

Zur Psychologie und Psychopathologie des Selbstmordes.

Von

Julius Kratter.

Hofrat und o. ö. Professor der gerichtlichen Medizin
an der Universität Graz.

Der Selbstmord als Massenerscheinung betrachtet ist unzweifelhaft eine Krankheitsform der Kulturmenschheit; er gehört in das Gebiet der Völkerpathologie.

Volkswirtschaftler, Soziologen, Statistiker, Priester und Aerzte haben das Selbstmordproblem von ihren verschiedenen Gesichtspunkten aus betrachtet untersucht und wissenschaftlich dargestellt, aber trotz der so überaus zahlreichen und umfänglichen Bearbeitungen noch keineswegs gelöst. Es gibt noch immer offene Fragen und in das Dunkel der letzten und entscheidenden Entschliessungen des einzelnen Selbstmörders ist noch recht wenig hineingeleuchtet worden.

Wertvolle neue Erkenntnisse und Einblicke haben uns pathologisch-anatomische Forschungen einerseits (Haller, Brosch, Pfeiffer) und klinische Untersuchungen (Baer, Hübner, Stelzner, Sichel, Placzek) anderseits erbracht.

Wenn ich bei meinen heutigen kurzen Mitteilungen an Pfeiffer anknüpfe, so geschieht dies vor allem deshalb, weil er das grosse Material des Grazer gerichtlich-medizinischen Institutes bearbeitet hat und ich bei dieser Arbeit Pate gestanden bin. Er sagt in den Schlussbetrachtungen: „Wir haben die grob anatomischen Substrate der Selbstmordneigung verstehen und sie auf ihre Ursachen zurückführen gelernt. Aber wir können damit, das soll nicht verschwiegen werden, über eine gewisse scharf gezogene Grenze hinaus weder in das Problem noch in den Einzelfall vordringen und würden es auf diesem Wege auch dann nicht können, wenn für uns in Zukunft einmal die pathologische Anatomie des Selbstmordes restlos klargestellt wäre. Denn in den feineren psychischen Mechanismus des Einzelfalles werden wir keinen

Einblick gewinnen, ihn nicht beleuchten können. Wir mögen wohl Handhaben für die Ursache der „abnormen Reaktionsfähigkeit“ des Selbstmörders zutage fördern, über die versteckterliegenden seelischen Geschehnisse aber, ja in der Mehrzahl der Fälle selbst über die allereinfachsten können wir uns so keine Klarheit verschaffen. Wir können das um so weniger als uns nur in seltensten Fällen und auch da fast ausschliesslich das amtliche, also nicht zuverlässig festgestellte Motiv bekannt wird, und wir aus dem Vorleben des Verstorbenen meist nichts oder doch nichts Brauchbares zu wissen bekommen.“ Soweit Pfeiffer (S. 184).

Es ist ihm sicher beizustimmen, soweit es sich um Ergebnisse der Leichenöffnung handelt, obwohl manchmal selbst der Leichnam dem denkenden Zergliederer doch mehr zu sagen vermag, als es zunächst den Anschein hat, was ich an einigen Beispielen zu erläutern gedenke.

Wir können aber auch auf dem von Placzek neuerdings angedeuteten, von uns längst betretenen Wege immerhin mitunter selbst bis in die letzten und entscheidenden Gedankengänge des Selbstmörders vordringen. Er sagt (S. 137): „Doch auch die gerichtlich-medizinischen Institute, in denen die Selbstmörder zur Sektion kommen, können weit mehr zur Klärung der Frage tun, als bisher geschieht. Gerade weil die pathologisch-anatomische Richtung nur unzulängliche Ergebnisse über die ausschlaggebenden Ursachen liefert und liefern kann, müsste der gerichtliche Mediziner es sich nicht an den in Telegrammstil gehaltenen polizeilichen Auskünften genügen lassen, sondern weitgehende Recherchen fordern oder selbst ausführen.“ Das ist richtig. Wie weit und mit welchem Erfolg ich selbst diesen Weg im Laufe meiner 40jährigen Tätigkeit als gerichtlicher Mediziner betreten habe, möchte ich hier in gedrängter Kürze darstellen, da mir die Ergebnisse auch für den Psychiater von einigem Werte zu sein scheinen.

Ich wende mich zunächst der Frage des sogenannten physiologischen Selbstmordes zu. Psychiater vor allem (Gaupp, Hübner, Stelzner u. a.) erklären nie oder fast nie den Selbstmord eines geistig Gesunden gesehen zu haben, während neuestens Placzek in sehr eingehender Weise für das tatsächliche Vorkommen eines physiologischen Selbstmordes eintritt, dem er einen ganzen Abschnitt seines wertvollen Buches liefert. (II. der physiophysiologische Selbstmord S. 136—147.) Ich halte, von der Sache selbst abgesehen, die Bezeichnung für unzutreffend und leicht missverständlich.

Die Selbsttötung kann meiner Meinung nach niemals physiologisch genannt werden. Sie ist eine gewalttätige Handlung gegen das eigene Leben. Sie führt zum vorzeitigen nicht natürlichen Tod. Es liegt das Gegenteil des natürlichen Geschehens, eine Abweichung vom Naturgesetz des Sterbens vor. Deshalb lehne ich die Bezeichnung „physiologisch“ für den Selbstmord grundsätzlich ab.

Dagegen ist es richtig, dass durchaus nicht jeder Selbstmörder geisteskrank ist. Es gibt unzweifelhaft geisteskranke und geistesgesunde Selbstmörder, insofern man unter Geisteskrankheit eine klinisch erweisbare, wohlcharakterisierte Seelenstörung versteht. Diese geisteskranken Selbstmörder handeln selbstverständlich unfrei; aber auch der scheinbar sich frei entschliessende Selbstmörder ist ein Mensch mit krankhafter Reaktionsweise im Sinne Pfeiffer's. Auch bei ihm ist der Entschluss zur ungewöhnlichen Tat aus krankhaften Folgerungen, sei es Ueberwertung vorhandener Notlagen, oder Unterwertung des Eigenlebens hervorgegangen. Auch da liegt etwas Unphysiologisches vor. Es ist auch bei dem klar überlegten Selbstmord des geistig Gesunden, den ich durchaus zugebe und im folgenden an ein paar Beispielen erläutere, die Bezeichnung physiologisch unzutreffend, weil es sich hier um eine gestörte Denktätigkeit durch Umwertung der Prämissen und daraus hervorgehende falsche Schlüsse, also um krankhafte Seelenvorgänge handelt. Auch das Handeln dieser Kategorie ist nur scheinbar, nur bedingt frei¹⁾.

Robert Ritter v. P., einer meiner Jugendfreunde, hat im Jahre 1879 Selbstmord verübt. An einem Frühlingsmorgen erhielt ich einen schwarz gesiegelten Brief von ihm, mit fester sicherer Hand geschrieben, in dem er mir seinen Entschluss zum Sterben mitteilt und begründet. Es seien Worte eines Toten, die ich läse, denn zur Zeit, da der Brief in meine Hand gelange, sei die Tat bereits geschehen. Unter Dank für geleistete Freundschaftsdienste nahm er in einfachen tiefergreifenden Worten Abschied von mir und meiner Frau, die er ungemein hochschätzte. Er war richterlicher Beamter in B. und wurde wegen Wechselschulden von einem Wucherjuden, der mit Anzeigen drohte, hart bedrängt. Selbstmord erschien ihm als der einzig noch gangbare Weg eines Mannes von Ehrgefühl. R. v. P. war ein feingebildeter, geistreicher Mann mit sprudelndem Witz, eine gesellschaftliche Anziehungskraft von unwiderstehlicher Wirkung. Er war der ausgesprochene Liebling aller. Wir, seine Freunde, wären zu jedem Opfer bereit gewesen. Das wusste er auch — und dennoch Selbstmord!

Anscheinend ein typisch physiologischer Selbstmord. Placzek würde ihn sicher dazu rechnen, ich gleichwohl nicht. R. v. P. war sicher nicht

1) Für mich ergibt sich aus dieser Auffassung ein praktisch wichtiger Schluss. Die katholische Kirche weigert bekanntlich grundsätzlich dem Selbstmörder das kirchliche Begräbnis, wenn nicht Unzurechnungsfähigkeit, bzw. Geistesstörung vorliegt. Aufgeklärte Priester setzen das als selbstverständlich bei jedem Selbstmörder voraus. Mitunter wird aber eine Bescheinigung verlangt. Ich gebe sie in jedem Falle ganz unabhängig von dem Ergebnis der Leichenöffnung auf Grund meiner dargestellten wissenschaftlichen Ueberzeugung, ohne mich in meinem Gewissen belastet zu fühlen.

geistesgestört, als er den Selbstmord beschloss und ausführte. Er war aber bei allen blühenden Geistesgaben ein psychisch Belasteter und seelisch Entarteter, ein degenerierter Psychopath. Leidenschaftlich, reizbar, jähzornig zu Exzessen neigend, oft bis zur manikalischen Exaltation überschäumend war er für das Kennerauge trotz seiner an Genialität streifenden geistigen Veranlagung der Typus des erblich Belasteten. Der leichte Sinn der Jugend war bei ihm zu sträflichem Leichtsinn verdichtet. — Seine Mutter und der jüngere Bruder endeten später ebenfalls durch Selbstmord. Das ist der tragische Untergang einer alten alpenländischen Adelsfamilie. Wer kann in diesem Falle noch von „physiologisch“ sprechen?

Vor 10 Jahren ereignete sich in Graz ein sensationeller Doppelselbstmord. Der Universitätsprofessor i. R. Dr. L. G. und seine Frau vergifteten sich gleichzeitig mittels Zyankali. Er war an einem Krebsleiden erkrankt, die Frau am Erblinden. Sie beschlossen gemeinsam zu sterben; es war ein wohlüberlegter und menschlich begreiflicher Entschluss — ein physiologischer Selbstmord im Sinne Placzek's ohne Zweifel und dennoch entsteht selbst in solchem Falle die Frage: Warum Selbstmord, wo doch Tausende in gleicher Lage sich nicht töten, sondern ihre oft noch grösseren Leiden bis ans natürliche Ende tragen? Liegt nicht auch hier eine pathologische Reaktionsweise vor? Für mich ist das nicht zweifelhaft. Der Lebenswert solcher Unglücklichen ist auf Null, ja unter Null gesunken. Wenn nicht Rücksichtnahme auf die Familie, die weitere Umwelt, religiöse tief im Bewusstsein verankerte Anschauungen die Selbsttötung verhindern, wird sie, man kann fast sagen, zwangsweise erfolgen müssen. Hier liegt übrigens das Beispiel eines reinen Doppelselbstmordes vor, d. h. volle Uebereinstimmung im Entschlusse und eigenhändige Ausführung.

Der Doppelselbstmord ist jedoch durchaus nicht in jedem Falle psychologisch so klar und wird auch bei freiwilliger oder durch Suggestion eines Partners bewirkter Entschliessung sogar in der Mehrzahl der Fälle nur von einem Teilnehmer vollführt. In der Regel tötet der Mann das Weib mit dessen Einwilligung und dann sich selbst. Es liegt wohl psychologisch ein Doppelselbstmord vor, aber medizinisch und juristisch Mord und Selbstmord. Die vorangegangene Zustimmung ist oft am Leichentische feststellbar. Das erscheint seltsam und doch ist es so. Die Doppelselbstmorde durch Schuss sind hierfür überzeugende Belege. Bei voller Zustimmung des Weibes ist die Waffe an sorgfältig ausgewählter, kleiderloser Stelle angelegt, entweder in der Herzgegend (selten) oder in der linken Schläfengegend, wenn der Mann Rechtshänder ist. Bei ihm ist umgekehrt der Einschuss rechts. Entgegengesetzt liegen die Schüsse, wenn der Ausführende Linkshänder ist, was ich auch einmal sah: beim Manne links, beim Weibe rechts.

Es gibt aber auch Fälle von scheinbarem Doppelselbstmord.

Werden Ehegatten oder Liebespaare tot aufgefunden und ergibt schon die äussere Besichtigung die gleiche gewaltsame Todesart bei beiden, so wird stets Doppelselbstmord als feststehend angenommen. Diese Annahme ist jedoch keineswegs immer richtig. Es liegt in vereinzelt Fällen nämlich auch gar nicht Zustimmung zur Tötung vor, sondern Weigerung und Abwehr: Das Weib wurde gegen seinen Willen getötet und dann vollführte der Mörder Selbstmord. Woher ich das weiss? Das erzählen die Leichen, wenn man Befunde richtig zu deuten vermag. Dafür ein Beispiel:

Am 20. 11. 1917 wurde das Ehepaar J. W., Hauptmann i. R., 70 Jahre alt und seine Frau, 67 Jahre alt, in der eigenen Wohnung erschossen aufgefunden und mit der polizeilichen Meldung „Doppelselbstmord“ dem Institute eingeliefert. Die Leichenöffnung der Frau ergab Tötung durch zwei Revolvergeschüsse aus einer Entfernung, dass keine Brandwirkung mehr bemerkbar war, also etwa 1 m oder mehr. Ein Schuss ging schräg durch den Kopf mit Einschuss an ungewöhnlicher Stelle, nämlich in der behaarten Kopfhaut, 2 Querfinger über dem linken Ohre. Ein zweiter Schuss war durch das Hemd (die Frau war schon längere Zeit bettlägerig) hindurch zwischen 2. und 3. Rippe links vorne knapp am linken Brustbeinrand eingedrungen und hat das Herz durchbohrt. Die Hände waren zur Abwehr erhoben worden. Sie waren geschwärzt, eine Hand durchschossen. Die Frau war zweifelsohne gegen ihren Willen getötet worden. Der Mann hat sich durch Herzschuss entleibt. Hier liegt psychologisch, medizinisch und juristisch ein wirklicher Mord mit nachfolgendem Selbstmord des Täters, aber kein Doppelselbstmord vor.

Dies führt mich zu den scheinbaren Einzelselbstmorden hin, deren es keine geringe Menge gibt, wenn man genau zusieht und den letzten und eigentlichen Beweggründen nachforscht. Wenn ein aus guter Familie stammendes schwangeres Mädchen einen Herzschuss aufweist, und daneben einen gegen das Becken gerichteten Tiefschuss im Unterleib (eine ausserordentlich seltene Lage eines eigenhändigen Schusses), so liegt bestimmt Selbstmord vor. Der erst abgegebene Bauchschuss bekundet uns auch mit unverkennbarer Deutlichkeit den Grund der Selbstentleibung. Der Schluss, dass die Unglückliche den Beweis ihres Fehltrittes vernichten wollte, bevor sie sich selbst tötete, liegt fast offenkundig zutage (Fall aus dem Jahre 1898). Wenn aber eine Schwangere an Gift gestorben ist und dieses Gift ein anerkanntes Abtreibungsmittel ist, wie Phosphor, Arsen, Sabina, Safran, dann liegt bestimmt kein Selbstmord, sondern Fruchtabtreibung mit tödlichem Ausgang vor. Die betreffende Frauensperson hatte durchaus nicht die Absicht sich zu töten, etwa aus Schande über den Fehltritt, wie im obigen Fall, sondern sie wollte nur die Frucht töten, selbst aber weiterleben. Diese Fälle sind aus der Selbstmordstatistik auszuschalten.

Wie ich zur Kenntnis dieses Zusammenhanges kam? Durch persönliche Mitteilungen von solchen scheinbaren Selbstmordkandidatinnen, die genesen sind. Schon 1902 habe ich dies unter eingehender und reicher kasuistischer Begründung festgestellt¹⁾. Von den späteren Bearbeitern des Selbstmordproblems ist dies zumeist gar nicht beachtet worden. Hunderte von angeblichen Frauenselbstmorden sind es nach dieser Erkenntnis gar nicht. Wohl haben sich diese Personen das Gift selbst einverleibt, aber nicht zum Zwecke sich zu töten. Sie wollten sich vielmehr der mit der Schwangerschaft verbundenen Sorgen und Mühen entledigen; ihr Ziel war nicht der Tod, sondern das möglichst sorgenfreie Fortleben. Es liegt Selbsttötung vor, die kein Selbstmord ist, da die Tötungsabsicht fehlt. Solche Fälle sind Scheinselbstmorde.

Zum Scheinselbstmord gehören auch gewisse Selbstmordversuche, die in Täuschungsabsicht unternommen werden. Der Täter hat die klar überlegte Absicht, den Schein zu erwecken, er habe sich töten wollen, es sei ihm dies aber misslungen. Er ist bei der Ausführung sorgsam bemüht, sich ja nicht schwer oder lebensgefährlich zu verletzen. Der Selbstmordversuch lässt, das weiss er, seinen Geisteszustand zweifelhaft erscheinen und da er kriminell geworden war, darf er hoffen, für unzurechnungsfähig erklärt zu werden und straffrei zu bleiben.

1890 hatte ich in Tirol einen Notar auf seinen Geisteszustand zu untersuchen, der wegen Veruntreuung kleiner Beträge in strafgerichtlicher Untersuchung stand. Er hatte sich 9 Stiche in der Herzgegend beigebracht. Mir fiel die Zahl und Unbedeutendheit der Verletzungen auf. Kaum war die Haut völlig durchtrennt. Kein Stich ging auch nur in die Muskulatur. Ich war von der beabsichtigten zielbewussten Täuschung auf Grund dieser objektiven Wahrnehmung innerlich überzeugt, wollte aber volle Gewissheit haben. Ich sagte dem Manne, nachdem ich ihm lange Zeit zugehört hatte, plötzlich ins Gesicht, was ich dächte. Er war erschüttert. Ich versicherte ihm zu helfen, wenn er mir bezüglich des Selbstmordes die volle Wahrheit gestehe. Dies tat er auch; ich hatte vollkommen richtig geurteilt. Selbstmord war nie beabsichtigt, nur vorgetäuscht. Es lag Selbstmordsimulation vor.

Einen ganz gleichen Fall erlebte ich in Graz mit einem strafbar gewordenen Rechtsanwalt, der einen Selbstmordversuch mit dem Erfolg vor täuschte, dass die Einstellung des Verfahrens erfolgte.

Es gibt aber auch das Gegenteil — Dissimulation des Selbstmordes. Das soll heissen, ein Selbstmord wird in solcher Art ausgeführt, dass er für

1) Ueber Phosphor und Arsen als Fruchtbarkeitseigungsmittel. Vierteljahrsschrift f. ger. Medizin. 3. Fol. 1902. Bd. 23. H. 1.

die Aussenwelt als Verunglückung oder natürlicher Tod erscheint. Versicherungsrechtliche, religiöse und gesellschaftliche Gründe bestimmen den Täter, einen Weg einzuschlagen, der voraussichtlich es unmöglich macht, zu erkennen, dass Selbstmord verübt wurde. Er stürzt ab (im Gebirge), er verunglückt (scheinbar) durch Ueberfahrenwerden in einer Bahnstation. Ich kenne die Geheimgeschichte zweier solcher versteckter mit Erfolg dissimulierter Selbstmorde. In einem dritten Falle konnte ich den Selbstmord aus den Leichenbefunden erschliessen. Es war die Verunglückung eines angesehenen Mannes gemeldet worden (1917), der tot im Hausflur aufgefunden wurde. Er sollte gestolpert und auf das Steinpflaster aufgeschlagen sein, als er in der Morgendämmerung das Haus verlassen wollte. Die vielfachen und umfänglichen Verletzungen innerer Organe ergaben die Diagnose „Tod durch Absturz“. Da die Stiege gut versichert war, konnte Verunglückung fast sicher ausgeschlossen werden. Nach einigen Tagen erschien die hinterbliebene Witwe bei mir und gestand auf meinen Vorhalt den Selbstmord des Gatten ein. Er war schwermütig, hatte oft Selbstmordgedanken geäussert und in einem hinterlassenen Briefe Abschied genommen.

Die Tötungsart ist in manchen Fällen ein, ich glaube sagen zu dürfen, untrügliches Kennzeichen bestehender Geistesstörung. Verstümmelnde Selbstmordarten, Selbsttötung durch Beilhiebe oder Eintreiben eines Nagels oder Spießes in den Kopf, Selbstfesselung mit nachfolgendem Ertränken und wohl auch zumeist der Absturz gehören dahin, ebenso der freiwillige Hungertod und die Selbstverbrennung (Beispiele aus unserem Institute bei Pfeiffer, S. 164—180).

Oft ist der Selbstmord ein rein impulsiver Akt. Er wird ohne Ueberlegung, einem plötzlichen Antriebe folgend, ganz unbesonnen ausgeführt. Dahin gehören fast alle Selbstmorde Jugendlicher um die Zeit der Geschlechtsreife und viele Selbstmorde von Frauen, die zur Zeit der Menstruation begangen werden. Gelingt der triebartig ausgelöste Angriff gegen das eigene Leben nicht, bleibt es also beim Versuch, so ist der Mensch wohl ausnahmslos dauernd geheilt, seine Selbstmordneigung ist geschwunden. Der Selbstmordversuch hat in diesen Fällen eine kritische Bedeutung, der Angriff auf das Leben wird nicht wiederholt, selbst dann nicht, wenn schwere dauernde Schäden oder Leiden als Folgen zurückgeblieben sind. Ich kenne genau die Lebensschicksale von zwei jungen Männern, eines Juristen und eines Mediziners, die vor bald 20 Jahren sich durch Kopfschuss zu entleiben versuchten. Sie sind beide infolge Tiefschusses erblindet. Der Mediziner ist mittlerweile Philosoph geworden und hat den Doktor gemacht. Beide tragen ihr gewiss beklagenswertes Loos ruhig und sind zufriedene, abgeklärte Menschen. Sie werden, obwohl jetzt ein besonders schwer ins Gewicht fallender Grund dazu vorläge, auch in Zukunft nicht mehr zum Selbstmord schreiten.

Das gleiche gilt für ein damals 21-jähriges Dienstmädchen, dem ich vor 10 Jahren das Leben gerettet habe, indem ich die dem Ertrinken nahe Selbstmörderin aus dem Wasser zog. Sie war in einem erotischen Erregungszustand plötzlich ins Wasser gesprungen. Das Wasser wirkte ernüchternd wie kalte Dusche. Sie hat bald darauf geheiratet, ist Mutter von zwei gesunden Kindern, trägt das harte Los, dass ihr zum Kriegsdienst eingerückter Mann seit 3 Jahren verschollen ist, ruhig, kämpft mutig den gegenwärtig so harten Kampf ums Dasein durch und ist für ihre Lebensrettung äusserst dankbar. Zu jedem Jahreswechsel erhalte ich einen herzlichen Gruss und Glückwunsch, gezeichnet „Ihre ewig dankbare Anna Huber“. Sie ist von ihrer Selbstmordneigung, die übrigens wie in den oberen Fällen ganz flüchtig, sozusagen nur eine augenblickliche Eingebung war, dauernd geheilt. Meiner festen Ueberzeugung nach wird sie nicht durch Selbstmord enden.

Im Gegensatz zu diesen impulsiven Selbstmördern steht bei den Geisteskranken, bei Schwermütigen, Hypochondern und schweren Neurasthenikern, wenn sie gerettet wurden, die Wiederholung in sehr bestimmter Aussicht. Man kann, wie in den oberen Fällen die Heilung, so hier die Unheilbarkeit der Selbstmordneigung vorhersagen. „Der Mann endet doch durch Selbstmord“, habe ich von jenem Grazer Arzte ein Jahrzehnt vor seinem Tode gesagt, der von zweimaligen Selbstmordversuchen durch Morphin glücklich errettet worden ist. Am 5. 8. 1914 habe ich ihn seziert. Er hatte diesmal ausser Morphin sich auch noch eine starke Sublimatlösung einge-
verleibt.

Diese knappen Mitteilungen, mehr Skizze als volle Durcharbeitung, bezwecken die Aufmerksamkeit interessierter Fachkreise darauf hinzulenken, dass noch auf verschiedenen Wegen das vielfach dunkle Selbstmordproblem beleuchtet und in seinen seelischen Wurzeln erfasst werden kann. Sie sollen dartun, dass wir seit Jahrzehnten schon auch über die Leichenzergliederung hinaus in das seelische Geschehen Einblick zu gewinnen suchten. Pfeiffer hat das reiche Material unserer Anstalt (600 Fälle) nach der pathologisch-anatomischen Seite bearbeitet. Mein jüngerer Schüler Dr. Richard Weeber (gegenwärtig Regimentsarzt im Felde) ist eben daran, dasselbe nach der psychiatrisch-psychologischen Seite auszuwerten. Er hat in mühevoller Arbeit schon viel erhoben und gesammelt. Da die Fertigstellung dieser grossen Arbeit durch die Kriegsverhältnisse vielleicht noch in weite Ferne gerückt ist, mögen meine kurzen Ausführungen, die in den bisherigen Veröffentlichungen über den Selbstmord meist nicht oder nur oberhin berührte Fragen betreffen, auch als vorläufige Mitteilung für Weeber's Arbeit gelten.

Bezogene Literatur.

- Baer, Der Selbstmord im kindlichen Lebensalter. Leipzig 1901.
Brosch, Die Selbstmörder, mit besonderer Berücksichtigung der militärischen Selbstmörder und ihrer Obduktionsbefunde. Wien 1909.
Friedemann, Pathologisch-anatomische Befunde von Selbstmördern. Kiel 1890.
Gaupp, Ueber den Selbstmord. München 1905. 2. Aufl. 1910.
Hübner, Ueber den Selbstmord. Jena 1910.
Kratter, Lehrbuch der ger. Medizin. Stuttgart 1912. Selbstmord. S. 357—761.
Masaryk, Der Selbstmord als soziale Massenerscheinung der modernen Zivilisation. Wien 1881.
Pfeiffer, Ueber den Selbstmord. Eine pathologisch-anatomische und gerichtlich-medizinische Studie. Jena 1912.
Placzek, Selbstmordverdacht und Selbstmordverhütung. Leipzig 1915.
Sichel, Zur Psychopathologie des Selbstmordes. Deutsche med. Wochenschr. 1911. S. 445.
Stelzner, Analyse von 200 Selbstmordfällen. Berlin 1906.
Wassermeyer, Ueber den Selbstmord. Archiv f. Psych. 1913. Bd. 50.
-