

Aus der Universitäts-Nervenklinik Tübingen
(Direktor: Prof. Dr. Dr. h. c. ERNST KRETSCHMER)

Zur Psychopathologie des Klinefelter-Syndroms

Zugleich ein Beitrag zum Problem der Perversionen

Von
HERMANN ROSKAMP

Mit 1 Textabbildung

(Eingegangen am 16. Juni 1959)

Nachdem der Kanadier BARR im Jahre 1949 erstmals die chromosomale Geschlechtsbestimmung an Körperzellen durchführte, wurde es möglich, eine schon 1942 erstmals präzise umschriebene Sonderform von Hypogonadismus, das sogenannte Klinefelter-Syndrom nosologisch abzugrenzen. Das Klinefelter-Syndrom ist „die einzige bisher bekannte Intersexform, bei der die Geschlechterdiskrepanz nicht zwischen dem gonadalen und genitalen, sondern zwischen dem chromosomal und gonadalen Geschlecht liegt“ (LABHARDT). Mit anderen Worten: Während die *Sexualorgane* — sowohl die Gonaden als auch die Genitalien — *männlich ausgebildet sind*, ergibt die chromosomale Bestimmung an den *Körperzellen* ein *weibliches Geschlecht*. Die Zahl der bisher veröffentlichten, nicht nur endokrinologisch, sondern auch psychopathologisch durchuntersuchten Kranken dieses Syndroms ist noch verhältnismäßig gering. Zwar wurde die konstitutionelle und endokrine Symptomatik in den einschlägigen Lehrbüchern inzwischen eingehend dargestellt; im Vordergrund stehen dabei die femininen Züge in Psychomotorik und Physiognomie, feminine Schambehaarung, fehlender Bartwuchs, weibliche Hüftschweifung, Gynäkomastie, hypoplastische Prostata und Gonaden mit charakteristischen histologischen Befunden sowie eine vermehrte Gonadotropinausschüttung. Die psychopathologische Befunderhebung muß man dagegen zur Zeit noch als relativ dürftig bezeichnen. Erheblichere Serienuntersuchungen liegen noch nicht vor.

Der folgende kasuistische Beitrag bezieht sich auf einen Kranken, dessen Symptomatik sich in mancher Hinsicht, insbesondere durch grobe Triebperversionen, wesentlich von den psychopathologischen Bildern abhebt, die bisher im Zusammenhang mit dem Klinefelter-Syndrom in der Literatur ihren Niederschlag fanden. Es ergeben sich anhand des Falles einige Gesichtspunkte von grundsätzlicher Bedeutung für das Verständnis psychopathologischer Phänomene bei dyskrinen Konstitutionen.

Angesichts der nachfolgend geschilderten körperlichen und speziell endokrinen Befunde kann zunächst die Diagnose eines Klinefelter-Syndroms als gesichert gelten:

Der 22jährige Paul H. kam mit der Bitte zur Aufnahme; er leide unter einem Laster und wolle davon befreit werden.

Es handelt sich um einen hochaufgeschossenen Mann in gutem Ernährungszustand. Die Haut des Brustkorbes an der Vorder- und Rückseite und an den Ober- und Unterarmen ist von zahlreichen, zum Teil bis zu 10 cm langen, reizlosen Narben nach Schnittverletzungen übersät. Fachinternistisch im Bereich des Thorax- und

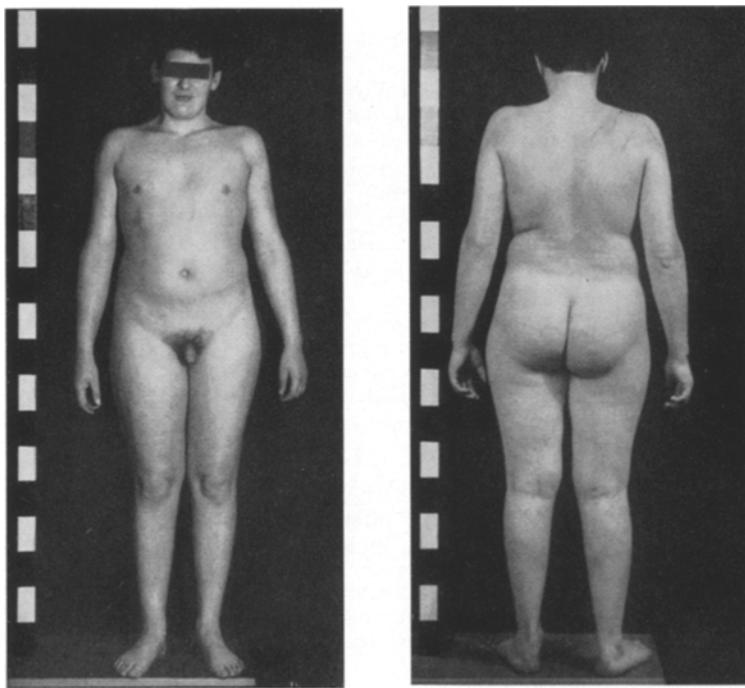


Abb. 1. 22jähriger „Mann“ mit Klinefelter-Syndrom. Von den zahlreichen Narben nach Schnittverletzungen zeichnen sich auf den Abbildungen nur einige auf der Rückansicht der rechten Schulter angedeutet ab

Bauchraumes keine krankhaften Befunde (Med. Univ.-Klinik Tübingen). Es findet sich eine ausgesprochen feminine Hüftschweifung und Fettverteilung und eine sehr spärliche Achsel- und Bartbehaarung. Die Schambehaarung ist nach oben in femininer Weise waagerecht begrenzt. Keine nennenswerte Gynäkomastie. Der Penis ist fast normal groß. Die Testes sind kleinbohnengroß, etwas flach und fest. Das Scrotum ist auffallend klein, die Prostata knapp pfennigstückgroß, flach, nicht vorspringend und wenig konsistent. Röntgenaufnahmen zeigen an der Hand und am Beckenkamm noch nicht ganz geschlossene Epiphysenlinien. Auf den Schädelaufnahmen ergibt sich ein asymmetrischer Schädel mit deutlich ausgebuchteter re. Parietalschuppe bei sonst unauffälligen Verhältnissen. Es besteht Hohlgauumen. Der neurologische Befund ist durchgehend unauffällig. Als Zeichen vermehrter

vegetativer Labilität finden sich Hyperhidrosis, kalte Extremitätenenden und Dermographismus ruber.

Das *Elektrencephalogramm* ergibt über den vorderen Partien reichlich 5–6 Hz. Schwankungen mit seitengleichem Verlauf und 60–100 Mikro-Volt Spannung. Unter der Hyperventilation wird die 5 Hz. Produktion aktiviert, li. ist die Aktivierung etwas stärker als re. Das EEG zeigt eine Allgemeinveränderung, die über der li. Hemisphäre gering betont ist.

Liquor cerebrospinalis. 17 mg-% Gesamteiweiß, Eiweißquotient 0,13, Reduktionszeit über 26 min. Normale Normomastixkurve, 10/3 Lymphocyten. — Liquor sediment: Vermehrt Rundzellen und gequollene Bindgewebszellen; orthochromatisches, eosinophiles Eiweiß in mäßigen Mengen; Beurteilung: Meningealer Reizzustand.

Pneumencephalogramm. Mikroventrikulie, Außenluft über den Hemisphären unauffällig. Etwas große Basalcysternen.

Der Wasserbelastungsversuch nach VOLHARD, die Traubenzuckerdoppelbelastung nach STAUB-TRAUGOTT und die Insulinbelastung zeigten normale Ergebnisse.

Bei der Grundumsatzbestimmung ergab sich eine Abweichung um –6%.

Hodenbiopsie (Prof. TONUTTI, Anat. Institut der Univ. Tübingen): Die Tubuli sind vollkommen verödet, an einer Stelle finden sich noch 2 Anschnitte eines Kanälchens mit verdickter Tunica propria. Das Zwischengewebe besteht teilweise aus Klumpen und Ballen von Leydig-Zellen. Zum überwiegenden Teil ist das Zwischengewebe locker gebaut, die Leydig-Zellen sind größtenteils nur unvollständig entfaltet.

Ein Ejaculat wurde nicht gewonnen, da es bei dem Patienten nur unter Masturbation mit Selbstverletzung zur Ejaculation kommt.

Chromosomale Geschlechtsbestimmung an den Zellen der Mundschleimhaut (Med. Univ. Klinik Tübingen): Epithelzellbild eindeutig feminin.

Bestimmung des Follikelreifungshormons im Urin: 384 IMG (Med. Univ. Klinik Tübingen).

Zur Vorgeschichte standen im wesentlichen nur die eigenen Angaben des Patienten zur Verfügung. Wir referieren sie ausführlicher, da sie die Persönlichkeit des Kranken besser als Beschreibungen widerspiegeln:

Über den Vater. „Früher war er Boxer und Catcher, jetzt hat er ein Süßwarengeschäft und vertreibt aus Liebhaberei kunstgewerbliche Artikel, die er in seinem Bekanntenkreis aufkauft. — Der Vater ist gut zu mir, aber er hat einen hohen Blutdruck und fährt schnell aus der Haut . . . er ist brutal und gewalttätig . . . aufbrausend und jähzornig . . . brüllt immer gleich los . . . er schnappt sofort über und haut sinnlos auf einen ein . . . als ich in der 3. Schulklasse war, habe ich meiner Mutter vor das Schienbein getreten, da hat er mich gepackt und mit aller Wucht gegen die Wand geschleudert und verschlagen; ich habe furchtbar geblutet und wurde vom Arzt behandelt . . . ich habe mich nie gegen ihn wehren können — er war viel zu stark, aber ich hatte nie den Wunsch, ihn zu schlagen; ich will auch nicht, daß er Schwierigkeiten bekommt . . . ich schätze ihn, er kann etwas und ist angesehen in seinem Geschäft.“

Aus den Angaben des Vaters bei der Kriminalpolizei im September 1958:

„Von meinem Sohn will ich nichts mehr wissen . . . er hat uns vor 2 Jahren verlassen und seit dieser Zeit besteht zwischen ihm und der Familie keinerlei Verbindung mehr. Ich kann nicht sagen, wo er sich zur Zeit aufhält und was er treibt. Mich interessiert das auch gar nicht mehr . . . ich will endlich meine Ruhe haben . . . ich will von meinem Sohn nichts mehr wissen und mache auch keine weiteren Angaben mehr über ihn.“

Angaben des Patienten über die leibliche Mutter: „Ich kann mich nicht an sie erinnern, irgendwann, im Kriege haben sich die Eltern scheiden lassen. Ich weiß nicht, wer schuldig war. Mein Vater sagt: ‚Sie ging mit Amis und Negern‘. Er hat mir verboten, zu ihr zu gehen. Dennoch habe ich vor 2 Jahren heimlich in einer fremden Stadt ihre Wohnung ausfindig gemacht, sie aber nicht angetroffen, sie geht mit den Amis.“

Über die Stiefmutter: „Ich kann mich nicht erinnern, wann sie den Vater heiratete, ich war noch ein kleiner Junge . . . sie ist jetzt 52 Jahre alt; sie ist Polin, sie sieht sehr gut aus. Sie sollten sie sehen! Ich mag sie gern, sie ist eine anständige Frau . . . schon im Waisenhaus hat sie mich immer besucht . . . der Vater versteht sich nicht mit ihr. Es gibt oft Unstimmigkeiten. Er geht deshalb zu anderen Frauen. Wenn sie dann geheult hat, habe ich sie immer getröstet . . . ich hatte sie sehr gern, ich weiß auch nicht, wie ich es sagen soll; halt so wie ein Mädel.“ Sie habe ihn gelegentlich sehr erregt: „Wenn sie abends auf dem Chaiselongue gelegen hat, habe ich vor ihr gehockt und sie abgestreichelt und dabei ist mir dann auch das Glied steif geworden. Das ist öfter so gewesen. Ins Bett bin ich mit ihr natürlich nicht gegangen. Aber sie ist halteineschöne Frau, Polin und einaubere Frau, da gibt es garnichts! Sie war immer sehr gut zu mir.“ — „Der Vater hat es manchmal gespannt und losgebrüllt: Ich weiß schon Bescheid, ihr scid eine schlimme Bagage!“

Aus einem Brief des H.: . . . ich konnte nicht mehr zurück, denn ich liebte die Frau meines Vaters, meine zweite Mutter, denn sie war gut und sehr liebevoll. Mein Vater war zu hart für sie. Es gab viel Streit zwischen ihnen. Ich wußte dann, daß ich meinem Vater vielleicht das Beste nehme, das er gern hat, denn sie war tüchtig im Geschäft. So ging ich von zu Hause fort, um alles zu vergessen.

Angaben über den eigenen Lebenslauf: Zunächst vorwiegend von der Großmutter aufgezogen, sei er mit 6 Jahren in das Waisenhaus in A. gekommen, wo er 3 oder 4 Volksschulklassen absolvierte und einmal sitzen blieb. 1 Jahr lang sei er dann wieder bei der Großmutter gewesen, dann aber in das Waisenhaus nach M. gekommen, weil er sie zu viel geärgert habe. Nach einem weiteren Jahre habe man ihn wieder nach Hause geholt, ihn dann aber bald in das Jugend- und Altersheim in K. gebracht, wo er 2 Jahre lang bis zur Schulentlassung geblieben sei. Er habe dann daheim eine Metzgerlehre begonnen, diese aber auf Wunsch des Vaters wieder aufgegeben, um eine Malerlehre durchzumachen. Die Gesellenprüfung nach 3 Jahren habe er jedoch nicht bestanden. Vorübergehend sei er dann im väterlichen Geschäft gewesen, wegen häufiger Streitereien mit dem Vater dann aber Bauhilfsarbeiter geworden. Schließlich habe er, da er sich mit dem Vater nicht verstand, das Elternhaus verlassen. Als bald sei er wegen eines nächtlichen Einbruchdiebstahles, bei dem es sich im wesentlichen um Mundraub gehandelt habe, zu 3 Monaten Gefängnisstrafe verurteilt worden. Im Sommer 1957 habe er bei seiner Baufirma wegen schlechter Bezahlung gekündigt und 1—2 Monate als Hilfsarbeiter in einer Gießerei gearbeitet, bis ihm die Arbeit zu schwer geworden sei. Zuletzt sei er Hilfsarbeiter in einer Papierpresserei gewesen. Er habe auf dem Arbeitsplatz oder im Übernachtungsheim geschlafen.

Über sein Verhältnis zum anderen Geschlecht. Er wünsche sehr, eine Frau zu finden, mit der er sich geschlechtlich verstehe; sie müsse groß, schlank, schwarz, hübsch und vor allem sauber sein . . . es gefalle ihm sehr gut, mit einer Frau zu tanzen, das erregt ihn auch, aber dann habe er Hemmungen, intimere Beziehungen aufzunehmen . . . er habe schon öfters eine Freundin gehabt, aber nie für längere Zeit, denn er könne keinen normalen Geschlechtsverkehr aufnehmen, was ihn sehr bedrücke. Bei wiederholten entsprechenden Versuchen habe er immer, wenn es so weit gewesen sei, plötzlich Angst bekommen und sich selbst zurückgezogen. Auch auf eindringliche Aufforderungen der Mädchen hin habe er nicht gekonnt und mit

Ablenkungsversuchen geantwortet . . . er wolle gern eine Frau haben, aber nur zum Anschauen und Streicheln, sonst wolle er nichts von einer Frau. Manchmal denke er, er wolle auch Geschlechtsverkehr, aber er habe Angst, er werde versagen und er sei impotent. Eigentlich graus es ihm vor einem richtigen Geschlechtsverkehr mit Frauen. „Ich habe einen Ekel davor, das war schon immer so.“ In der Begegnung mit Mädchen müsse er oft an die ekelregenden Dinge denken, die er von Bauarbeitern auf dem Bau gehört habe. Er schildert dann gegen größten inneren Widerstand verschiedene sexuelle Perversionen, unter anderem Cunnilingus. Er habe schon vor einem Freudenhaus gestanden, auch das Geld dazu gehabt, dann sei er aber aus Angst nicht hinein gegangen. — Mit 17 Jahren etwa habe er das Boxen angefangen. Vor dem Kampf bei der Betrachtung des Gegners im Ring und erst recht während des Kampfes sei er in äußerste, stark sexuell getönte Erregung geraten, wenn der Gegner ein schöner, muskelkräftiger, gut gewachsener Mann war. Haarige und hagere Männer habe er aber nicht ausstehen können. „Richtig stark geschlechtlich erregt, so wie ein schöner Mann im Ring, hat mich noch keine Frau. Manchmal finde ich aber eine Frau schön, eben so, weil sie so gewachsen ist. So wie man etwa eine Blume schön findet.“

Angaben zur eigenen Persönlichkeitsentwicklung: An die frühere Kindheit erinnere er sich nicht. Seine Erinnerung reiche nur bis zum ersten Waisenhausaufenthalt mit 6 Jahren zurück: „In diesem Heim gab es fast jeden Tag Prügel, schon morgens beim Aufstehen; ich habe gern zugesehen, wenn andere Prügel bekamen. Wenn einer etwas Besonderes angestellt hatte, mußten wir anderen Kinder 2 Reihen bilden, der Betreffende mußte hindurch laufen und jeder von uns durfte auf ihn einschlagen. Mir machte es allmählich Freude, solche Prügel zu beziehen und ich bin schließlich ganz langsam durchgelaufen.“ Der Patient berichtet dann von seinem Trieb, die Schwestern zu ärgern und etwas anzustellen, „damit ich Schläge bekam.“ . . . „Damals, etwa im 2. Schuljahr — ich weiß es noch aus einem Tagebuch, das ich damals führte — habe ich im Streit einen Kameraden einmal so verprügelt, daß er ganz unmenschlich geblutet hat. Das hat mir richtig gut getan.“ . . . „Als ich etwa 13 Jahre alt war, im Waisenhaus in K., haben wir oft Indianer gespielt. Da hatte ich eine Idee: Wir haben unsere Gefangenen an Bäume gefesselt und ihnen mit Ruten den entblößten Oberkörper gepeitscht . . . später haben sie auch mich geschnappt und ausgepeitscht. Beim ersten Mal tat es schrecklich weh, das zweite Mal nicht mehr so und schon beim dritten Mal hat es mir Wollust bereitet, ausgepeitscht zu werden; es war für mich angenehm, aber erst vom 4. oder 5. Streich an . . . es war schon damals so: Ich habe Lustgefühl, wenn ich dem anderen Schmerzen zufügen kann und wenn ich selbst Schmerzen empfinde. Die größere Freude hatte ich aber, wenn ich selber Streiche bekam . . . auch heute noch, wenn ich mir selbst Schnitte beibringe, denke ich immer an die Indianerspiele, wo wir uns gegenseitig auspeitschten . . . Wir haben in diesem Heim oft gerauft. Einmal hatte ich einen Kameraden die Stiege herunter geschmissen. Da fielen die Schwestern über mich her und schlügen mich mit Stecken. Ich habe aus Nase und Mund geblutet.“ Nach Schulabschluß sei er aus dem Heim entlassen und wieder nach Hause gekommen. Damals mit 14 Jahren etwa, habe er begonnen zu onanieren. Es habe ihn sehr befriedigt. Zu Hause sei es zu Reibereien mit dem Vater gekommen. Nach einer solchen Auseinandersetzung — vielleicht sei es auch 1 oder 2 Jahre später gewesen — sei er sehr verstimmt gewesen und habe gedacht, jetzt habe alles keinen Sinn mehr. Um seinem Vater zu imponieren und „weil ich meinem Vater Angst einjagen wollte“, habe er sich mit einem Rasiermesser an der Brust verletzt, und dabei bemerkt, daß das mit Lustgefühlen verbunden sei. Seitdem habe er sich in Verbindung mit Masturbation immer wieder Rasiermesserschnitte beigebracht. Er tue das kurz vor der Ejaculation, nur so sei die Betätigung für ihn

angenehm. Schmerzen spüre er erst später, bei der allgemeinen Erschlaffung. — „Bald habe er eine Metzgerlehre begonnen. Das habe ihm „riesig Spaß“ gemacht. Er habe gern Blut gesehen und es mit Behagen getrunken... „Ich will Blut sehen, ich muß es ganz offen sagen, das Blut ist mir die Hauptsache. Ich bin ein richtiger Pechvogel und habe mich schon oft verletzt, ich helfe etwas nach, damit ich mich verletze... ich habe mir an beiden Armen schon die Adern durchgeschnitten, ich wollte einmal sehen wie es ist, wenn das Blut herauskommt. Das habe ich unter dem Onanieren gemacht... ich habe schon viele Viecher umgebracht, Katzen, Hunde, Mäuse, Ratten, Hühner. Den Katzen habe ich das Genick abgedreht, den Bauch aufgeschlitzt, das Herz herausgerissen und auseinandergefaltet... dabei bin ich in große Erregung... in einem richtigen Delirium, ich merke nicht, was um mich vorgeht... Erst wenn das Herz heraus ist, werde ich wieder ruhig... Wenn ich die Tiere umbringe, onaniere ich nicht, bin aber stark sexuell erregt. Es ist angenehm, wenn ich mit der Hand innen herumwühle, wenn es so warm ist und das Blut herausspritzt, dann wird mein Glied steif. Ich hätte zur Zeit der Ritter und der Folterkammern leben mögen und als Henker arbeiten.“ Er kennt alle Foltergeräte, die Eiserne Jungfrau, den Streckapparat, die Fußquetsche, das Rad usw., lese am liebsten Bücher, in denen viele Mordgeschichten vorkommen. Er habe sich schon oft vorgestellt, er bringe jemanden um. Er würde es machen wie die Mau-Mau, mit den Krallen den Körper aufreißen und ihn dann langsam zu Tode quälen, ganz langsam und grausam. Er möchte einmal innen hineinschauen, wie es im Körper innen aussehe... Das Warme in Inneren sei so angenehm. Er würde gern in den Krieg ziehen; es wäre eine Lust, alle mit dem MG nieder zu mähen. Dann könne er ja auch einmal nachsehen, wie es innen im Menschen aussehe. — Die Metzgerlehre habe er nach $\frac{1}{2}$ Jahr aufgegeben, da der Vater dagegen gewesen sei, als er gemerkt habe, daß er sich mehrere Schnittwunden und einen Stich beigebracht habe. — Mit etwa 18 Jahren habe er auf einem Sportfest einen 22-jährigen Kameraden kennen gelernt, der „sexuell veranlagt“ gewesen sei und immer nach seinem Genitale gegriffen habe. Zunächst habe er sich gewehrt, dann sei es aber zwischen ihnen sozusagen zu einem Vertrag gekommen. Er habe sich von dem Anderen dafür mit einer Hundepetsche auf den Rücken schlagen lassen, jeweils 30—40 mal. Schon nach den ersten Streichen sei er sexuell stark erregt geworden. Auf dem Höhepunkt, wenn die Haut aufplatzte, sei es zu Erktion, allerdings nicht zur Ejaculation gekommen. Später habe er sich in Wirtschaften irgend einen fremden Mann dazu ausgesucht, dem er dafür 10,— DM gegeben habe. — Zur Ejaculation sei es bei ihm immer nur gekommen, wenn er beim Siehschmerzenzufügen onaniert habe. — Seit einiger Zeit habe er eine neue Arbeitsstelle. Der Chef sei wie ein Vater zu ihm, habe ihn schon zu sich eingeladen, behalte stets etwas von seinem Verdienst zurück, um es ihm auszuhändigen, wenn Anschaffungen nötig seien. Bis dahin habe er nie in seinem Leben beständige Liebe erfahren. Er habe sich immer einsam und verlassen gefühlt.

Wir erhoben folgenden psychischen Befund: Bewußtseinsklar, voll orientiert. Trotz immer wieder anklingenden Mißtrauens im allgemeinen aufgeschlossen, kontaktbereit und rapportfreudig. Physiognomie und Mimik muten feminin an; die Psychomotorik ist wechselnd, rund, harmonisch, von fast weiblichem Charme oder aber abrupt-vehement, puberal ungelenk, jeweils in Abhängigkeit von Antriebs- und Affektlage. Antrieb, Affekt und Stimmungslage sind starken Schwankungen unterworfen. Taglang wirkt der Patient ruhig, ausgeglichen, freundlich, er ist hilfsbereit und geradezu liebenswürdig. Er zeichnet stundenlang geometrische Muster, Ornamente usw. Dann macht sich — ohne erkennbar äußere Ursache — eine depressive Stimmungssenkung bemerkbar. „Ich bin so schnell schwermüätig, wenn ich einen Mitpatienten weinen sehe, möchte ich auch gleich weinen.“ Der

Patient wird alsbald mürrisch, zunehmend reizbarer, umtriebig, er trägt eine laut-euphorische Fassade zur Schau, hänselt und boxt sich lachend mit seinen Zimmergenossen, beteiligt sich lärmend und ungeschlacht an Ballspielen und drängt zur Gartenarbeit, bei der er sich körperlich bis zur Erschöpfung ausgibt „um zur Ruhe zu kommen“. An solchen Tagen berichtet er gelegentlich darüber, daß seine „geschlechtliche Erregbarkeit stärker“ sei; ein „sauberes“ Mädchen, das er beim Ausgang in der Stadt sah oder eine entsprechende Abbildung in einer Illustrierten Zeitung habe ihn erregt. — Bald meldet er sich dann spontan beim Arzt: „Es geht wieder los! Ich spüre es schon seit Tagen, die Unruhe wird größer. Helfen Sie mir. Der Zwang ist wieder da! Bald kann ich mich nicht mehr beherrschen! Ich werde mich wieder schneiden.“ Geschieht dann nichts, so wird er zunehmend aggressiv, streitsüchtig, rüpelhaft und grob ausfällig zu Pflegern und Mitpatienten. Schließlich kommt es zu profusem Schweißausbruch und der Patient klagt über starkes Herzschlagen. Man kann ihn dann nur noch durch Tiefhypnose oder hohe medikamentöse Eindosierung (400 mg Protaktyl + 400 mg Atosil) dämpfen. In den dann folgenden Tagen fühlt er sich „zwar sehr erleichtert, aber noch nicht befreit“. Im einzelnen führt der Patient spontan noch aus: „Es kommt ganz wellenförmig, fast wie eine Fieberkurve — in Abständen von vielleicht 8 oder 10 oder 12 Tagen. Jetzt, wo ich nicht onaniere und mich nicht verletze, ist es viel schlimmer. Das kommt bestimmt davon, daß ich dem Drang hier nicht nachgebe, daß es immer unterdrückt wird.“ Er könnte sich nicht denken, woher es komme. An besonders aufreizende Erlebnisse vor Beginn einer solchen „Welle“ erinnert er sich nicht.

Psychodiagnostische Untersuchungen durch G. HERTEL¹: Patient wurde in einer Phase äußerlich ruhiger Ausgeglichenheit untersucht. Die Intelligenz ist insgesamt leicht unterdurchschnittlich (IQ nach WECHSLER 94; nach AMTHAUER 64). Umdenken, Umstellungsfähigkeit, praktisches und theoretisches rechnerisches Denken, Form- und Raumauflassung sind besonders dürftig. Im Kraepelin-Test sehr niedriges Leistungsniveau, sehr langsames Denken, schwacher Spontananstrieb, geringe Willensenergie. Unter ständiger Kontrolle und Anspornung nimmt die Leistung wesentlich zu. Die geringen Intelligenzleistungen sind großenteils antriebsbedingt! — Rorschach, TAT: Flache, kurzdauernde Affekte, geringe emotionale Beeindruckbarkeit, starke Reizbarkeit; sehr empfindliches Selbstwertgefüge stark gebremste und gehemmte Aggressivität, Autoritätsprotest bei extrem erhöhter Angst. Gefühl der Unsicherheit, des Ungeborgenseins, Angst vor der Umgebung, vor den Lebensaufgaben. Starke Fixierung an den eigenen Körper.

Descriptiv-psychopathologisch handelt es sich also — knapp zusammengefaßt — um eine eher primitiv strukturierte, sexuell unausgereifte, reizbare und willensschwache, aggressiv-gehemmte Persönlichkeit mit sexueller Ambition und extrem starken sadistischen und masochistischen Zügen. Im Verlauf periodisch auftretender Trieb- und Antriebssteigerungen kommt es zu dranghaften Erregungszuständen, die unter schweren masochistischen Entäußerungen im sexuellen Orgasmus gipfeln.

Bei der psychopathologischen Würdigung des Falles ist zunächst festzustellen, daß systematische Untersuchungen über die Psychopathologie des Klinefelter-Syndroms bisher nicht angestellt wurden. Bei einer Sichtung der bis 1954 veröffentlichten Fälle kommt BLEULER zu

¹ Forschungsstelle für Konstit. u. Arbeitspsychologie bei der Univ. Tübingen.

dem Ergebnis, daß sich die Psychopathologie nicht so deutlich wie die Endokrinologie des Klinefelter-Syndroms von anderen Formen des Hypogenitalismus abzuheben scheine. Es handele sich im übrigen um dasselbe Bild, wie es bei vielen anderen Formen von endokrinen Störungen zur Beobachtung komme.

Auch unser Fall entspricht in wesentlichen Zügen dem unspezifischen „endokrinen Psychosyndrom“ BLEULERS, und zwar auf sehr eindrucksvolle Weise. Die Beschreibungen BLEULERS hinsichtlich der allgemein herabgesetzten oder gesteigerten Antriebshaftigkeit, der Neigung zu dysphorischen Verstimmungen, zu Reizbarkeit und zielloser Gespanntheit sowie der antriebs- und affektbedingten Intelligenzmängel treffen auf den vorliegenden Fall vollkommen zu. Hier ist jedoch anzumerken, daß die differenziertere Psychopathologie der dyskrinen Konstitutionen mit dem Aufweis gewisser gemeinsamer Grundzüge erst beginnt. Verschiedene Gruppen von Konstitutionsvarianten haben, wie KRETSCHMER zeigte, darüberhinaus noch ihr spezifisches Kolorit. Fortschritte in der nosologischen Durchdringung der mannigfachen dyskrinen Konstitutionen und Krankheitsbilder wird man von Seiten psychopathologischer Forschung eher von einer möglichst sorgfältigen Kennzeichnung ihrer Unterschiede, als von der Betonung gewisser Gemeinsamkeiten erwarten.

Der vorliegende Fall hebt sich in mehrfacher Hinsicht vom „endokrinen Psychosyndrom“ BLEULERS ab. BLEULER beschreibt im Rahmen seines endokrinen Psychosyndroms Triebsteigerungen, die den Kranken „unberechenbar zu überfallen pflegen“ und als zwanghaftes, unheimliches, überwältigendes Fremdes erlebt werden können. Demgegenüber nun gewannen wir unter der wochenlangen stationären Beobachtung in Übereinstimmung mit dem subjektiven Erleben unseres Patienten den Eindruck, daß es sich bei den Antriebs- und Triebsteigerungen nicht eigentlich um episodenhafte, unberechenbare, überfallartige Attacken handelte. Sie schienen sich vielmehr periodisch und wellenförmig aus antriebs- und spontanitätsärmeren Intervallen zu entwickeln, wobei der Kulminationspunkt der Erregung jeweils über ein Stadium zunächst blaß-depressiver, dann zunehmend moroser bis aggressiv gespannter Verstimmtheit erreicht wurde, um dann wieder abzuklingen. Die Schwankungen waren von lebhaftesten, sexuell getönten, masochistischen und sadistischen Wunschphantasien begleitet. Die Dauer der Intervalle betrug dabei durchschnittlich etwa 10 Tage bei einer Schwankungsbreite von mehreren Tagen nach beiden Seiten. Die Erregungszustände wurden vom Patienten zwar als übermächtiges, überwältigendes Geschehen erlebt, sie kamen jedoch keineswegs überraschend, sondern kündigten sich meistens schon 1—2 Tage vorher an und gingen am Morgen des Kulminationstages mit leichten Kopfschmerzen einher.

Die von BLEULER beschriebenen regellosen und unberechenbaren Episoden bleiben sehr vieldeutig. Man könnte sie z.B. als ungenügend motivierte Affekteruptionen auffassen, wie man sie bei bestimmten Psychopathentypen, z.B. Epileptoiden antrifft oder auch als Untergrundreaktionen (K. SCHNEIDER). Erweist sich aber eine rhythmisch-cyclische Verlaufsform der Trieb- und Antriebssteigerungen in so eklatanter Weise wie im vorliegenden Fall, so werden die vorgenannten Interpretationen höchst unwahrscheinlich. Es drängt sich vielmehr der Gedanke an die periodisch-rhythmischen Regulationsabläufe im Bereich der endokrin-diencephalen Funktionskreise auf (HOFF) und es liegt unter

Tabelle

Datum	11. 3. 1959			17. 3. 1959		23. 3. 1959	
	%	%	mg	%	mg	%	mg
Acetate	8,5	(—)	0,339				
Androsteron	43,1	(47,1)	1,717	38,9	2,089	44,4	0,851
Ätiocholanolon	27,3	(29,9)	1,088	40,6	2,180	27,9	0,540
Dehydroepiandrosteron . .	3,1	(3,4)	0,123	1,7	0,091	0,0	0,0
11-Keto-Androsteron . .	1,1	(1,2)	0,044	3,5	0,188	3,6	0,070
11-Keto-Ätiocholanolon . .	6,9	(7,5)	0,275	9,6	0,515	9,1	0,176
11-Hydroxy-Androsteron . .	6,3	(6,9)	0,251	2,6	0,140	10,4	0,207
11-Hydroxy-Ätiocholanolon . .	3,7	(4,0)	0,147	3,1	0,166	4,3	0,083
			3,984		5,369		1,937
Psychischer Befund	einen Tag nach stärkerer Erregung; innerlich noch etwas gespannt.			erregt, umtriebig, streitsüchtig; starke sadistische u. masochistische Wunschvorstellungen.		ruhig, gelöst, zufrieden.	

Auffällig sind besonders die relativ niedrige Androsteron-Ausscheidung und die relativ hohe Ausscheidung von Ätiocholanolon am Tage der Antriebssteigerung und Erregung sowie die vergleichsweise große Gesamtmenge der 17-Ketosteroide an diesem Tage.

diesem Aspekt schon sehr nahe, eine enge, mehr oder minder direkte Korrelation von hormon-biologischem Geschehen und der Dynamik der periodischen Trieb- und Antriebssteigerungen zu vermuten. Diese Auffassung erfährt eine gewisse Bestätigung durch die Ergebnisse wiederholter Bestimmungen der 17-Ketosteroide im 24 Stunden-Harn unseres Kranken¹. An einem Tage, an dem der Patient gesteigerte psycho-

¹ Dank an Herrn Dr. GÖBEL, Med. Univ. Klinik, der die Bestimmungen durchführte.

motorische Unruhe zeigte und offenbar mit besonders lebhaften masochistischen und aggressiven Impulsen zu kämpfen hatte, wurden einzelne Steroidfraktionen in wesentlich anderer Menge ausgeschieden (Kol. II) als an zwei anderen Tagen aus erregungsfreien Intervallen (Kol. I, Kol. III). Aus technischen Gründen waren jedoch sichernde Kontrolluntersuchungen leider nicht möglich.

Es scheint also berechtigt, die Trieb- und Antriebssteigerungen in ihrem dynamischen Aspekt unter Bezugnahme auf die besonderen endokrinologischen Verhältnisse zu erklären. Unerklärt im Sinne JASPERS bleibt dagegen die individuelle Art und Ausformung der Affektivität und Triebhaftigkeit unseres Kranken. Denn exzessive sexuelle Perversionen wie im vorliegenden Fall sind bisher im Zusammenhang mit dem endokrinen Psychosyndrom und speziell beim Klinefelter-Syndrom nicht beobachtet worden. Laut BLEULER ist bei endokrinen Störungen, gleich welcher Art, Homosexualität äußerst selten „wenn sie überhaupt vorkommt“. E. KRETSCHMER unterscheidet hier zwischen „kompensierten und dekompensierten Konstitutionsvarianten“. Danach bieten Homosexuelle zwar nicht selten feinere habituelle Variantenbildungen der körperlichen Sexualkonstitution; manifeste Erkrankungen des Endokriniuns finden sich jedoch auch nach KRETSCHMER äußerst selten. Wir verweisen am Rande auf die Untersuchungen von BLEULER u. WIEDMANN und LEVIJ usw., die bei Serienuntersuchungen an Homosexuellen auch nicht einen Fall von Klinefelter-Syndrom fanden. Das Chromosomengeschlecht stimmte bei all ihren Fällen mit der körperlichen Geschlechtlichkeit überein; es entsprach mithin der Psychosexualität nie. Mit Rücksicht auf diese Befunde erscheint uns auch bei unserem Patienten eine direkte Beziehung zwischen dem femininen Chromosomengeschlecht und den latenten homosexuellen Neigungen als sehr fragwürdig. Etwas häufiger fand man beim Klinefelter-Syndrom leichte aggressiv-sadistische Tönungen. Verschiedene Autoren (A. PRADER usw.; H. J. LAMMERS; BLEULER) heben eine kindlich-spielerische, infantile und eine allgemeine Minderung der Sexualität hervor. Schwere, grobe Perversionen wurden jedoch, soweit wir sehen, bisher nicht beobachtet. Offenbar fand man sie auch nicht an jenen von BLEULER beschriebenen Kranken mit endokrinem Psychosyndrom, die unter dranghaften episodischen Antriebs- und Triebsteigerungen litten; womit dem Einwand zu begegnen wäre, die vielfach feststellbare sexuelle Triebsschwäche sei der Grund dafür, daß es nicht zu größeren Perversionen komme.

Allein durch den Hinweis auf die abnormen konstitutionsbiologischen und endokrinologischen Daten ist das Auftreten ausgeprägter Perversionen beim Klinefelter-Syndrom demnach keineswegs zureichend erklärt. Es ist vielmehr völlig ungewöhnlich. Man wird daher nicht darauf verzichten können, auf die biographische Entwicklung der

Gesamtpersönlichkeit und die bestimmenden Milieufaktoren zurückzutreppen, um einem Verständnis näherzukommen. Dazu bietet sich der vorliegende Fall geradezu an. Es ergeben sich, knapp angedeutet, etwa folgende Aspekte:

Der Patient haßt seinen Vater mehr als alles sonst. Er haßt und fürchtet ihn und in ihm den hervorragenden Repräsentanten aller erzieherischen Härten und Widerstände, die er von Kind an reichlich erfahren hat; denn er war offenbar ein schwer erziehbares Kind. An seinen erziehenden Vorbildern, speziell am Vater, der selbst sehr starke aggressive Züge trägt, hat der Patient wohl nur die strafend-harte, übermächtige Autorität erlebt, die Aggressionen weckte, statt sorgend-väterlich zu überzeugen. Oft sah er sich gezwungen, die aufgestauten Aggressivität auf andere Ziele abzulenken. Das schilderte er selbst: „Wenn mir der Vater gedroht hat, bekam ich immer große Wut. Ich kam ja gegen ihn nicht auf. Ich bin dann immer fortgelaufen und habe zerschlagen, was sich gerade fand. Und wenn dann eine Katze oder sonst ein Tier in meine Nähe kam, habe ich es gleich umgebracht — vor Wut natürlich; dann wurde mir viel leichter.“ Man sieht, wie der Sadismus über die aufgestauten Aggressionen zum Durchbruch kam. Und man darf annehmen, daß es sich dabei um ein Prägungsschema handelt, nach dem auch früher schon sadistische Tendenzen manifest geworden sind. Diese wurden andererseits auch ganz direkt geweckt, wenn man im Heim die Knaben aufforderte, Missetäter beim Spießrutenlauf zur Strafe zu verprügeln.

Nun pflegen aggressive Autoritätsproteste umso stärkere Schuldgefühle zu bewirken, je lebhafter sie selbst sind; erst recht, wenn ihnen die Identifizierung mit dem Vaterbild entgegensteht. Unser Patient ist noch mit 22 Jahren zutiefst beeindruckt von der Tüchtigkeit und Überlegenheit des Vaters und voller Anerkennung und Bewunderung für sie. So ist es nicht verwunderlich, wenn sich schon früh lebhafte Selbstbestrafungswünsche äußerten; er ärgerte die Schwestern, „um Schläge zu bekommen“. Auch die erste und entscheidende aktive Selbstverletzung mit einem Rasiermesser erhielt ihren wesentlichen Zufluß an Lustgefühlen aus der Befriedigung aggressiver Affekte gegen den Vater und nichts kennzeichnet den Kranken besser als die Tatsache, daß er dem Vater offenbar nichts Ärgeres und Quälenderes zuzufügen wußte — als Schuldgefühle! Er wollte dem Vater „Angst einjagen“, das heißt hier doch, bei ihm Schuldgefühle wecken. Gleichzeitig aber lag der Endzweck der Verwundung darin, die väterliche Liebe zu erzwingen, die ihm spontan ja nicht gegeben schien. Die ganze abgründige Ambivalenz des Kranken gegen den Vater drückt sich in dieser ersten Selbstverletzung aus. Hier offenbart sich auch die wohlbekannte enge Wechselbeziehung aggressiv-sadistischer und masochistischer Tendenzen aufs deutlichste als sinngerichtete und nicht nur biologisch-mechanische Triebverkoppelung. Und es liegt nahe, schon hinter den masochistischen Regungen des Waisenhausknaben entsprechende Motivkonstellationen zu vermuten.

Sadismus und Masochismus unseres Kranken finden somit ein sinnhaftes Verständnis als Konsequenz der Übermacht des rücksichtslos-brutalen Vaters und seiner Stellvertreter. Vor ihnen nahm er Zuflucht bei der (Stief-)Mutter, mit der er sich zu einem Defensivbündnis zusammenschloß; der Vater stand einer Entwicklung zur Selbständigkeit und damit der natürlichen, allmählich sich vollziehenden Ablösung vom Elternhaus im Wege. Es kam erst dann zur brüskten Trennung, als dem Patienten die starke erotische Qualität seiner Mutterbindung bewußt geworden war. Und wieder wirkte als Hauptmotiv die Ambivalenz zum Vater mit. „Ich wollte ihm nicht das Liebste nehmen, das er gern hat.“ Bis dahin ist dem Schuldgefühl gegenüber dem Vater gewiß mancher Impuls aus dieser ödipalen Bindung

zugeflossen. Es spricht für sich, daß es zu schweren Selbstverletzungen fast nur in Verbindung mit der Onanie gekommen ist! Sicherlich hat die Angst vor Impotenz hier ihre wesentliche Wurzel. — Die intensiven Scham- und Ekelgefühle vor der weiblichen Sexualität sind übliche Regungen sexueller Reifungshemmung und haben in der ödipalen Situation ihren guten Sinn. Es wundert nicht, wenn sie bei der persistierenden Mutterbindung eine neue, normale sexuelle Kontaktaufnahme behinderten. Das Vorbild des ödipalen Sexualkontakte, der sich in schauender Bewunderung und Streichelei erschöpfen mußte („sie ist eine schöne Frau“...) („ich hab sie abgestreichelt . . .“) hat auch die späteren sexuellen Wunschvorstellungen bestimmt und begrenzt. „Ich möchte gern eine Frau, aber nur zum Streicheln und Anschauen.“ Was bleibt, ist das Vergnügen an den ästhetischen Qualitäten des menschlichen Leibes, und zwar ebensowohl des weiblichen wie des männlichen; es hat nur wenig spezifisch sexuelles Kolorit. „Manchmal finde ich eine Frau schön — so wie man eine Blume schön findet.“ — Furcht vor Impotenz, Scham- und Ekelgefühle und abnorm begrenzte sexuelle Wünsche kennzeichnen die mangelhafte psychosexuelle Reife und führen den Kranken in die sexuelle Ambitendenz. Sie wurzeln in der Persistenz der Mutterbindung, die ihrerseits als Korrelat der Angst vor dem Vater aufzufassen ist.

Es erweist sich also eine komplexe Struktur des psychopathologischen Bildes unseres Kranken. Erklärbar, d. h. hier begründet in einem Defekt der endokrinen Anlagen, scheinen die periodischen Trieb- und Antriebsteigerungen. Verstehbar, d. h. psychologisch ableitbar ist die individuelle Ausformung der Affektivität und Triebhaftigkeit, speziell ihrer perversen Entgleisungen. Dabei ist allerdings nicht abzugrenzen, wieweit für die starken aggressiven Tendenzen eine Erbbelastung durch den Vater von Bedeutung ist. Die Tatsache, daß der Vater früher Boxer und Catcher war, kann in diese Richtung deuten.

Die Perversionen würde man in unserem Fall nach FREUD auffassen als Emanzipation persistierender sexueller Partialtriebe; deren Integration zur ausgereiften Sexualität wäre ausgeblieben. Maßgebend dafür wäre ein Mißverhältnis zwischen hemmenden Milieuwiderständen und der Penetranz der nach Integration verlangenden Triebgruppen. KRETSCHMER hat dagegen, auf Erfahrungen der neueren tierpsychologischen Verhaltensforschung (LORENZ, TINBERGEN) und den tierexperimentellen Ergebnissen von HESS fußend, die menschliche Reifenentwicklung unter mehr biologischen Aspekten beleuchtet und gezeigt, wie sich sexuelle Fehlentwicklungen und perverse Entgleisungen als Störungen des puberalen Instinktwandels auffassen lassen. Aufgestaute Triebenergien können dabei in mehr oder minder eng assoziierte andere Triebbereiche irradieren und sich somit auf abnorme, inadäquate Weise entladen. Nun kann jedoch die causal-analytische Methode der zoologischen Verhaltensforschung für die Deutung menschlicher Verhaltensweisen nur dort als voll zureichend gelten, wo das spezifisch Menschliche nicht mehr oder noch nicht gegeben ist: z. B. bei extremen cerebralen Abbauvorgängen (BENTE u. WIESER), im frühen Kindesalter oder bei schweren psychotischen Zuständen (PLOOG). Wo aber menschliches

Denken und Fühlen bestimmend werden können, wo Motivationen möglich sind, ist bei der Deutung biologisch präformiert erscheinender Verhaltensweisen im Einzelfall stets zu bedenken, ob nicht, bzw. wie weit z.B. Übersprungshandlungen oder Triebirradiationen in erfahrungs- oder erlebnisbedingte Motivationen eingebettet sind, durch sie ausgelöst oder gar abgelenkt wurden: Möglichkeiten, die sich besonders dann aufdrängen, wenn — wie bei unserem Fall — stark affektbetonte Dauermotivationen im Spiele sind. Für die sadistischen und masochistischen Handlungen z.B. drängen sich, wie gezeigt wurde, Motivzusammenhänge geradezu auf; sie haben zumindest bei der ersten Selbstverletzung mit dem Messer eine maßgebende Rolle gespielt und äußern sich z.B. auch in der Neigung zu belangloseren Unfällen bzw. „Zufalls“-verletzungen, deren Motivation der Patient sogar selbst erkannte.

Das Problem des Pubertätsalters läßt sich — ganz unabhängig von verschiedenen theoretischen Grundkonzeptionen — kennzeichnen als tiefgreifende Neugestaltung aller gewohnten Umweltbeziehungen unter dem Eindruck der umfassenden Umwandlung der Triebstruktur. Ergibt sich dabei ein Mißverhältnis zwischen der Macht hemmender Umweltfaktoren und der vitalen Kraft der reifenden Persönlichkeit, so kann der Grund hierfür in der Überlegenheit der einen oder in der Schwäche der anderen Seite liegen. In jedem Fall resultiert die relative Schwäche auf der Seite des Heranreifenden. Nach den Regeln des Lustprinzips wird sich bei ihm die Neigung äußern, in Richtung geringerer Widerstände auszuweichen. Damit ergibt sich eine erhöhte Anfälligkeit für fehlleitende Prägungsvorgänge und abnorme Reaktionsbildungen. Im vorliegenden Fall ist an der Macht der hemmenden Milieufaktoren nicht zu zweifeln, als deren Repräsentant der Vater anzusehen ist. Vor allem die Angst vor der Umwelt, speziell vor dem Vater, stand, wie dargelegt, von jeher der Entwicklung zur Selbständigkeit und ausgereiften Sexualität im Wege. Dabei darf man sicher annehmen, daß auch die Fehlanlage im endokrinen Grundgefüge einen Mangel an ausgeglichener Triebpenetranz und Antriebsstärke bedingt. Die Ergebnisse der testpsychologischen Untersuchungen deuten besonders darauf hin. In Übereinstimmung damit wird eine Trieb- und Antriebsschwäche von der Mehrzahl der Autoren beim Klinefelter-Syndrom beschrieben. Bei unserem Patienten trifft demnach eine primäre Triebsschwäche auf absolut übermächtige Milieuverhältnisse. Das Mißverhältnis ist also zweiseitig begründet.

Wir stellen noch einmal fest: Grobe sexuelle Perversionen sind bisher beim Klinefelter-Syndrom nicht beobachtet worden. Manifest ausgeprägte Perversionen gehören nicht in das übliche Bild. Daher wird man das Auftreten der exzessiven Perversitäten bei unserem Patienten nicht

unmittelbar aus der dyskrinen Anlage ableiten können. Die Analyse unseres Falles und der Vergleich mit den bisher beim Klinefelter-Syndrom erhobenen psychopathologischen Befunden ergibt vielmehr folgendes: Die Vorstellung fertig ausdifferenzierter Veranlagungen zu bestimmten Triebperversionen wird den objektiven Gegebenheiten nicht gerecht. Es erscheint sachgerechter, in den abnormen konstitutionellen bzw. endokrinen Faktoren eine mehr allgemeinere Prädisposition, eine erhöhte Anfälligkeit für perverse Entgleisungen überhaupt zu sehen. Nur insofern finden die Triebperversionen in der endokrinen Fehlanlage eine Erklärung. HIRSCHMANN hat sich speziell hinsichtlich der Homosexualität in ähnlicher Weise geäußert. Nach KRETSCHMER hat bei Perversionen in vielen Fällen das konstitutionell-Anlagemäßige die Bedeutung einer „unspezifischen, mit verschiedenartigen feineren Reifungsstörungen auch körperlicher Art behafteten Triebmatrix, die dann ihre ‚Prägung‘ erst durch Umweltreize erhält“. So ist auch in unserem Fall die deutlich endokrin verschobene, aber noch nicht spezifisch gerichtete Körperkonstitution als wichtige pathologische Triebmatrix aufzufassen, deren spezifische, perverse Richtung und Ausprägung jedoch erst unter Bezugnahme auf die besonderen lebensgeschichtlichen Umstände und prägenden Erlebnisse faßbar wird. Sie ist Gegenstand psychologischen Verstehens. Mit anderen Worten: Die Antwort auf die Frage, weshalb es überhaupt zu exzessiven sexuellen Perversionen kommt und speziell welche perverse Entgleisung dabei gewählt wird, ist aus den konstitutionsbiologischen und endokrinen Formeln allein nicht abzulesen. Erst in der Begegnung mit der je besonderen Umwelt findet die Gesamtpersönlichkeit, auch die abnorme, ihre individuelle Determination.

Zusammenfassung

Es findet ein Fall von Klinefelter-Syndrom psychopathologische Darstellung und Würdigung. Dabei werden wesentliche Differenzen zu der bisher in der Literatur beschriebenen Symptomatik herausgestellt: einmal exzessive sadomasochistische Perversionen und sexuelle Ambition, zum anderen das periodisch-wellenförmige Auftreten von Trieb- und Antriebssteigerungen, die unter sadistischer und masochistischer Entäußerung im sexuellen Orgasmus kulminieren.

Während die periodisch-rhythmische Verlaufsform der Trieb- und Antriebssteigerungen für einen engen Zusammenhang mit cyclischen Abläufen im Bereich diencephal-endokriner Funktionskreise zu sprechen scheint, gibt die individuelle Art der Triebperversionen Veranlassung, ihre lebensgeschichtliche Bedingtheit aufzuweisen. Daraus resultieren allgemeinere Rückschlüsse auf die mehrdimensionale Struktur der Triebperversionen bei dyskrinen Konstitutionen.

Literatur

BARR, M. C.: Surgery **99**, 184 (1954). — BENTE, D., u. St. WIESER: Stufen der motorischen Reintegration Arch. Psychiat. Nervenkr. **188**, 301 (1952). — BLEULER, M.: Endokrinologische Psychiatrie. Stuttgart: Thieme 1954. — BLEULER, M., u. H. R. WIEDEMANN: Chromosomengeschlecht und Psychosexualität. Arch. Psychiat. Nervenkr. **195**, 14—19 (1956). — HIRSCHMANN, J.: Die biologisch bedingten Triebabweichungen und ihre forensischen Auswirkungen. Z. menschl. Vererb.- u. Konstit. Lehre **34**, 417—436 (1958). — KLINEFELTER, H. F., E. C. REIFENSTEIN and F. ALBRIGHT: Syndrome characterized by gynecomastia, aspermatogenesis without A-leydigism, and increased excretion of folliclestimulating hormone. J. clin. Endocr. **2**, 615 (1942). — KRETSCHMER, E.: Körperbau und Charakter. 21. Aufl., Kap. 14. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1955. — Psychotherapeutische Studien. Stuttgart: Thieme 1949. — LABHARDT, A.: Klinik der inneren Sekretion. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1957. — LEVIJ, J. S., C. T. VAN SCHAIK, u. F. J. TOLSMAN: Ned. Geneesk. 1956, 2121 (zit. n. BLEULER, M., u. H. R. WIEDEMANN). — PLOOG, D.: Endogene Psychosen und Instinktverhalten. Fortschr. Neurol. Psychiat. **26**, 83 (1958). — PRADER, A., J. SCHNEIDER, W. ZÜBLIN, I. M. FRANCES u. U. RUEDI: Die Häufigkeit des echten, chromatin-positiven Klinefelter-Syndroms und seine Beziehung zum Schwachsinn. Schweiz. med. Wschr. **88**, 38 (1958).

Dr. H. ROSKAMP, Tübingen, Univ. Nervenklinik, Osianderstr. 22