungsgeschädigten von den Gelegenheitsgeschädigten, d. s. Kinder, die in bestimmten Situationen von der Umgebung nicht verstanden und falsch beurteilt wurden. Unter den konstitutionell Geschädigten werden körperlich und geistig unternormal angelegte zusammengefaßt, vor allem natürlich die Schwachsinnigen. In der dritten und größten Gruppe werden schließlich solche zusammengefaßt, die in der Erwachsenenpsychopathologie den Psychopathien zugerechnet würden. Die einzelnen Untergruppen unterscheiden sich hier allerdings oft beträchtlich. Es werden aufgeführt: schwache Verhaltensbestimmung, instinktive, triebmäßige Verhaltensbestimmung, affektive Verhaltensbestimmung, Wertungsstörungen, Demonstrationssucht, Störungen der Erfahrungsverwertung. Zahlreiche weitere Unterteilungen, vor allem im Gebiete der Wertungsstörungen, schaffen ein buntes Bild von mehr oder weniger scharf begrenzten Gruppen, dessen Brauchbarkeit allerdings erst nachzuprüfen ist.

Geller (Düren).

**Kujath, G.: Über religiösen Fanatismus.** (Heilst., Berlin-Wittenau.) Allg. Z. Psychiatr. 120, 66—84 (1942).

Der 1904 geborene H. war als Kind sehr schüchtern, hatte wenig Umgang mit Gefährten; war ohne eigne Wünsche. Die Schule absolvierte er zur Zufriedenheit.

In seinem Beruf als Tischler arbeitete er mit Fleiß und hatte Erfolg. Mit 8 Jahren beschäftigt er sich intensiv mit der Bibel, seine Gespräche in der Ehe hatten ausschließlich religiöse Dinge zum Gegenstand. Er las keine Zeitung, Gegenwartsprobleme interessierten ihn nicht. Er war furchtsam, mißtrauisch, grübelte viel. Sein Lebenswandel war asketisch-einfach und einsiedlerisch. Er war blaß, asthenisch, der Gesichtsausdruck starr, maskenhaft; sprachliche Formulierung schwerfällig, dem alttestamentlichen Stil angepaßt; an ihn gerichtete Fragen beantwortete er mit einer Fülle biblischer Zitate. Sich selbst überlassen, sah man ihn meist vertieft in die Bibel. Intelligenzleistungen durchschnittlich. In Auswirkung vermeintlicher religiöser Verpflichtungen geriet er mit dem Strafgesetz in Konflikt und wurde in der Wittenau-Anstalt in Berlin ärztlich begutachtet. Die Großmutter väterlicherseits starb durch Suicid, der Vater an arteriosklerotischer Demenz, der Großvater mütterlicherseits wanderte aus und blieb verschollen. Seine Handlungsweise begründete H. mit verschiedenen Bibelzitate. Das von ihm als neue, weltbeglückende Wahrheit vertretene überwertige Ideensystem ist dem Inhalt der Bibel und den Lehren einer Sekte entnommen und gipfelt in eschatologischen Vorstellungen. Er stellt sich die den Menschen ähnlichen, aber den Sinnen unfaßbaren „Geistesgeschöpfe“ als höchste Zusammenballung von Licht und Farben dar; sie sind als ausführende Organe des göttlichen Willens zwischen das Irdische und das Göttliche gestellt. Das Gegenbild ist das von bösen Engeln, unreinen Geistern, Dämonen und Kobolden beherrschte irdische Dasein. Die Welt als Feind Gottes vereinigt in sich die Qualitäten des Teuflischen, des Unbeständigen, während Gott universell und einfach zugleich ist. Zwischen die beiden gegensätzlichen Sphären des Weltlichen und des Geistigen ist der Mensch gesetzt. Eigenes Urteil hält H. für vermessen; eigene Gedanken sind die Fallstricke des Bösen. Die Berechtigung zum eigenen Denken und Handeln muß durch die Schrift erwiesen sein. H. fühlt sich geheiligt und von Gott auserwählt. — Verf. bezeichnet den Patienten als Fall von „blassem“ Fanatismus, ähnlich der abortiven Paranoia Gaupps und dem sensitiven Beziehungswahn Kretschmers. Das Übermaß der Frömmigkeit gleicht der Monomanie und treibt mit immer weiterer Zwangsneurose mit der Welt ins antisoziale Verhalten hinein. Es handelt sich um einen zwangsneurotischen Typ des Fanatismus. Die fanatische Frömmigkeit bei H. ist eine Form der Besessenheit; sie wurzelt weniger in charakterlichen Besonderheiten, vielmehr in der gesamten psychophysischen Struktur.

*G. Ilberg (Dresden).*

**Kallenberg, Karl:** Über pathologische Alkoholreaktion und hypnotische Überzeugungsbehandlung von Alkoholikern. Sv. Läkartidn. 1941, 2476—2480 [Schwedisch].

Ein Alkoholiker leidet insofern an psychischer Unzulänglichkeit, als sein Selbsterhaltungstrieb ihn nicht tatkräftig genug macht, das Genußgefühl zu neutralisieren. Der Erfolg der hypnotischen Behandlung liegt darin, daß man damit den „krankhaft alkoholempfindlichen“ Menschen zu der Einsicht bringen kann, daß es für ihn einen Kampf um Sein oder Nichtsein gilt, daß er an einer eigentümlichen Geistesveranlagung leidet, so daß es ihm nicht wie anderen möglich ist, mit alkoholischen Getränken Maß zu halten, wenn ihm solche zugänglich sind, und daß schließlich die Alkoholsucht einen Grad erreichen kann, auf dem sie die Vernunft besiegt und sich ohne äußere Verlockungen geltend macht. Für einen solchen Menschen beispielsweise mit schizoider Veranlagung ist es dringend notwendig, „während eines spezifisch empfindlichen Nervenzustandes“ ein Schutzgefühl zu entwickeln und im Sinn zu behalten. Von diesem grundsätzlichen Ausgangspunkt aus hat der Verf. 30 Jahre lang hypnotische Behandlung bei Personen mit chronischem Alkoholmißbrauch angewandt; er empfiehlt diese Methode, die wegen der gewöhnlich großen Suggestibilität der Alkoholiker hier besonders geeignet ist. Weil die Krankheit periodisch ist, muß auch die Behandlung oft wiederholt werden. Mit dieser Methode ist es dem Verf. gelungen, bei 80% der Behandelten vollständige Abstinenz zu bewirken. Die Lebensführung zahlreicher Patienten hat er mehr als 12 Jahre verfolgen können. *Einar Sjövall (Lund).*

**Schultz, J. H.:** Das psychologische Problem der Süchtigkeit in der ärztlichen Praxis. (*Dtsch. Inst. f. Psychol. Forsch. u. Psychotherapie, Berlin.*) Med. Klin. 1942 I, 505—507.

Verf. unterscheidet scharf zwischen Psychopathie und Neurose. Der Süchtige ist im allgemeinen ein zu Weicher, den Lebenshärten gegenüber Versagender, der entweder aus einem Leiden am Leben in die Umnebelung des Rausches flieht oder nicht gewillt ist, auf irgendeinen genüßlichen Schmuck des Daseins zu verzichten. Die Behandlung des Süchtigen muß neben den bekannten ärztlichen Belangen eine persönlichkeitsumbildende und erzieherische sein. Jedenfalls gehört jeder schwer Süchtige in klinische Behandlung, nicht in die Sprechstunde. Also zunächst Zwangsatmosphäre der Entziehung; daneben und noch mehr im Anschluß muß produktiv erzieherische Arbeit geleistet werden, Psychotherapie im eigentlichen Sinne. Zur Frage der „Abstinenzerscheinungen“ erwähnt Verf. u. a., daß chronisch mit Morphin vergiftete Hunde beim Morphiumentzug keine Abstinenzerscheinungen zeigen (ebenso wenig, wie Ref. bemerken möchte, die vielen, monatelang mit Opium behandelten Melancholiker), ferner, daß gelegentlich selbst schwer Süchtige durch einige wenige hypnotische Sitzungen ohne Abstinenzbeschwerden geheilt werden können. Gegenüber den sog. Abstinenzerscheinungen sei der ärztliche Psychologe recht skeptisch; immerhin gibt Verf. zu, daß es auch chemisch-biologische Entziehungerscheinungen gibt. (Wagner-Jauregg erinnerte in einer Aussprache zu einem allzu psychologisch und psychotherapeutisch eingestellten Vortrag daran, daß Morphinisten bei plötzlichem Entzug auch sterben können.) *Alexander Pilcz (Wien).*

**Lemke, Rudolf:** Psychische Störungen als Restzustände nach Hirnkontusionen und Hirnverletzungen. (*Psychiatr. u. Nervenclin., Univ. Jena.*) Med. Klin. 1942 I, 457—461.

Aus den verschiedenen Symptomen der sog. „traumatischen Demenz“ greift Verf. besonders die affektiven Störungen heraus. Die besonders am Anfang relativ häufig zu beobachtenden hypomanischen bis manischen Zustandsbilder (zu unterscheiden von der einfachen posttraumatischen Euphorie) werden leicht verkannt und tragen somit die Gefahr mangelnder Schonung mit sich. Verf. bezieht sie auf Orbitallirnschädigung. Als weitere Erklärung, auch für den hier gelegentlich zu beobachtenden Übergang in Affektlabilität und depressive Verstimmung, wird eine latente manisch-depressive Erbanlage herangezogen, die durch ein schweres Hirntrauma im Sinne einer Schwächung hemmender Faktoren manifestiert werden könne. Die posttraumatischen depressiven Verstimmungen haben neben der organischen Genese auch psychologische, nämlich reaktive und neurotische Ursachen. Hirnpathologisch bezieht Verf. die organischen Störungen auf eine Schädigung des dorsalen Stirnhirns oder eine Rückwirkung umfangreicher Verletzungen auf die Stammganglienregion, worauf evtl. stärkere vegetative Störungen hinweisen können. Auch Jahre nach dem Unfall können ernstere Depressionen, evtl. Suicide, hirutraumatisch bedingt sein und müssen gutachtlich anerkannt werden. Schizophrenieartige Zustandsbilder, die jahrzehntelang anhalten können, sind von den Prozeßpsychosen durch das Stationärbleiben und begleitende neurologische und encephalographische Befunde zu unterscheiden. Für alle Gruppen werden Fälle angeführt. — Die Bedeutung der hypothalamischen Zentren auch für die hypomanischen, triebhaft erregten und affektiv schwankenden Zustandsbilder wird nicht erörtert. *Domnick (Stuttgart).*°°

**Donalies, Gustav:** Symptomatische Psychose bei einem Gonorrhöekranken im Anschluß an medikamentöse Fiebertherapie. *Nervenarzt* 15, 171—172 (1942).

Bei einem 28 jährigen Manne, der wegen einer therapieresistenten Gonorrhöe zwecks Umstimmung eine intramuskuläre Injektion von 2 cem 40proz. Olobinthin erhielt und erwartungsgemäß mit Fieber darauf reagierte, werden 6 Tage später (!) erstmalig Verwirrtheitsanzeichen bemerkt. Am folgenden Tage Selbstbeschädigung durch Messerstich in die linke Halsseite. Bis zu dem 12 Tage später an Bronchopneumonie und Kreislaufschwäche erfolgenden Tode weiterhin schwerer Verwirrtheitszustand mit psychomotorischer Unruhe und Halluzinationen. Der Verf. glaubt, aus dem klinischen Zustandsbild und aus dem „Fehlen aller für eine Schizophrenie spezifischen Erscheinungen“ eine exogene, symptomatische Psychose diagnostizieren zu können. „Es dürfte auch für den Venerologen von Interesse sein, daß es, wenn auch selten,

im Verlaufe der Fieberbehandlung der Gonorrhöe zu einer symptomatischen Psychose kommen kann.“  
H. Voss (Berlin).<sup>o</sup>

**Plesset, M. R.: Toxic psychosis due to thiocyanate. With case report.** (Toxische Psychose nach Thiocyanatgaben.) (*Norristown State Hosp., Norristown.*) *J. nerv. Dis.* **94**, 447—451 (1941).

Nach etwa 10 tägiger Natriumsulfocyanatmedikation erkrankte ein älterer Mann an einer schweren toxischen Psychose mit Verwirrtheit, Inkohärenz, motorischer Unruhe und Halluzinationen. Der Thiocyanatspiegel des Blutes war deutlich erhöht, mit dem Absinken schwanden auch die psychischen Störungen allmählich. Der Zusammenhang zwischen der Wirkung des Mittels und den Störungen ist noch nicht recht klar. *Stoffels* (Düren).<sup>o</sup>

**Engel: Lärmeinwirkung als Ursache nervös-psychischer Erkrankung. Ein gerichtsarztliches Gutachten.** (*Heilanst., Strecknitz, Lübeck.*) *Psychiatr.-neur. Wschr.* **1942**, 81—85 u. 92—95.

Von einem Ehepaar, in dessen Nachbarschaft eine große Fabrik mit zahlreichen Maschinen und Motorbetrieben sich etabliert hatte, erkrankt zunächst Anfang 1926 die Frau an allgemeinen schweren neurotischen Erscheinungen, Mai 1927 auch der Mann. Bilder der schweren nervösen nervösen seelischen und körperlichen Erschöpfung. Die Zustände besserten sich jedesmal bei Aufenthalt in Kuranstalten u. dgl., um bei Rückkehr in die alte Häuslichkeit sofort wieder in erhöhtem Maße aufzutreten. Es entspann sich nun ein nahezu 10 Jahre währende Prozeß, im Verlaufe dessen mehrfache Fachgutachten eingeholt worden sind. Verf. bemerkt, daß bedauerlicherweise gerade ein begutachtender Amtsarzt sich in besonders auffälliger Weise wider die Klagen äußerte, von konstitutioneller Neurose mit Begehrungsvorstellungen, Rentenneurose, Querulantenentum usw. sprach. Endlich folgte ein Gutachten eines Universitätsprofessors, der von einer erworbenen Nervenschwäche sprach, deren Ursache in der Lärmschädigung liege. Verf. schloß sich diesem Gutachten in der letzten Instanz an, und Mai 1936 erfolgte endlich eine Verurteilung der beklagten Fabrik zu Schadensersatz für Arztekosten, Kuraufenthalte, Schmerzensgeld usw. Die Kläger erhielten auch eine neue Wohnung bzw. Grundstück zugewiesen, worauf sich ihr früherer Gesundheitszustand wieder herstellte.

Verf. erörtert nun ausführlich die gesetzlich derzeit möglichen Mittel im Strafgesetze und im Zivilverfahren gegen gesundheitliche Lärmschädigungen und kommt zu dem Schlusse, daß gegen den Lärm eine erhebliche Schutzlosigkeit bestehe. Verf. betont die gesteigerte Technik und Motorisierung, die steigende Unrast des modernen Lebens, die seelischen Einflüsse des Krieges, die stete Zunahme der sog. „Aufbrauchkrankheiten“; daher stelle die Lärmbekämpfung ein wichtiges Problem dar, an dem die moderne Gesundheitsführung nicht wird vorübergehen können. *Pilcz* (Wien).<sup>oo</sup>

**López Ibor, J.: Über die Diagnose der Pyknolepsie.** *Medicina* (Madrid) **10**, 62—68 (1942) [Spanisch].

Die Stellung der Pyknolepsie ist auch heute noch nicht soweit festgelegt, daß alle Autoren ihr ohne weiteres eine Sonderstellung gegenüber der Epilepsie einräumen. Für Verf. steht dies aber fest. Nachdem er eine ausführliche Schilderung der Anfälle gegeben hat, stellt er Bedingungen auf, die die echte Pyknolepsie abgrenzen können. 1. Es müssen organische Schädigungen sicher ausgeschlossen werden können. 2. Die Anfälle dürfen nicht vor vollendetem 4. Lebensjahre auftreten. 3. Überdauern der Pubertät spricht gegen Pyknolepsie, kommt aber doch vor, vor allem in neuerer Zeit sind verschiedene derartige Veröffentlichungen zu verzeichnen. 4. Epileptische Charakterveränderungen und epileptische Demenz müssen fehlen. 5. Die Anfälle bedeuten keine Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens. 6. Die pyknotischen Kinder zeigen eine besondere Charakterartung, die der epileptischen ganz fremd ist. Es sind meist lebhaft, geschickte, aber auch reizbare und empfindliche, oft mit hysterischen Zügen begabte Wesen. Als Ursache der Pyknolepsie ist eine vasolabile Konstitution denkbar, die Auslösung der Anfälle verläuft dann in vier Phasen. 1. Phase: Physiologische Shockwirkung verbunden mit der lebhaften psychischen Wirkung. 2. Phase: Verwendung der Anfälle mit affektbetonter Zielsetzung. 3. Phase: Bahnung des Anfallsreflexes. 4. Phase: Automatisierung des Anfalls, Freiwerden der affektiven Mechanismen und reine vasomotorische Auslösung. Die pyknoleptischen Anfälle weisen im allgemeinen keine wesentlichen Verschiedenheiten auf, abweichende Formen deuten meist auf andere Krankheiten hin. Im ganzen gehört die Krankheit zu den Selten-

heiten. Streng zu trennen ist sie auch von anderen Formen, die der Epilepsie nahe stehen. Hierher gehören die Salaamkrämpfe, die Epilepsie nutans, schließlich die sog. Blitzkrämpfe. Bei diesen Formen stehen die Beziehungen zur Epilepsie wohl mehr oder weniger fest, wie entsprechende Beobachtungen beweisen. *Geller* (Düren).<sup>oo</sup>

**Stauder, K. H.:** *Über die Sprache und Sprachstörungen der Epileptiker.* Arch. Sprach- u. Stimmheilk. 5, 196—214 (1941).

Einleitend geht der Verf. auf die Problematik der Epilepsieforschung ein und stellt vier wesentliche Punkte für die Betrachtung der epileptischen Sprachstörungen heraus. 1. Die epileptische Wesensveränderung ist ein Indicator für die maßgebliche Mitbeteiligung von Anlagefaktoren am Krankheitsbild. Das Kernsymptom der Wesensveränderung ist das Haften oder Perseverieren. 2. Die Reaktionsweisen sind weitgehend an eine bestimmte Körperkonstitution gebunden. Auch bei anfallfreien Angehörigen von Epileptikersippen finden sich diese Hafttypen. 3. Ein zweiter Kreis ist umschlossen durch den Begriff „kombinierte Defektkonstitution“. Die Anreicherung mit körperlich-seelischen Minderwertigkeiten ist zum Teil durch die Hinwendung zum biologisch Defekten bei der Gattenwahl bedingt. Einzelne Sprachstörungen können, wie z. B. das Stottern, unter Umständen als Randsymptome in die Peripherie dieses Konnubialkreises gehören. 4. Die vasoconstrictorisch bedingten Zelluntergänge nach gehäuften Anfällen führen zu sprachlichen Dauerveränderungen. Der Verf. unterteilt die Sprachstörung in transitorische und chronische. Zu den ersteren rechnet er die prä- und postparoxysmalen, flüchtigen, motorischen, sensorischen und amnestischen Aphasien, das Silbenstolpern in der Rückbildung motorischer Aphasien, die durch die Bewußtseinstrübung begünstigten psychogenen Sprachstörungen und die Artikulationsschwierigkeiten. Alle diese Störungen sind an die Anfälle oder deren Äquivalente gebunden. Die chronischen zeigen sich vorwiegend nach gehäuften Anfällen und können unter Umständen nichts weiter sein als ein Bestehenbleiben der transitorischen Störungen. Ähnlich wie die Wesensveränderung anfangs nur in und nach den Zuständen von Bewußtseinsveränderung auftritt, um dann erst allmählich in eine Dauerveränderung überzugehen, entwickeln sich die Sprachstörungen. Der Grad der Demenz bestimmt weitgehend das Ausmaß der chronischen Sprachveränderung. Die Störung zeigt sich nicht nur in der Sprechweise, sondern auch in der Satzgliederung und dem sprachlichen Aufbau. Die transitorischen Sprachstörungen bezeichnet der Verf. auch als die unspezifischen, da sie an die kurzdauernden Bewußtseinstrübungen gebunden sind und somit nichts Spezifisch-Epileptisches haben. Aber auch ein Teil der chronischen Störungen, insbesondere die von der Demenz abhängigen, sind nicht spezifisch. Lediglich die der Anlage und Konstitution entsprechenden, in der Perseveration und Monotonie zum Ausdruck kommenden Sprachveränderungen gehören unmittelbar der epileptischen Persönlichkeit an. *Faust* (Frankfurt a. M.).<sup>oo</sup>

● **Tramer, M.:** *Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie, einschließlich der allgemeinen Psychiatrie der Pubertät und Adoleszenz.* Basel: Benno Schwabe & Co. 1942. 485 S. RM. 15.60.

Wenn auf einem Gebiet, das, wie die Kinderpsychiatrie, im Begriffe ist, sich zu einem Sonderfach auszuwachsen, ein Lehrbuch erscheint, dann darf dieses auf ein besonderes Maß an Beachtung rechnen. Daß auf dem Gebiete der Seelenheilkunde — das ist nämlich die Übersetzung für Psychiatrie und nicht, wie der Verf. meint: Arztkunde der Seele — bezüglich des Kindes- und Jugendalters die Verhältnisse reif sind für eine zusammenfassende Darstellung, hat der Internationale Kongreß für Kinderpsychiatrie, der erstmalig im Jahre 1937 in Paris zusammentrat, eindrucksvoll ergeben. Dieser Kongreß hat aber auch gezeigt, daß die vielen Einzelströmungen und verschiedenen Arbeitsweisen auf diesem neuen Sondergebiet noch weit davon entfernt sind, sich auf eine Grundidee zu einigen. Der Verf. dieses Buches hebt als angeblich führende Faktoren in der Kinderpsychiatrie heraus: den der Endogenität und den der Exogenität. Den Endogenitätsfaktor spaltet er auf in den Erbfaktor, den Konsti-

tutionsfaktor und den inkretorischen Faktor, der besonders eng mit der somatopsychischen Geschlechtsproportion zusammenhänge. Der Exogenitätsfaktor enthalte den Um- und Mitweltsfaktor, wobei letzterer insbesondere den Gemeinschafts- oder sozialen Faktor im engeren Sinne umgreife. Verf. bezeichnet mithin Gegensätzliches gleichzeitig als „führend“, er verzichtet damit auf eine tragende Idee, der sich alle anderen unterzuordnen hätten. Das Lehrbuch erhält seinen recht erheblichen Umfang vor allem durch die eingehende Berücksichtigung der psychologischen Erklärungen für die mannigfaltigen Kinderfehler, Erziehungsschwierigkeiten und Fehlhaltungen, denen wir in der Jugendzeit auf den verschiedenen Entwicklungsstufen begegnen. Die Erklärungen werden gefunden vor allem in Instinkt- und Triebstörungen. Die zahlreichen Triebe, aus denen der Verf. sich das Seelenleben aufgebaut denkt, spaltet er auf in vitale Triebe, bestehend aus dem Nahrungstrieb, dem Sexualtrieb und den Ich-Trieben (Selbstbestätigungstrieb, Selbststeigerungstrieb, Selbstdurchsetzungstrieb, Machttrieb und Freiheitstrieb) und den seelisch-geistigen Trieben mit ihren Unterformen: Wahrheitstrieb, Gerechtigkeitstrieb, Schönheitstrieb, Arbeitstrieb, Wissenstrieb. Als weitere Triebe kennt der Verf. den Spieltrieb, den Partnertrieb, Besitz- und Stehtrieb, schließlich gar einen Zwangstrieb zum Neinsagen. Eine weitere Erklärungsmöglichkeit sieht der Verf. in der Komplexlehre. Er führt u. a. aus den jünger-älteren Komplex, den Esau-Jakob-Komplex, den Ödipuskomplex, die *in anitis mentis*, worunter er einen krankhaften Zustand seelischer Unterernährung versteht, und den Zwerg-Riese-Konflikt. In gleicher Ebene mit den psychologischen Ausdeutungen, zum größten Teil psychoanalytischer Art, handelt Verf. die somatogenen Störungsquellen ab. Die fragwürdige Keimschädigung durch Alkohol und Lues wird kaum weniger eingehend behandelt als die gewichtige Frage der Vererbung, auf die nur in allgemeinen Ausführungen eingegangen wird, obgleich Verf. die Bedeutung der Vererbung wiederholt betont. Summarisch bleibt auch die Stellungnahme zu dem Zusammenhang zwischen Frühgeburt, Geburtstrauma und geistig-seelischer Leistungsfähigkeit. Von den körperlichen Krankheiten des Kindes- und Jugendalters, die für geistig-seelische Anomalien ursächlich in Betracht kommen können, schildert Verf. nur einen Teil, ihre Differentialdiagnose und Therapie werden nicht näher ausgeführt. Bevorzugte Darstellung erfahren die Charaktertypen und deren Beziehung zu den verschiedenen Entwicklungsphasen, die weitläufig auseinandergelegt werden. Die Typen, die in Anlehnung an die Psychopatheneinteilung K. Schneiders unterschieden werden, werden weiterhin untersucht auf ihre Grunddisposition, deren 4 angenommen werden, nämlich: Stimmungsdisposition, Affektdisposition, Willensdisposition und Ichdisposition. Das Kapitel Therapie bringt einen kurzen Abschnitt über Somatotherapie und führt unter Psychotherapie aus: Die Aufklärung, die Suggestion, die Hypnose, die Psychoanalyse, die Individualpsychologie und die Aussprache. Auf die Stellung des Kindes und Jugendlichen zum Gesetz geht der Verf. so gut wie nicht ein; der kurze Abschnitt der Delinquenz (vom Verf. unglücklich mit Rechtsbrüchigkeit übersetzt) geht vom Schweizerischen Jugendstrafrecht aus. Überhaupt hat das Buch seiner Grundauffassung nach wenig Berührungspunkte mit der in Deutschland gepflegten Jugendpsychiatrie, was sich außer in dem vom Verf. angewandten fremdartigen Vokabular auch in den Quellen ausdrückt, die als Fußnoten angemerkt sind. Als Anhang ist dem Buch eine Kasuistik von 25 Beispielen aus der Praxis angefügt.

H. A. Schmitz (Bonn).

**Rylander, Gösta: Militärpsychiatrie.** Tidskr. Mil. Hälsov. 67, 155—167 (1941) [Schwedisch].

Ein geistig Abnormer, der sich dem Militärleben nicht anzupassen vermag, der nicht mit Erfolg ausgebildet werden kann, den Strafen nicht dazu bringen können, den Kriegsgesetzen und dem Reglement zu gehorchen, ist aus dem Wehrdienst zu entlassen. Dies fordert die Sicherheit der Wehrmacht. Geistig Abnorme können unvermutet und auf verhängnisvolle Weise befehlswidrig handeln. Sie sind auch geistige Ansteckungsherde in der Truppe, da ihre Kraft am schnellsten versagt und sie am ehe-

sten von allen chronisch unzufrieden werden. Nur die stark Zurückgebliebenen, die ausgeprägt Haltlosen, die affektexplosiven und paranoiden Psychopathen nebst den Geisteskranken können jedoch ohne vorherige Funktionsprüfung ausgemerzt werden. Die übrigen sind der funktionellen Belastungsprüfung zu unterziehen, die das Soldatenleben darstellt. Zeigen sie dabei eindeutige Zeichen mangelnden Anpassungsvermögens, so müssen sie untersucht und gesichtet werden. Diese Aufgabe, die psychiatrische Fachkenntnisse erfordert, besteht in einer Analyse des Intelligenzniveaus der Zurückgebliebenen, in Persönlichkeitsanalyse und Beurteilung der Reaktionssymptome bei den Psychopathen sowie einer Abschätzung der Rezidivgefahr bei denjenigen, die leichte Formen von Geisteskrankheiten gehabt haben. Die Militärpsychiatrie hat eine sehr bedeutsame Aufgabe zu erfüllen. Etwa ein Fünftel aller Befreiungen vom Wehrdienst in Schweden soll schon jetzt auf psychiatrische Indikationen hin erfolgen. *Einar Sjövall*.

**Braarvig, Antonette: Geisteskrankheiten und Krieg.** (*Psykiatr. Klin., Univ. Psykiatr. Inst., Vinderen pr. Oslo.*) Nord. Med. (Stockh.) 1942, 1243—1246 u. dtsh. Zusammenfassung 1246 [Norwegisch].

Die Schilderung stützt sich auf ein Krankengut von 66 Patienten, die in der Zeit vom 9. IV. bis zum 8. VII. 1940 in der Osloer Psychiatrischen Klinik zur Aufnahme kamen. Das Krankengut enthält keine der Psychosen und Psychoneurosen (Granatshock, Konversionshysterie), die für die eigentliche Kriegszone typisch sind. Das Material gliedert sich in 2 Hauptgruppen: a) 47 Fälle, in denen die Kriegssituation einen Krankheitsprozeß bei Patienten ausgelöst oder hervorgerufen hatte, die schon einmal geisteskrank gewesen waren, jedoch als geheilt (bzw. defektgeheilt) galten, bzw. bei Personen mit früher festgestellter psychopathischer oder neurotischer Mentalität. — b) 19 Fälle, die vor dem durch den Krieg ausgelösten Krankheitsausbruch keine psychopathologischen Symptome gezeigt hatten (die essentiell situationsbedingte Gruppe). Beide Gruppen werden durch Beispiele belegt. In der Gruppe b waren folgende 4 Formen psychischer Schädigung vertreten: depressive (paranoide) Formen, 10 Fälle; euphorisch delirierende Formen, 6 Fälle; reformatorisch querulierend delirierende Formen, 1 Fall; überwiegend stuporöse Formen, 2 Fälle (einer von diesen ein schizophrenieähnlicher Fall). In beiden Gruppen ist je ein Todesfall beobachtet worden, und zwar mit einer Blutveränderung (Eindickung), die auf eine extrarenale Niereninsuffizienz oder eine Nebenniereninsuffizienz schließen lassen kann. *Einar Sjövall*.

**Roeder-Kutseh, Thesa, und Julie Scholz-Wölfling: Schizophrenes Siechtum auf der Grundlage ausgedehnter Hirnveränderungen nach Kohlenoxydvergiftung.** (*Hirnpath. Inst., Dtsch. Forsch.-Anst. f. Psychiatrie, Kaiser Wilhelm-Inst., München.*) Z. Neur. 173, 702—730 (1941).

Der Tatbestand ist folgender: Ein Kompanieführer, der 1915 bei Miniarbeiten in einem Stollen eingeschlossene Soldaten retten will, wird in bewußtlosem Zustand geborgen, 2 Infanteristen waren tot, die übrigen mehr oder weniger betäubt. Der Kompanieführer war von diesem Augenblick an bis zu seinem Tode im November 1938, also 23 Jahre lang, geistesgestört. Bis auf anfängliche Bewußtseinsstörung und auffallende Erinnerungslosigkeit an frühere Erlebnisse bot er alle die Jahre hindurch ein von den behandelnden und ihn begutachtenden Ärzten einstimmig für schizophren gehaltenes, ziemlich gleichförmiges, an halluzinatorischen Erlebnissen ungewöhnlich reiches Zustandsbild. — Die versorgungsrechtliche Frage, ob man die Schizophrenie als Kriegsdienstbeschädigung anerkennen soll, wurde 1916 bejaht, 1937 aber entschieden verneint mit der Begründung, es handle sich um eine „Erbkrankheit“, über deren Entwicklung im Anschluß an Giftwirkung Erfahrungen fehlten. Dagegen entschied sich Kurt Schneider nach einer persönlichen Untersuchung des Kranken am 11. IV. 1938 für einen Zusammenhang der Schizophrenie mit der Gasvergiftung. Selbstredend lehnt K. Schneider nach seinem in der hier referierten Arbeit wörtlich abgedruckten Gutachten die Kriegsdienstbeschädigung immer ab, „wenn es sich um ganz vage Angaben handelt, so etwa, daß ‚anstrengende Kampftage‘,

eine wochenlang zurückliegende ‚Verschüttung‘, ‚erschöpfende Märsche‘ die Schizophrenie zum Ausbruch gebracht hätten“. K. Schneider verlangt für die Anerkennung der Schizophrenie als Dienstbeschädigung einen ganz konkreten Tatbestand: „1. Fehlen der Schizophrenie in der Familie, 2. keine auffallende prämorbid Persönlichkeit, 3. evidenter, durch einwandfreie Zeugen bekundeter zeitlicher Zusammenhang des Ausbruches einer Schizophrenie mit einer einwandfreien körperlichen (ganz selten vielleicht auch einmal akuten seelischen) Schädigung von erheblichem Ausmaß“. — Den Leser der Originalarbeit machen wir auf einen sinnenstellenden Druckfehler aufmerksam, es fehlt dort das letzte Wort innerhalb der Klammer, also das Wort „seelischen“. — Die genannten Kriterien waren in diesem Fall zweifellos gegeben. Nach dem Gutachten würde es „jedem Volksempfinden widersprechen, nun zu sagen, dieser Mann sei plötzlich und wie zufällig von seiner Erbkrankheit befallen worden“. (Die Silbe „Erb“ fehlt in der Originalarbeit auf S. 707, so daß der Sinn des Satzes nicht herauskommt.) Auch wissenschaftlich läßt sich die Meinung, daß der Offizier ohne jenen Unglücksfall jemals schizophren erkrankt wäre, schlechterdings nicht vertreten. — Der anatomische Hirnbefund zeigte makroskopisch ausgedehnte, an beiden Stirn- und Hinterhauptslappen liegende Narbenherde bei unbeschädigter Oberfläche. Die obersten Rindenschichten waren auch histologisch intakt. Da sich in den makroskopisch übrigens unauffälligen Globi pallidi, und zwar in ihren vorderen Dritteln, alte vernarbte Gewebsschäden fanden, war hirnpathologisch der Verdacht einer Kohlenoxydvergiftung gegeben. — Der Versuch der Verf., rückblickend in den Krankenblättern „Krankheitszeichen cerebral-organischer Prägung“ zu suchen, ist berechtigt. Beim Fehlen leistungspsychologischer Prüfungen ist das Ergebnis naturgemäß mager. Aber auch wenn man hinterher statt eines schizophrenen Defektes eine toxische Demenz mit vorwiegend schizophrenen Zügen annehmen wollte, Tatsache bleibt, daß die Kliniker, die den Kranken kannten, an einer Schizophrenie ausnahmslos nicht gezweifelt haben. Diese „Schizophrenie“ ist, wie der pathologische Hirnbefund zeigt, mit Recht als Kriegsdienstbeschädigung anerkannt. *Gerhard Schmidt (München).*

**Stadler, Max: Nachuntersuchungen bei unfruchtbar gemachten Schizophrenen.** (*Univ.-Inst. f. Erbbiol. u. Rassenhyg., Frankfurt a. M.*) Z. menschl. Vererbgs- u. Konstit.lehre 25, 719—779 (1942).

Folgende 7 Punkte wurden bei der Nachuntersuchung von 112 sterilisierten Schizophrenen beachtet: 1. Allgemeinzustand. 2. Zustand der Operationsnarbe. 3. Postoperative Komplikationen. 4. Wirkung auf das Sexualleben. 5. Einstellung der Angehörigen. 6. Einstellung der Patienten. 7. Zustandsbild. Eine Änderung des körperlichen Befundes infolge der Unfruchtbarmachung wurde nicht festgestellt, sichere psychische Traumata, infolge der Sterilisation, nur in 2 Fällen fraglich beobachtet. Die Libido war in etwa 70%, sowohl bei Männern als bei Frauen, unverändert. In fast 10% der Männer und in 6,6% der Frauen war sie gesteigert. Der Verlauf der Geisteskrankheit wurde durch die Unfruchtbarmachung nicht beeinflusst. Die Angehörigen verhielten sich nur in den wenigsten Fällen der Unfruchtbarmachung gegenüber einsichtig. *Faust (Frankfurt a. M.).*

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

● **Gross, Hans: Handbuch der Kriminalistik.** 8. Aufl. d. „Handbuchs für Untersuchungsrichter als System der Kriminalistik. Neu bearb. u. erg. v. Ernst Seelig. Bd. 1. Berlin u. München: J. Schweitzer 1942. XX, 443 S. u. 28 Abb. RM. 14.—.

Das „Handbuch für Untersuchungsrichter“, das Hans Gross 1893 in 1. Auflage erscheinen ließ und als „System der Kriminalistik“ 1913 in 6. umgearbeiteter Auflage herausbringen konnte, gehört zu den großen Werken von Kunst und Wissenschaft, die — im wahrsten Sinne des Wortes — zeitlos sind. 1907 war das Werk in fast alle Kultursprachen übersetzt. Nach dem Tode seines Schöpfers im Jahre 1915 besorgte 1922 Höppler eine Neuausgabe des Buches. Jetzt liegt die 8. Auflage vor, durch