

Über Exhibitionismus.

(Ein Beitrag zur Symptomatologie der „episodischen Dämmerzustände“.)

Von
Heinrich Bernhard.

(Aus dem Institut für gerichtliche Medizin der Universität Berlin.
Direktor: Geheimer Medizinalrat Prof. Dr. F. Strassmann.)

Mit 1 Textabbildung.

Kleist hat 1923 auf der Vereinigung der Frankfurter Neurologen und Psychiater über atypische, kurzdauernde Psychosen berichtet, die er als episodische Dämmerzustände bezeichnet hat¹⁾. Dem Symptomenbilde nach waren es Dämmerzustände, obwohl Bewußtseinstrübungen, Orientierungsstörungen, Ausfallserscheinungen im Erkennen, in der Reproduktionsfähigkeit und Rückerinnerung nicht immer sehr deutlich ausgeprägt waren. Daneben bestanden meist noch andere Erscheinungen, die mitunter stärker als die Grundsymptome hervortraten: Triebregungen vom einfachen Davonlaufen bis zu gewalttätigen und auffällig verkehrten Handlungen, eigenartige Selbstmordversuche, wütende Angriffe auf die Umgebung. Sinnestäuschungen waren mitunter nachweisbar. Regelmäßig bestand im Anfall Schlaflosigkeit, später langdauernder abschließender Schlaf. Ein Teil der Kranken litt an anfallsartig auftretenden Kopfschmerzen, die man nicht als „eigentliche Migräne“ ansprechen konnte. Daneben waren Magenbeschwerden, Appetitlosigkeit, Erbrechen sowie mannigfache neurologische Symptome noch vorhanden. Mehrfach trat der Beginn mit Mattigkeit und reizbarer Verstimmung ein.

Die Konstitution der Kranken ähnelte in der Hälfte der Fälle derjenigen der Epileptiker. Bei ihnen bestanden zornige Reizbarkeit, Neigung zu impulsiven Entschlüssen und Handlungen, anfallsartiger Kopfschmerz, Verstimmungszustände. Die übrigen Kranken zeigten teils ein reaktiv labiles Wesen, teils waren sie ungesellig still („Autisten“), auch angeborener Schwachsinn wurde beobachtet. Erbliche Belastung ließ sich nicht selten nachweisen, auch konstellative Umstände wirkten öfters mit, z. B. frühere Kopfverletzungen, Hydrocephalus, multiple Sklerose.

Bezüglich des Wesens dieser Erkrankungen schieden Katatonie und andere schizophrene Zustände in Anbetracht des Verlaufs und Ausgangs,

¹⁾ Die ausführliche Veröffentlichung erfolgte soeben bei Thieme 1926.

desgleichen Epilepsie „im engeren Sinne“ aus. Für hydrocephale Druckschwankungen, wie *Schröder* bei einem ähnlichen Falle angenommen hatte, ergaben sich nach *Kleist* bei seinen Kranken keine genügenden Anhaltspunkte.

Man könnte nach der Meinung von *Kleist* die episodischen Dämmerzustände als *epileptoide* auffassen, wenn man darunter keine Gleichheit des Krankheitsorganes mit der Epilepsie, sondern nur eine Affinität von Symptomen bzw. Konstitutionsmerkmalen zu denen der Epilepsie versteht; es beständen aber auch Übereinstimmungen mit den Erscheinungen der Katatonie und der selteneren autochthonen Degenerationspsychosen.

Bei den *episodischen Dämmerzuständen*, deren Vorläufer bereits von *Magnan* unter der Bezeichnung „episodische Syndrome der Degenerierten“, von *Samt* „epileptische Äquivalente“, von *Kirn* „periodische Typosen mit kurzen Anfällen“, von *Krafft-Ebing* und *Pilez* „die periodischen deliranten Verwirrenheitszustände“ in der Literatur Erwähnung gefunden haben, lägen, wie *Kleist* annimmt, demnach wahrscheinlich *abnorme Konstitutionen* vor mit minderwertiger zu episodisch-autochthonen Schwankungen disponierender Anlage. Diese wären in die Zentralstellen der Bewußtseinsregulierung, teilweise zusammen mit anderen Hirnapparaten, besonders mit denen für die Psychomotilität zu lokalisieren.

Zu dieser von *Kleist* beschriebenen Gruppe der episodischen Dämmerzustände, die mit der Epilepsie in verschiedener Richtung Ähnlichkeiten aufweisen, aber doch nicht zu ihr gehörend anzusprechen sind, ist meines Erachtens ein Fall von Exhibitionismus zu rechnen, der mir von Herrn Geheimrat *F. Strassmann* zur Begutachtung übergeben wurde.

Das am 22. X. 1925 erstattete Gutachten lautet wie folgt:

In der Strafsache gegen M. H. wegen *Erregung öffentlichen Ärgernisses* erstatte ich dem Amtsgericht Berlin-Schöneberg, Abtl. 130 das durch Beschuß vom 13. VIII. 1925 erforderte Gutachten darüber, ob die Voraussetzungen des § 51 Str.-G.-B. für den Angeklagten zutreffen.

Das Gutachten stützt sich auf das Studium der Akten einschließlich der Krankengeschichten und auf mehrmalige Untersuchungen des H. am 24. VIII., 2. und 28. IX. 1925, sowie auf Besprechungen mit Personen, die den Angeklagten näher kennen.

Aus den Akten ergibt sich, daß der bisher nicht vorbestrafte Angeklagte am 1. VI. 1925 zu Berlin, Gartenstr. 96 im Hausflur vormittags vor Kindern seinen Geschlechtsteil aus der Hose genommen und daran gespielt habe. Zeugen hierfür seien die Schülerin Gertrud Hamann, Gartenstr. 20 und Frau Anna Hertrampf, Gartenstr. 96.

H. ist Missionsschriftenverkäufer bei der Schwesternkrankenpflegevereinigung „Bergpredigt“ in Berlin, Invalidenstraße.

Aus den vorliegenden Krankengeschichten ist zu entnehmen, daß H. in einem schwer benommenen Zustand in das Virchow-Krankenhaus am 1. VI. 1925 eingeliefert wurde. Er soll sehr erregt gewesen sein und einen „Migräneanfall“ gehabt

haben. An den folgenden Tagen habe er einen sehr deprimierten Eindruck gemacht, er hätte zwar keine Selbstmordideen geäußert, habe jedoch angegeben, daß er keinen Lebensmut mehr besitze. Am 10. VI. 1925 hatte er einen mehrstündigen „Migräneanfall“. Fünf Tage später erfolgte wegen der schweren depressiven Phase mit Selbstmordgefahr die Verlegung des H. in die Irrenanstalt Dalldorf, unter der Diagnose „Melancholie“. In Dalldorf war H. anfangs schüchtern, verstört, zurückhaltend. Er gab an wegen einer plötzlichen *Ohnmacht* ins Krankenhaus gekommen zu sein, mehr könne er nicht sagen, Selbstmordideen habe er nicht gehabt. Er wunderte sich, daß er jetzt unter irren Menschen sei. Aus den weiteren Aufzeichnungen ist bemerkenswert, daß H. *zeitweise verstimmt* war, sich im ganzen aber geordnet und ruhig benommen hat. Seine Affektlage wird als schwankend bezeichnet. In den letzten Tagen vor seiner Entlassung, die am 18. VII. 1925 erfolgte, zeigte H. eine ausgeglichene Stimmung. Über seine Straftaten hat er weder im Krankenhaus noch in der Irrenanstalt etwas verlauten lassen. In letzterer wurde die Diagnose „Psychopath mit hysterischen Zügen“ gestellt.

Eigene Angaben des Angeklagten: Er sei unehelich geboren, seine Mutter, die noch lebt, habe periodisch unter den heftigsten Kopfschmerzen mit Übelkeit und Erbrechen auch heute noch zu klagen. Sie habe nach ihm noch 9 Kinder in der Ehe mit einem Förster geboren. Sonst hat die Familienforschung nichts für Nervenkrankheit Belastendes ergeben; insbesondere keine Epilepsie, auch keine Linkshändigkeit, keine Trunksucht. Er selbst leidet ebenfalls wie seine Mutter seit Kindheit an plötzlich auftretenden *Kopfschmerzen*. Sie träten alle paar Wochen auf, er könne dann nichts essen und sei „*arg verstimmt*“. Er müsse sich in einem solchen Anfall ins Bett legen. Daß er hierbei einmal Krämpfe gehabt habe, oder Anfälle von Bewußtlosigkeit, sei ihm *nicht* bekannt. Von jeher sei er schwächlich gewesen; er habe spät laufen gelernt. An übermäßig langem Bett-nässen will er nicht gelitten haben; auf der Schule — er besuchte die Dorfschule — habe er mittelmäßig gelernt; das Rechnen sei ihm *besonders schwer gefallen*, er könne es bis heute noch nicht richtig. Schon als Kind habe er keine rechte Freude an den wilden Spielen seiner Altersgenossen gehabt; er sei lieber für sich geblieben, hätte Spaziergänge unternommen, auch gern geangelt. Von Kindheit an habe er eine *fromme Ader*, er gehe gerne in die Kirche.

Nach der Schulentlassung lernte er das Friseurhandwerk, im Alter von 15 Jahren habe er einmal ganz plötzlich im Zimmer einen *Ohnmachtsanfall* bekommen, er sei bewußtlos vom Stuhl gefallen und habe sich dabei den Kopf stark verletzt. Als Friseur habe er verschiedene Stellungen gehabt, zuletzt sei er 8 Jahre bis 1923 auf derselben Stelle in Bautzen tätig gewesen. Damals mußte er sich einer doppelseitigen Leistenbruchoperation unterziehen und konnte danach seine frühere Tätigkeit, die ihm zu schwer geworden war, nicht mehr ausüben. In einem kirchlichen Verein wurde er mit der Oberschwester des Berliner „Schwesternkrankepflegevereins Bergpredigt“ bekannt, die ihn, da er ohne Stellung war, nach Berlin kommen ließ, wo sie ihn als Missionsschriften-Verkäufer in ihrem Verein Beschäftigung gab. Dort arbeitete er $\frac{1}{2}$ Jahr, konnte es aber zu nichts Rechtem bringen. Man entließ ihn nach $\frac{1}{2}$ Jahr, er fuhr zu seiner Mutter; von dort aus schrieb er, man solle Gnade üben und ihn wieder zu sich nehmen. Inzwischen fand er Beschäftigung bei der Heilsarmee, ging aber, als er nach 1 Jahr in eine andere Stadt versetzt werden sollte, von da fort und fand, da er sich bei der Heilsarmee gut eingearbeitet hatte, wieder Beschäftigung bei dem Schwesternkrankepflegeverein „Bergpredigt“ in Berlin, wo er sich nun seit Frühjahr 1925 aufhält. Er sei dort wieder als Missionsschriften-Verkäufer tätig.

Zur Straftat selbst macht der Angeklagte folgende Angaben:

Er habe sich schon einige Tage vorher elend gefühlt, der Magen sei nicht in Ordnung gewesen, der Kopf habe ihm sehr geschmerzt, so daß die Oberin ihn ins Bett gesteckt habe. Am 1. VI., dem Tage der Tat, habe er nicht länger zu Hause bleiben wollen, er sei morgens fortgegangen, um Schriften zu verkaufen. Unterwegs sei es plötzlich über ihn gekommen, er wisse selbst nicht wie, er mußte unter einem unwiderstehlichen Zwang an seinen Geschlechtsteil fassen. Sonderlich sexuell erregt sei er gar nicht gewesen. Es zog ihn in einen Hausflur, hier habe er in nach vorn gebückter Stellung auf seinen Geschlechtsteil gedrückt, um eine angenehme Empfindung auszulösen. Daß Kinder im Hausflur seien, habe er nicht gesehen. Plötzlich hörte er ein Lärm und Schreien; ein Polizist sei erschienen, Menschen hätten sich um ihn herum angesammelt, er habe mit zur Wache gehen müssen, wo man ihn wie einen Verbrecher vernommen habe. Hier habe er erst begriffen, in was für einem Verdacht man ihn gehabt hätte. Er sollte den Hosenschlitz geöffnet und sein Glied vor einem Schulmädchen entblößt haben; das sei aber eine „ganz infame Lüge“, von Menschen gegen ihn hervorgebracht, die ihn vernichten wollten. Er habe nie jemandem etwas zuleide getan, sich nie um andere Menschen gekümmert. Als ihm bei der Untersuchung vorgehalten wird, daß doch glaubwürdige Zeugenaussagen seinen Darstellungen gegenüber ständen, erklärt er fassungslos unter Tränen, „dann müsse es wie ein Sinnesrausch über ihn gekommen sein“, er empfinde die bitterste Reue darüber. Bisher habe er noch nie so etwas an sich bemerkt. Die Geschlechtsreife sei bei ihm mit dem 16. Lebensjahr eingetreten, damals habe er aus Unkenntnis öfters sich selbst befriedigt. Später aber „vor diesem Sündenfall“ großen Ekel empfunden. Zu Frauen habe er sich nie besonders stark hingezogen gefühlt, er sei immer etwas schüchtern gewesen; wenn er einmal etwas Alkohol getrunken hätte, sei er wohl auch manchmal in ein Bordell gegangen, dort habe er meist gar nicht coitiert, denn er habe Angst vor Ansteckung gehabt. Er hätte auch „so“ leben können. Geheiratet habe er deswegen nicht, weil er keine feste Stellung gehabt und als Friseurgehilfe nicht genügend verdient hätte. Da er auch sexuell kühl veranlagt sei, habe er es gar nicht so entbehrt. Zu dem männlichen Geschlecht habe er sich nie hingezogen gefühlt. Nach seiner polizeilichen Vernehmung sei er voller Angst wie ein „Geistesgestörter“ umhergeirrt, schließlich sei er ins Schwesternheim gegangen. Dort sei er infolge seines verstörten Wesens der Oberschwester aufgefallen, man habe ihn gefragt, ob ihm etwas zugestoßen sei. Auf Einzelheiten könne er sich von da ab nicht mehr besinnen. Es sei eine entsetzliche Angst über ihn gekommen, er wollte fliehen, weit fort, wollte seinem Leben ein Ende machen, denn die Schande vor den Schwestern hätte er nicht überleben wollen. Er sei völlig kopflos aus dem Heim wieder fortgelaufen, mußte jedoch bald umkehren, da sein Kopf ihm zu zerspringen drohte. Er habe sich ins Bett legen müssen, dann sei eine tiefe *Ohnmacht* über ihn gekommen. In ihr habe er gerast und getobt, habe entsetzliche qualvolle Erlebnisse gehabt, an deren Einzelheiten er sich jedoch nicht mehr erinnern könne. Am nächsten Morgen habe er sich, als er erwachte, in einem Krankenhaus befunden. Wie er dort hingekommen sei, wisse er nicht zu sagen. Was eigentlich vorgefallen sei, das sei ihm dann allmählich wieder zu Bewußtsein gekommen. Er sei im Krankenhaus in tiefe Melancholie verfallen, machte sich die allergrößten Gewissensbisse über „den Sündenfall“; er wäre mit dem Leben fertig gewesen. Das hätten die Schwestern und Ärzte im Krankenhaus auch gemerkt, deswegen habe man ihn in die Irrenanstalt nach Dallendorf verlegt. Über seine Tat hätte er zu niemandem gesprochen; er hätte sich zu sehr geschämt. In der Irrenanstalt habe er es anfangs sehr schlecht gehabt, unter Geisteskranken gelegen. Er habe sich unendlich unglücklich gefühlt, und von dort fortgedrängt. Am 18. VII. 1925 wäre er dann entlassen worden, nachdem

er vorher noch einmal einen „Migräneanfall“ bekommen hätte, der sehr schlimm gewesen wäre. Auch in der Irrenanstalt habe er zu keinem Menschen über das Vorgefallene gesprochen, obwohl man ihn wegen seines auffälligen verstörten Wesens häufiger nach der Ursache gefragt hätte. Besonders hätte der neue Pfarrer aus dem Schwesternheim ihn ausfragen wollen. Er habe es aber nicht über sich bringen können, den Sachverhalt klarzulegen. Erst am Tage der Entlassung habe er über die entsetzliche Tat mit dem Pfarrer und der Oberin sprechen müssen. Es sei fürchterlich gewesen, er wollte diese Schmach und diese Schande nicht überleben. Schließlich habe man ihn doch beruhigt, er habe in seiner Religion den verlorenen Halt wiedergefunden; „noch einmal könne ihm solche Untat nicht wieder passieren“.

Die Oberin der Schwesternkrankenpflege-Vereinigung „Bergpredigt“ gibt auf Befragen folgendes an:

Sie kenne H. mehrere Jahre, er sei ihr durch sein zeitweise verändertes gereiztes Wesen aufgefallen, das sich meistens mit weinerlicher Stimmung mischte und alle paar Wochen durchschnittlich auftrat. Mitunter habe H. in dieser Zeit über starke Kopfschmerzen geklagt, er habe Erbrechen bekommen und mußte sich vorübergehend ins Bett legen. Seit $\frac{1}{2}$ Jahr wohne er im Orden, wo er als Missionsschriften-Verkäufer angestellt sei. Am 1. VI. 1925 nachmittags gegen 3 Uhr sei sie plötzlich zu H. gerufen worden, der einen *Anfall von Bewußtlosigkeit erlitten hätte. Er habe, ohne ein Lebenszeichen zu geben, starr mit weit geöffneten Augen im Bett gelegen, die Atmung sei keuchend, der Puls fliegend klein gewesen. Krämpfe habe sie dabei nicht beobachtet.* Auf Einspritzung von Campheröl sei H. wieder zu sich gekommen. Der herbeigerufene Arzt, Sanitätsrat Bock, konnte, da er den Kranken sah, als der Anfall bereits vorüber war, keine genaue Diagnose über die Art der Erkrankung des H. stellen; er vermutete nach dem Bericht der Oberin einen Ohnmachtsanfall infolge Herzschwäche. Im Laufe des Nachmittags wurde H. sehr unruhig, er phantasierte, griff nach Gegenständen, die nicht da waren, wollte aus dem Fenster springen, dann sich wieder ein Rasiermesser holen, er sprach alles wirr durcheinander, schrie und tobte, so daß, da seine Bewegungen andeuteten, sich selbst etwas anzutun, ihn mehrere Schwestern bewachen mußten. Der gegen Abend noch einmal hinzugezogene Arzt, Sanitätsrat Bock, veranlaßte daraufhin seine sofortige Überführung ins Virchow-Krankenhaus.

Der Pfarrer aus dem Schwesternheim bekundet auf Befragen folgendes:

Während H. im Krankenhaus war, habe er seine Tätigkeit als Geistlicher im Schwesternheim angetreten. Er habe die Oberin öfters bei ihren Besuchen begleitet und so auch einmal H. im Krankenhaus kennen gelernt. H. hätte einen „unheimlichen Eindruck“ auf ihn gemacht, er wäre ihm argwöhnig und verstockt vorgekommen. Diesen seinen Eindruck habe er auch der Oberin mitgeteilt; „dieser Mensch müsse etwas verbergen“. Dann habe er den H. auch allein, als dieser in die Irrenanstalt verlegt worden war, aufgesucht und in ihn zu dringen versucht, sein Herz ihm auszuschütten, jedoch vergeblich. Am Tage der Entlassung des H. sei eine Ladung vom Gericht für H. gekommen; er habe mit der Oberin besprochen, den Brief zu öffnen, weil er einen unbestimmten Verdacht hatte, H. hätte etwas Unrechtes begangen, deswegen würde er auch ein solch scheues sonderbares Wesen zur Schau tragen. Sein Verdacht hätte sich auch bestätigt. H. sei als Sittlichkeitsverbrecher entlarvt worden. Er sei nun mit der Oberin übereingekommen, dem H. ohne den Brief zunächst zu erwähnen, sein Verbrechen auf den Kopf zusagen. Dies hätten sie auch getan. H. hätte sich zunächst aufs Leugnen verlegt, als ihm aber dann der Brief vom Gericht gezeigt worden wäre, habe er ein Geständnis abgelegt. H. sei völlig fassungslos gewesen, habe geweint und gejammert und erklärt, daß er seinem Leben, das doch völlig nutzlos sei, so schnell

wie möglich ein Ende machen wolle. Es sei sehr schwer gewesen, ihn wieder zu beruhigen; man hätte alle Überredungskünste dazu aufbieten müssen. Schließlich sei es dem Pfarrer gelungen, indem er darauf hingewiesen hätte, daß Gott ihm seine Straftat verzeihen würde.

Der Pfarrer berichtet weiter: Nach der Rückkehr des H. in das Schwesternheim wohne und schlafte er mit ihm in demselben Zimmer. Der Angeklagte sei ihm stets auch noch nach der Entlassung aus der Irrenanstalt, etwas unheimlich vorgekommen. *Zeitweise sei er mürrisch und verstimmt*, zu anderen Zeiten wieder zu kleinen Späßen und Scherzen aufgelegt. Es käme ihm so vor, als ob die reizbaren Verstimmungszustände bei H. auf einer krankhaften Veranlagung beruhten und *periodisch alle paar Wochen* aufräten. Wenn er sich in einem derartigen Zustand befände, sei nichts mit ihm anzufangen; man müsse ihn dann seiner Wege gehen lassen. Er käme dann nicht pünktlich zum Essen, sage nicht woher er komme und was er am Tage erledigt hätte und nähme schon ein harmlos hingeworfenes Wort übel. Man müsse ihn dann laufen lassen und sich nicht um ihn kümmern. H. nähme in dieser Periode auch nicht an den geselligen Abendunterhaltungen teil, er ziehe sich auf sein Zimmer zurück und lege sich ins Bett. Sein verändertes Wesen sei 1—2 Tage bemerkbar, dann sei er wieder unauffällig, doch stets dabei etwas schüchtern und ängstlich. Des Nachts sei ihm aufgefallen, daß der Angeklagte zeitweise sehr unruhig schlafe, mehrmals sei er schon durch lautes Schreien und Lachen aufgeweckt worden, habe auch schon beobachtet, wie H. im Schlafe laut gestikulierend aus dem Bett heraus, gleichsam als *Traumwandler* aus dem Zimmer auf den Abort gegangen wäre, wo er sich mehrere Stunden eingeschlossen hätte. Auch sei ihm Zähneknirschen und Stöhnen im Schlaf bei H. aufgefallen. Anfälle von Bewußtlosigkeit mit Krämpfen habe er nachts bei H. nicht bemerkt, desgleichen kein Einnässen im Schlaf.

H. mache auf ihn den Eindruck eines *schwachsinnigen* Menschen, der sich zeitweise in einer krankhaft reizbaren Erregung befände, zeitweise aber auch wieder gutmütig und leicht lenkbar sei. Mitunter erzähle er etwas phantastisch anmutende, wunderliche Geschichten, die er erlebt haben will. So z. B.: Auf seinem Wege durch die Stadt habe er ein liebliches Bild gesehen, eine Frau mit einem Kind an der nackten Brust, die in einem Geschäft Milch verkauft habe. Er ginge wohl auch manchmal in die katholische Kirche und mache selbst keinen Hehl daraus. Er habe schon häufiger geäußert, einen Hang zum Mystischen zu haben, hätte auch ernstlich schon einmal erwogen, zur katholischen Kirche überzutreten.

Im Laufe der Beobachtung hat sich nach Aussagen der Oberin sowie des Pfarrers feststellen lassen, daß H. innerhalb eines Monates zweimal über heftige *Kopfschmerzen* geklagt habe und in dieser Zeit durch sein mürrisches Wesen aufgefallen war. Beide bekunden übereinstimmend, daß H. weder rauche noch trinke, noch sonst andere Gelüste habe.

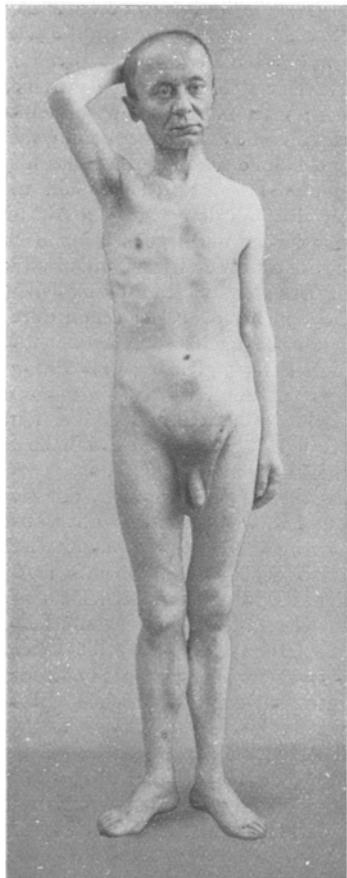
Die psychiatrische Untersuchung des H. ergibt eine erheblich herabgesetzte Intelligenz; besonders stark gestört ist seine Merk- und Urteilsfähigkeit, wie sich am Nachsprechen längerer Sätze und größerer Zahlenreihen, sowie beim Erklären von Sprichwörtern und Definieren abstrakter und konkreter Begriffe deutlich zeigen läßt. Beim Assoziationsversuch ist eine deutliche Erschwerung der Erweckbarkeit von Vorstellungen feststellbar. Bei der Prüfung des kombinatorischen Denkens versagt H. vollkommen. Er soll z. B. einen Satz aus den Worten: Soldat, Urlaub, traurig bilden. Nach längerem Überlegen antwortet er folgendes: „Wenn der Soldat Urlaub bekommen hat und findet zu Hause jemanden tot, ist er traurig.“ Sein Schulwissen ist verhältnismäßig gut; doch ist seine Ausdrucksweise schwerfällig und umständlich, er muß sich auf die einfachsten Dinge auf-

fallend lange Zeit besinnen. Sein Wortschatz ist ziemlich klein, seine Redeweise einförmig und schwer verständlich, sich oftmals wiederholend. Anfangs ist er sehr mißtrauisch und gereizt, er hält mit der Beantwortung der an ihn gerichteten Fragen absichtlich zurück, indem er wiederholt erklärt, daß diese Fragerei doch nichts mit seiner Untat zu tun hätte. Plötzlich schlägt mitten in der Untersuchung seine Reizbarkeit in einen weinerlichen Affekt um, er ruft unter Schluchzen:

„Warum bin ich in diese Unglücksstadt gekommen, wäre ich nur nicht nach Berlin gekommen; dann wäre mir diese unselige Tat auch nicht passiert. Ich glaube aber dennoch, daß mich das Schicksal für das kleine Vergehen nicht so hart bestrafen kann. Ich habe gerade schon genug danach ausgestanden; ich würde das Geschick als grausam und unbarmherzig bezeichnen, wenn es mich weiter bestrafen sollte.“ Auf gütliches Zureden beruhigt sich H. sehr bald wieder und wird, als er merkt, daß man es nicht böse mit ihm meint, freundlicher und mitteilsamer. Von dem Bestehen irgendwelcher Wahniddeen oder krankhafter Vorstellungen ist nichts zu merken.

Die körperliche Untersuchung des H. hat folgenden Befund ergeben:

1,61 m großer Mann, 107 Pfund schwer, in dürftigem Ernährungszustand. Der Schädel hat Quadratform, er ist *hydrocephal* vergrößert (Wasserkopf). Sein Umfang beträgt 59 cm. Die Hinterhauptsschuppe springt stark hervor. Das Aussehen ist um etwa 10 Jahre jünger als es seinem Alter entspricht. An den Hirnnerven nichts besonderes Auffälliges, die Sehlöcher reagieren auf Licht und Naheinstellung prompt, keine Zeichen einer Übererregbarkeit am Nervensystem. Sehnen- und Knochenhautreflexe an Armen und Beinen von gewöhnlicher Stärke, keine Herabsetzung der groben Kraft, keine Störung des Gefühlsinns. Starke Verbiegung der Wirbelsäule im oberen und mittleren Brustteil nach rechts, im unteren Brust- und Lendenteil kompensatorisch nach links. Sie zeigt in ihrem oberen Teil einen starken Buckel, im unteren Teil eine über-



Exhibitionist, 53 Jahre alt.

mäßige Streckung. Die ganze linke Brustseite ist unterhalb der Achselhöhle verbildet und asymmetrisch. Die äußere Herzähmigung ist um 2 cm nach links verschoben; der 2. Ton über der Hauptschlagader verstärkt. Der Puls ist regelmäßig, von normaler Spannung, 86 Schläge in der Minute. Die Lungenuntersuchung läßt keine krankhaften Veränderungen erkennen. Zu beiden Seiten oberhalb der Leistenbeugen eine schräg von unten innen nach oben außen verlaufende, ungefähr 12 cm lange Narbe (Leistenbruchoperationsnarben). Die *Hoden liegen im Hodensack als stark geschrumpfte Gebilde fühlbar*. Der rechte ist etwa erbsengroß,

der linke etwa kleinbohnengroß. Sie fühlen sich beide derb an und sind auf Druck nicht besonders schmerhaft. *Haupt-, Achsel- und Schamhaare* sind auffällig weich und dünn. Am Körperbau finden sich *keine femininen Zeichen*. Der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker. Der Blutdruck ist nicht erhöht.

Gutachten.

Der Angeklagte, der unehelich geboren ist, leidet von Kindheit an unter schweren, periodisch auftretenden „Migräneanfällen“, die mit starken Schmerzen im Hinterkopf, Erbrechen und reizbarer Verstimmung beginnen und in kurzer Zeit so schlimm werden, daß der Kranke sich ins Bett legen muß. Nach 1—2 Tagen ist dieser Krankheitszustand vorüber, und keinerlei Störungen sind mehr bemerkbar, außer einer stets vorhandenen Schüchternheit. Daß es während dieser „Migräneanfälle“ zu Krämpfen oder zu einem ausgesprochenen Bewußtseinsverlust gekommen wäre, hat man bisher bei dem Angeklagten noch nicht beobachten können. Nur einmal hat er nach seiner eigenen Schilderung als junger Mensch von 15 Jahren einen kurzdauernden Ohnmachtsanfall erlitten, wobei ihm auch für einen Augenblick das Bewußtsein geschwunden sein soll.

Diese eben geschilderten „Migräneanfälle“ weisen in mancherlei Hinsicht Beziehungen zur *Epilepsie* auf. Die bei H. zeitweise vorhandene zornige Reizbarkeit, die Neigung zu Kopfschmerzen und Verstimmungen und die impulsiven Entschlüsse und Handlungen sind Erscheinungen, die sich häufig bei Epileptikern finden. Auch die in der Jugend einmal aufgetretene Ohnmacht mit kurzdauendem Bewußtseinsverlust könnte vielleicht als kleiner epileptischer Anfall gedeutet werden.

Von der Mutter her, die ebenfalls von ihrer Jugend an unter heftigen anfallartig auftretenden Kopfschmerzen zu leiden hat, ist der Angeklagte *stark belastet*.

Die *Geistesfähigkeiten* des H. sind zweifellos *minderwertig*, wie sich aus der mit ihm vorgenommenen Intelligenzprüfung einwandfrei nachweisen läßt: Die Merk- und Urteilsfähigkeit ist herabgesetzt, das kombinatorische Denken vollständig aufgehoben; seine Affektlage schwankt stark; seine Fähigkeit, seinen Gedanken Ausdruck zu geben, ist nur gering. Er wiederholt sich sowohl im Satzbau wie auch in seinen Ausdrücken häufig und muß sich beim Beantworten der Fragen übermäßig lange Zeit besinnen. Hierbei ist eine bewußte Übertreibung mit Sicherheit auszuschließen, denn der Angeklagte gibt sich bei der Intelligenzprüfung sichtbar Mühe, um „sich nicht zu blamieren“, wie er sich ausgedrückt hat.

Sein Wesen neigt zu Mißtrauen und Reizbarkeit, er ist schüchtern und zeitweise ängstlich. Meist lebt er still für sich, hat keinen besonderen freundschaftlichen Umgang und keine besonderen Neigungen und Interessen.

In sexueller Beziehung ist er von jeher nie besonders sinnlich veranlagt gewesen, eher besteht wohl eine abnorme Gefühlskälte bei ihm, denn er hat auch nicht geheiratet und sich, um mit seinen eigenen Worten zu sprechen, nie zu dem weiblichen Geschlecht hingezogen gefühlt. Irgendwelche Perversitäten will er, abgesehen von in der Jugend ausgeführter häufiger Onanie, nicht bekannt haben. An sexuellem Umgang mit Kindern oder Männern jemals Gefallen gefunden zu haben, bestreitet er ganz entschieden.

An körperlich auffälligen Symptomen bietet der Angeklagte zunächst starke rachitische Veränderungen am Knochensystem dar: Abnorm vergrößerter Kopf (Wasserkopf), quadratförmiger Schädel, vorspringende Hinterhauptsschuppe, Verbiegung der Wirbelsäule und Deformität des Brustkorbs, besonders der linken Seite. Ferner findet sich weiche und spärliche Behaarung auf dem Kopf, in den Achselhöhlen und in der Schambeinregion, abnorm weiche und zarte Haut sowie totaler Schwund des ganzen Hodengewebes beiderseits, Zeichen, die auf eine Funktionsstörung „bestimmter Drüsen mit innerer Sekretion“ hindeuten.

Faßt man die bisherigen Befunde, die die psychiatrische und körperliche Untersuchung bei dem Angeklagten ergeben haben, zusammen, so erhält man *von der Persönlichkeit folgendes Bild*:

H. ist ein von Haus aus durch erbliche Belastung von der Mutter her zu „Migräneanfällen“ neigender Mensch, der als Kind eine schwere Rachitis durchgemacht haben muß. Seine geistigen Fähigkeiten sind infolge dieser krankhaften erblichen Belastung sowohl, wie auch infolge der durch Rachitis des Schädels entstandenen anatomischen Veränderungen im Gehirn, stark beeinträchtigt. Dies zeigt sich in intellektueller wie auch in ethischer Hinsicht.

Außerdem finden sich an den sekundären Geschlechtsmerkmalen (Hoden, Haut, Behaarung) sehr deutliche Veränderungen, die eine Störung in der innersekretorischen Drüsenfunktion erkennen lassen. Diese geht mit psychischen Veränderungen einher, die besonders das feinere Seelenleben betreffen und auf ethisch-sittlichem Gebiete liegen.

So ist denn auch die von dem Angeklagten ausgeführte Straftat unter diese Störungen zu rechnen.

Während eines „*Migräneanfall*“ ist es infolge der verminderten Intelligenz und der krankhaft veränderten Konstitution bei H. zu einer *Bewußtseinstrübung* und somit zum Fortfall der sonst normalerweise fest verankerten ethischen Hemmungen gekommen, in der jene primitive sexuelle Handlung ausgeführt wurde. Diese Tat, die unserem normalen Empfinden gänzlich unverständlich ist, drängt sich einem derartig veranlagten Menschen, wenn sich die Situation für ein solches Handeln günstig gestaltet, *zwangsmäßig* auf. Sie trägt den Charakter der Unbezwingerbarkeit, trotz eines beängstigenden Widerstandes, der von bestimmten physischen Erregungen wie Schweißausbruch, Herzklopfen u. a. m. begleitet wird. Das Qualvolle dieses Zustandes findet *nur ein Ende* in der *Befriedigung* des Bedürfnisses. Diese erst beschließt den Kampf, beendet den Anfall, führt wohltuende Erschlaffung herbei. Derartige Kranke führen einen beängstigenden Kampf zwischen dem krankhaften Wunsch, der befiehlt und dem Gewissen, das urteilt, verurteilt, Widerspruch erhebt. Unter allen impulsiven Zwangsvorstellungen muß man diejenigen, welche zu den Störungen des geschlechtlichen Instinktes gehören, als die gebieterischsten und unwiderstehlichsten betrachten; den Beweis dieser Unzulänglichkeit liefern zu jeder Zeit Tatsachen, die zeigen, daß, wenn auch vermehrte und verschärzte Strafbestimmungen den geschlechtlich Entarteten ereilen, diese ihn dennoch nicht im geringsten hemmen können.

Untersucht man derartige Sittlichkeitsverbrecher genau, so ergibt sich das Resultat, daß gleichzeitig mit den impulsiven sexuellen Triebhandlungen noch andere „*episodische Äußerungen*“, wie auch in dem Falle des Angeklagten aufdeckbar sind.

H. ist ein *psychisch und körperlich degenerativ entarteter Mensch* mit einer der *Epilepsie nahestehenden Konstitution*.

Ich komme daher zu dem Schluß, daß der Angeklagte zur Zeit der Begehung der Straftat sich in einem Zustand von krankhafter Störung der Geistesfähigkeit befunden hat, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war. (§ 51 Str.-G.-B.)¹⁾.

¹⁾ Nach Mitteilung von Herrn Geheimrat *Straßmann*, der am 11. XII. 25 in dem Termin gegen H. als Sachverständiger zugegen war, habe eine Zeugin ausgesagt, daß sie den Angeklagten an verschiedenen Tagen hintereinander auf der Straße exhibitionistische Akte hätte vollführen sehen. Diese Mitteilung spricht insofern *nicht* gegen die Annahme, daß ein episodischer Dämmerzustand vorgelegen hat, weil von *Kleist* unter seinem klinischen Material Fälle beobachtet worden sind, bei denen die Bewußtseinstrübungen zum Teil mit

Kritische Betrachtungen.

Kleist hat, wie ich anfangs ausführlich mitgeteilt habe, *Triebregungen* und *Triebhandlungen* in den verschiedensten Variationen gesehen, die mit einem veränderten Bewußtseinszustand, aber ohne ausgesprochenen Bewußtseinsverlust einhergingen und die er als *episodische Verstimmungszustände* aufgefaßt hat. *Kleist* hat unter seinem bisher veröffentlichten Material eine Anzahl Fälle erwähnt, die nach ihrer ganzen Symptomatologie als *Epileptoide* angesehen werden könnten, wenn man, wie *Kleist* ausführlich dargelegt hat, unter epileptoid keine Gleichheit des Krankheitsvorganges mit der Epilepsie, sondern nur eine teilweise Gleichheit in einzelnen Symptomen bzw. Konstitutionsmerkmalen mit denen der Epilepsie versteht. *Kleist* hat daher für derartige Psychosen die Bezeichnung „*episodische Verstimmungs-Dämmerzustände*“ angegeben.

Ich habe in meinem Gutachten ausgeführt, daß die bei H. zeitweise aufgetretene zornige Reizbarkeit, die Neigung zu Kopfschmerzen und Verstimmungen sowie die impulsiven Entschlüsse und Handlungen Erscheinungen seien, die sich häufiger bei Epileptikern finden könnten; auch daß die in der Jugend einmal aufgetretene Ohnmacht mit kurzdauerndem Bewußtseinsverlust vielleicht als kleiner epileptischer Anfall gedeutet werden könnte, wobei ich jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen habe, daß für eine ausgesprochene epileptische Konstitution die Untersuchung und Beobachtung des Angeklagten keine mit Sicherheit zu verwertenden Beweise ergeben haben. Ich habe ihn für einen psychisch und körperlich Entarteten mit einer der *Epilepsie nahestehenden Konstitution gehalten.*

Das Zustandekommen des zweiten *Ohnmachtsanfalls*, mit anschließenden halluzinatorischen, ängstlich-deliranten Erregungszuständen, der bei H. an demselben Tage aufgetreten war, an dem er den exhibitionistischen Akt ausgeführt hatte, und zwar, als er in stärkster reaktiver Erregung nach der Feststellung seiner Personalien auf der Polizei in das Schwesternheim zurückgekommen war, ließe sich wohl ungezwungen,

Erregungszuständen, zum Teil mit Desorientiertheit und anderen psychotischen Erscheinungen vermischt, bis zu 14 Tagen angedauert haben.

Wie es den Anschein hat, weist auch dieser Fall derartige Merkmale auf. Wenn an mehreren aufeinanderfolgenden Tagen von dem Patienten exhibitionistische Delikte begangen worden sind, so sind diese ohne Zweifel schon in die psychotische Phase zu rechnen. Wie ich in meinem Gutachten eingehend ausgeführt habe, lassen sich diese Delikte auf Grund einer infantilen sexuellen Konstitution erklären und sind Erscheinungsformen primitiver Vorstellungen, auf psychischer Degeneration beruhend, die beim Fortfall gewisser, im Normalzustande vorhandener festverankerter Hemmungskomplexe in einer derartigen *episodischen Bewußtseinstrybung* zutage treten.

Der Angeklagte wurde nach längerer Verhandlung freigesprochen.

ohne hierfür einen epileptischen Dämmerzustand annehmen zu müssen, derart erklären, daß bei dem noch unter der Wirkung der episodischen Verstimmung stehenden Kranken eine *hysterische, angstfektbetonte Reaktion mit plötzlich einsetzendem kurzdauernden Bewußtseinsverlust und nachfolgender Verwirrung* ausgelöst worden ist.

Wenn auch dieser Fall nach dem bisher Gesagten zweifellos in *mancherlei Hinsicht zur Epilepsie Ähnlichkeit* hat, *weicht er aber auch in vielen Punkten deutlich von ihr ab*.

Derartige Krankheitsbilder hat man bisher, namentlich dann, wenn anfallsweise Kopfschmerzen mit Verstimmungszuständen nachweisbar waren, der Epilepsie zugehörig angesehen und von einer *epileptoiden* Konstitution gesprochen. Man ist dabei offenbar der Charcotschen Lehre gefolgt, indem man die Migräne als die Schwester der Epilepsie angesehen hat, wobei es meines Erachtens jedoch in manchen Fällen recht zweifelhaft ist, ob tatsächlich diese Symptome als Ausdruck einer echten Migräne aufzufassen sind.

Sicherlich besteht auch bei dem Patienten H. kein ausgesprochener Migränekopfschmerz, der, wie die Erfahrung lehrt, stets halbseitig auftritt und mit Störungen beim Sehen von dem einfachsten Flimmern bis zu den schwersten Gesichtsfeldausfällen einhergeht. Von derartigen Erscheinungen aber hat der Kranke nichts Charakteristisches.

Auch periodisch wiederkehrende Verstimmungszustände im Zusammenhang mit Anfällen von Kopfschmerzen können wohl ebenfalls nicht als ein unwiderlegbarer Beweis für eine Epilepsie angesehen werden, zumal auch sonst keinerlei Zeichen von irgendwelchen Krampfzuständen, Absencen, Bewußtlosigkeit und postepileptischen Dämmerzuständen feststellbar gewesen sind.

Ich glaube daher, daß bei den sogenannten epileptoiden Konstitutionen doch gar nicht so selten, außer den der Epilepsie ähnlichen Erscheinungen, noch eine Reihe anderer „episodischer Äußerungen“ aufdeckbar sind.

Garnier hat bereits 1900 die Psychopathologie der Exhibitionisten folgendermaßen charakterisiert: „Es ist übrigens selten, daß die geschlechtliche Entartung das einzige bei einem Entarteten beobachtete Symptom ist; die Untersuchung hat in den meisten Fällen das Resultat, daß andere episodische Äußerungen noch aufgedeckt werden.“

Infolgedessen möchte ich auch diesen Fall von Exhibitionismus, *trotz der zur epileptischen Konstitution neigenden Ähnlichkeit doch nicht zu dieser Krankheitsgruppe gehörig* betrachten. Es überwiegen zu viele Symptome, die mit der Epilepsie im engeren Sinne nichts zu tun haben. Auch die erbliche Belastung, die von mütterlicher Seite her, in periodisch auftretenden Anfällen von Kopfschmerzen besteht, ist ebenfalls nicht als sicherer Beweis für eine ererbte epileptische Ver-

anlagung anzusehen. Bedeutungsvoll scheint mir auch die *Hydrocephalie* zu sein.

Soweit ich die bisherige Literatur über den Exhibitionismus übersehe, finden sich sehr häufig neben den Krankheitsbezeichnungen Altersdemenz, Paralyse, Alkoholismus, Dementia praecox, Idiotie, Psychopathie auch die Bezeichnung Epilepsie oder epileptoide Konstitution. Die Epilepsie zerfällt in verschiedene konstruierte Gruppen, so sprechen einige Autoren von einer „larvierten Epilepsie“, andere wieder rechnen den Exhibitionismus zu einer dem petit mal nahestehenden Bewußtseinstrübung, auch eine Grundlage zur epileptischen Natur wird angenommen. Zu erwähnen sind nach *J. Strassmann* exhibitionistische Handlungen, die sich durch krankhafte Veränderungen der Harnorgane, durch Diabetes u. a. m. erklären lassen.

Im Gegensatz hierzu glaubt *Friedmann* bei einem von ihm beobachteten Fall, der einen 19jährigen Theologiestudenten betraf, einen Somnambulenzzustand annehmen zu müssen. Der Fall hatte mit der Epilepsie nichts weiter gemein als eine Bewußtseinstrübung, die nur symptomatisch den epileptischen Formen sehr stark ähnlich war.

Merzbach erwähnt, daß bereits *Krafft-Ebing* 1883 darauf hingewiesen hat, den epileptischen Exhibitionen ständen solche gewisser Neurastheniker nahe, bei denen sie als Trieb- und Zwangshandlungen, häufig begangen in einem epileptischen Dämmerzustand, aufzufassen seien.

Ein von *Merzbach* selbst beobachteter Fall von Exhibitionismus wird den epileptoiden Dämmerzuständen zugehörig beschrieben.

Am deutlichsten zeigten sich bei Epileptikern und epileptoiden Persönlichkeiten exhibitionistische Akte dann, wenn durch Alkohol Zwangsvorstellungen erzeugt würden. Auch Neurastheniker könnten durch Alkohol die gleichen perversen Triebhandlungen wie derartige Epileptiker begehen, wie *A. Leppmann* wiederholt betont hat.

Die in der Literatur beschriebenen Fälle von Exhibitionismus auf epileptoider Veranlagung könnten meines Erachtens, wenn man bei ihrer Durchsicht die von mir geschilderten Anschauungen und Erklärungen zugrunde legt, wohl zu einem Teil als *episodische Dämmer-* bzw. *Verstimmungszustände* im Sinne *Kleists* aufgefaßt werden.

Liest man in der 1899 erschienenen klassischen Arbeit von *Seiffer*, „Über Exhibitionismus“, daß sich die ihm bisher zur Begutachtung zugeteilten Fälle nicht in vorgeschriebene Schemata zwängen ließen, und daß es unter Umständen kaum möglich sei, vom *psychiatrischen Standpunkt aus* ein entscheidendes Urteil zu fällen, so muß nach meinen Darlegungen wohl dieser Ansicht *Seiffers* jetzt entgegengetreten werden.

Der Arbeit *Seiffers* entnehme ich folgendes: Bei 5 von 7 Fällen habe die „Epilepsie in irgendeiner Form mitgespielt“, nur wären die „Spuren der Epilepsie in allen 5 Fällen nicht ganz rein noch ganz sicher“ gewesen.

Öfters hätten sich epileptoide und neurasthenische Symptome miteinander verbunden, wodurch die Beurteilung des Falles dann sehr erschwert worden wäre. Es sei nur bei 2 von den 5 Fällen mit einiger Sicherheit möglich gewesen, die unsittliche Tat auf eine krankhafte Geistesstörung im Sinne des § 51 des StrGB. zurückzuführen. „Das Unbestimmte dieser gutachtlichen Äußerungen lag zum Teil in der *Eigenart der betreffenden Fälle*, zum Teil in der Unzulänglichkeit der uns zur Verfügung stehenden Angaben begründet.“ Vielleicht, so meint Seiffer, erinnere der eine oder der andere Fall an die von *Krafft-Ebing* aufgestellte *Psychopathia sexualis periodica*, eine Form des periodischen Irreseins mit krankhaften Trieben.

In einer ausführlichen Sammlung hat Seiffer dann alle Fälle aus der Literatur von 1877 an, wo *Lasègue* zum erstenmal seinen für die sexuelle Pathologie historisch gewordenen Artikel unter dem Titel „*Les Exhibitionistes*“, an Hand von 7 bis ins kleinste beobachteten Fällen der Öffentlichkeit übergeben hat, bis zum Jahre 1899 zusammengestellt. Von 75 männlichen Exhibitionisten waren 18 Epileptiker. Genaueres über die Erscheinungsweise dieser Krankheit und die Beziehungen der Exhibitionen zu dieser war oft nicht zu eruieren. Nach Seiffer bilden die Epileptiker fast den 4. Teil aller Delinquenten. Ein Teil von diesen hatte mehr oder weniger partielle Erinnerung an ihre Taten. Von Interesse ist es auch, daß sich unter den 18 epileptischen Exhibitionisten 2 befanden, die schon einmal beim Militär desertiert waren. Die Exhibitionen dieser Epileptiker waren auch häufig noch mit anderen Unsitlichkeiten vermischt, so z. B. mit öffentlicher Masturbation, Urinentleerung u. a. m. Fast alle waren *in periodischen Zeitabständen trotz strenger Bestrafungen immer wieder rückfällig*. Außer diesen exhibitionistischen Neigungen fanden sich, wie bereits erwähnt, noch andere Triebhandlungen.

Von den noch übrigbleibenden 57 Fällen rechnet Seiffer 17 auf die Dementen, 13 auf die Degenerierten, 8 auf die Neurasthenischen, 8 auf die Alkoholiker und 11 auf die Gewohnheitsmäßigen. Bei all diesen fanden sich zwischen den einzelnen Formen fließende Übergänge, so daß mitunter die Einordnung in ein bestimmtes Schema auf unüberwindbare Schwierigkeiten stieß.

Bezüglich des Exhibitionismus bei der Frau ist zu sagen, daß Seiffer 11 Fälle zusammenstellen konnte. 3 davon wurden als Epilepsie aufgefaßt, bei einigen ließ sich eine Grundlage für das Exhibitionieren nicht feststellen, einige waren ausgesprochen geisteskrank.

Auch unter den von Behr mitgeteilten 11 Fällen von *graphischen Exhibitionismus* befinden sich einige, die ihrer Beschreibung nach den *Eindruck von episodischen Bewußtseinstrübungen* machen.

Zu derselben Gruppe ist wohl auch der von Berkhan beschriebene Fall zu rechnen: Ein Mann stieg bei einer Frau durch das offene Fenster

ein und machte sich am Schreibtisch zu schaffen; als die Frau erschrocken auffuhr, verschwand der Mann auf demselben geheimnisvollen Wege wie er gekommen war, unter Hinterlassung eines von Obszönitäten strotzenden Schriftstücks. Unterhalb des Textes fanden sich zur Illustration pornographische Zeichnungen.

Soviel möge als *Schlußbemerkung* über meine Ausführungen die episodischen Verstimmungs- bzw. Dämmerzustände der Exhibitionisten betreffend gesagt sein. Ich habe versucht, den in vielen Gutachten über Exhibitionisten verbreiteten Anschauungen, daß es sich um eine Erkrankung epileptischen Ursprungs handle, entgegenzutreten, indem ich für den Begriff *epileptoid* den Begriff *episodisch* setzen möchte.

Hierdurch ließe sich für eine Reihe von derartigen zweifelhaften Krankheitsbildern, die nur gezwungen der Epilepsie zuzurechnen sind und zu keiner der sonst noch vorkommenden Krankheitsformen passen, eine zwanglose Erklärung finden.

Der Trieb zum Exhibitionieren wäre bei einer Anzahl von den „Episodikern“ dann nur ein *Symptom*, das im krankhaft veränderten Bewußtseinszustand während eines Anfalls auftritt und den Charakter des Zwangsmäßigen hat. Man würde wohl auch stets noch neben dieser erotischen, auf einer ganz primitiven sexuellen Stufe sich abspielenden Zwangshandlung, eine Reihe anderer episodischer Äußerungen finden.

Auf die interessanten Probleme der *Psychopathologie des Exhibitionismus einerseits* und des *Zwanges anderseits* an dieser Stelle noch näher einzugehen, würde das Gebiet der vorliegenden Arbeit überschreiten. Ich behalte mir vor, in einer weiteren Abhandlung zu diesen wichtigen Fragen Stellung zu nehmen und an Hand sämtlicher bisher über den Exhibitionismus veröffentlichten Fälle einiges Bemerkenswertes zu sagen.

Literaturverzeichnis.

- ¹⁾ *Behr*, Über graphischen Exhibitionismus. Zeitschr. f. Sexualwiss. **10**. 1923.
- ^{— 2)} *Berkhan*, Schriftlicher Exhibitionismus. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform **7**.
- ^{— 3)} *Friedmann*, Fall von Exhibitionismus und über nicht epileptischen Petit mal. Versammlung südwestdeutscher Psychiater, Neurol. Centralbl. **24**. 1905.
- ^{— 4)} *Garnier*, Les perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-legal. XIII. internationaler Kongreß in Paris; zit. aus dem Neurol. Centralbl. **19**. 1900.
- ^{— 5)} *Kleist*, Episodische Dämmerzustände. Sitzungsbericht März 1923, Vereinigung der Frankfurter Neurologen und Psychiater. (Autoreferat, Centralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 1923.)
- ^{— 5a)} *Kleist*, Dasselbe. Thieme 1926.
- ^{— 6)} *Krafft-Ebing*, Psychopathia sexualis. 1892.
- ^{— 7)} *Merzbach*, Die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes 1909.
- ^{— 8)} *Seiffer*, Über Exhibitionismus. Arch. f. Psych. **31**. 1899.