

draht beigemischt worden waren. Der Täter wurde dadurch ermittelt, daß man in seinem Besitz eine Hufzange fand, deren Biß Spuren von genau derselben Beschaffenheit hinterließ, wie sie die Enden der fraglichen Drahtstückchen aufwiesen. Weiter konnte festgestellt werden, daß der Verdächtige Draht von einem der gefundenen Kaliber in seinem Besitz hatte. Die Feststellung, daß bei dem Verbrechen nicht weniger als 9 verschiedene Drahtsorten zur Anwendung gelangt waren, entkräftete der Einwand des Täters, die Untat sei von jemand begangen worden, der sich unrechtmäßig in den Besitz seiner Zange gesetzt habe.

Einar Sjövall (Lund, Schweden).

Psychologie und Psychiatrie.

● **Petermann, Bruno:** Wesensfragen seelischen Seins. Eine Einführung in das moderne psychologische Denken. Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1938. VI, 222 S. u. 4 Abb. RM. 4.80.

Gerade heute, wo die volle Beherrschung eines einzigen Faches bereits die ganze Kraft eines Menschen in Anspruch nimmt, besteht ein dringendes Bedürfnis nach kurz gehaltenen Darstellungen der einzelnen Wissenschaftsbereiche, die es jedem ermöglichen, sich auch über die engen Grenzen des eigenen Arbeitsfeldes hinaus einen Überblick über die Problemlage und den Fortgang der Erkenntnis auf Nachbargebieten zu verschaffen. Diesem Bedürfnis des Arztes nach einer Einführung in die moderne Psychologie wird das vorliegende Buch in vorbildlicher Weise gerecht. Denn besser, als es hier geschehen, kann wohl kaum das Wesen modernen seelenkundlichen Denkens zur Anschauung gebracht werden. Der ärztliche Leser sei insbesondere auf diejenigen Abschnitte aufmerksam gemacht, die das Wahrnehmungs- und das Willensproblem sowie die Frage nach den Erbgrundlagen der konkreten Wesensartung behandeln; sie sind danach angetan, jeden davon zu überzeugen, daß die unter Medizinern leider weitverbreitete „naturwissenschaftliche“, d. h. materialistische Denkweise zumindest in der Psychologie gänzlich fehl am Orte ist.

v. Neureiter (Berlin).

Störing, Gustav E.: Charakterologie. Fortschr. Neur. 10, 337—365 (1938).

Verf. beschränkt sich in seinem Referat auf die Mitteilung der wichtigsten Forschungen über die äußeren Ausdrucksformen des Charakters in Mimik und Physiognomik, auf die Forschung über Rassenlehre und die Erblichkeit seelischer Eigenschaften sowie über die Beziehungen von Konstitution und Charakter; schließlich werden einige neuere Untersuchungen zur psychologischen Typenforschung mitgeteilt. Dementsprechend gliedern sich die Ausführungen in 4 Abschnitte. In dem 1. Abschnitt (Ausdrucksformen) werden ausführlich die Anschauungen und Forschungsergebnisse von Philipp Lersch und F. Lange behandelt, denen sich ein Referat des Buches von C. Fervers über die pathologische Physiognomik anschließt. Im 2. Abschnitt (psychische Erblehre und psychische Rassenlehre) wird im wesentlichen das Buch von Bruno Petermann, „Das Problem der Rassenseele“ und dessen Auseinandersetzungen mit anderen Forschern referiert; ferner geht Störing auf die rassenspsychologischen Studien von Clauss ein. In dem 3. Abschnitt (Konstitution und Charakter) werden namentlich die konstitutionspsychologisch ausgerichteten Arbeiten von W. Jaensch und E. Pulay referiert, während bezüglich der an Kretschmer anknüpfenden Konstitutionsforschungen auf das Referat von Harrasser verwiesen wird. Der 4. Abschnitt (Neuere psychologische Typenforschung) behandelt die Untersuchungen von E. R. Jaensch und von N. Ach.

Dubitscher (Berlin).

Schmeißing, Karl: Psychologisch-volkskundliche Gemeinschaftsforschung. Z. angew. Psychol. 54, 373—392 (1938).

Die Forderung der Stunde ist eine psychologisch-volkskundliche Gemeinschaftsarbeit, die am besten gedeihen wird, wenn jedes Fach seine Selbständigkeit wahrt, aber im Geben und Nehmen die Forschungsergebnisse des befreundeten Nachbarn in der eigenen Arbeit anerkennt und verwendet. Beide Fächer können dabei nur gewinnen. Die Volkskundler werden finden, daß manche Erscheinungen des Volkslebens, die

bisher nur als Tatsachen registriert wurden, in der psychologischen Belichtung neue Farben und Tiefenperspektiven gewinnen. Der tiefere Sinn der Vorgänge enthüllt sich vielfach erst dann, wenn man über das „Was?“ und „Wie?“ hinaus die Frage nach dem „Warum?“, nach den seelischen Untergründen stellt, und damit den Pflug auf neue Felder setzt. Umgekehrt werden die Psychologen überrascht sein, zu sehen, wieviel interessantes Material in den bisherigen volkskundlichen Forschungsergebnissen bereit liegt und auf Verarbeitung wartet. Die Fruchtbarkeit psychologisch-volkskundlicher Gemeinschaftsforschung ergibt sich besonders überzeugend durch die Aufzeigung gemeinsamer Probleme und Ziele. Unter ihnen stehen Kenntnis und Förderung des eigenen Volkes voran. Beide Wissenschaften haben zu dieser Aufgabe bereits manches beigetragen, meist in fachwissenschaftlicher Eigenbeschränkung, ohne eingehende Fühlungnahme miteinander. Aber viele Fragen sind noch ungelöst und bedürfen der gemeinschaftlichen Arbeit, um über die Oberflächenerscheinung hinaus die tieferen Untergründe von Werden und Wesen zu erfassen. *v. Neureiter* (Berlin).

Ingham, Samuel D.: Consciousness in relation to cerebral localization. (Das Bewußtsein in seiner Beziehung zur Lokalisation im Gehirn.) *Bull. Los Angeles neurol. Soc.* 2, 147—155 (1937).

(Das Bewußtseinsproblem war der Philosophie der klassischen Antike unbekannt und trat zuerst im hellenistischen Neuplatonismus auf; seitdem aber hat es ungefähr soviel verschiedene Darstellungen erfahren, als Autoren, und deren waren nicht wenige, die darüber geschrieben haben. Dadurch ist eine weitgehende Diskrepanz und auch vielfach Verwirrung der diesbezüglichen begrifflichen Analyse entstanden, und auch die vorliegende Arbeit trägt vielfach ein recht subjektives Gepräge.) — Verf. spricht von einem physiologischen Bewußtsein und versteht darunter eine besondere Art von Reaktionsfähigkeit des lebenden Organismus, welche zugunsten des Individuums oder der Art zu verlaufen pflegt, und schreibt in diesem Sinne der gesamten Tierreihe, von der Amöbe beginnend, Bewußtsein zu. Er betont dann, daß beim Menschen der Rhythmus von Wachbewußtsein und Schlaf an die Kerne des zentralen Höhlengraus in der Umgebung des 3. Ventrikels, wahrscheinlich einschließlich eines Teiles des Thalamus gebunden sei, dagegen sei dieser Rhythmus vom Cortex völlig unabhängig. (Die Propaganda der chemischen Industrie hat sich dieser Tatsache bemächtigt und benutzt sie für die Schlafmittelreklame; Ref.) Zwischen Oculomotoriuskernen und Schlafzentren bestehen wohl nahe Beziehungen, Lidschluß im Schlafe. Weiterhin gehen wohl alle Bewußtseinsstörungen von diesen Zentren aus oder sind in ihnen lokalisiert und auch die Vorgänge der Aufmerksamkeit im Wahrnehmungsvorgang hätten dort ihren Sitz. Das Gehirn bewahrt Neurogramme als Träger der Gedächtniserscheinungen und als Auslöser der Assoziationen, die ebenfalls dort vorwiegend lokalisiert sind und von dort aus auf die Rinde wirken. Das „mentale“ oder „psychologische“ Bewußtsein ist im Hirnmantel lokalisiert, und zwar vorwiegend im Frontalabschnitt. *Robert Müller.*

Hillgruber, Andreas: Wille und Intelligenz. (Ein Beitrag zur Psychologie der praktischen Intelligenz.) *Arch. f. Psychol.* 101, 151—172 (1938).

Den 6 praktischen Versuchen mit 9 Männern, 2 Frauen und 7 Kindern liegt die Idee zugrunde, das Leistungsexperiment mit der Selbstbeobachtung zu verbinden. Dabei soll nicht die Intelligenz der Vpn. geprüft, sondern das Wesen der praktischen Intelligenz erforscht werden. Die Ergebnisse beziehen sich daher in erster Linie auf die Motivierung. Es zeigt sich, daß die praktische Intelligenz kein isoliertes Phänomen, sondern daß sie in einen Handlungsprozeß eingelagert ist. Interessant sind die Protokolle über die Angaben der Vpn. zu der Frage: Warum haben Sie die Arbeit ausgeführt? Der Denkprozeß bei der Ausführung der Aufgaben verläuft in Phasen. Ein Einfall bringt eine Lösungsmöglichkeit ins Bewußtsein, die alsdann beurteilt wird. Die Einfälle sind vorstellungsmäßig, oder sie beziehen sich auf einen real gegebenen Gegenstand. Sie werden ohne Mitwirkung des bewußten Ich hervorgebracht. Die Beurteilung erfolgt nach zwei Gesichtspunkten: der erste ist die Orientierung

nach dem Zweck, der zweite die Wertbeurteilung des Mittels. Wird die Zweckmäßigkeit eines Mittels bejaht, so sind die Urteile im allgemeinen intuitiv. Die finale Einstellung wird aber oft durch wertende Tendenzen durchkreuzt, die den Handlungsablauf hemmen. Sie sind nicht am Zweck orientiert, sondern reichen in die tiefsten Motivschichten hinab, die die Wertverfassung der Persönlichkeit ausmachen. Darum überwiegt das Werturteil das finale Urteil und die Handlung erhält erst dann freien Lauf, wenn die Wertbezogenheit des Mittels klargestellt ist. Ferner geht Verf. ein auf Zufüsse der Gewohnheit und die Gefühlsreaktionen determinierender Tendenzen. Anlässlich der Ergebnisse bei 2 Vpn. wird noch auf Wahrnehmungsurteile eingegangen.

Dubitscher (Berlin).

Cason, Hulsey, Moses S. Koch, Margaret Wiesender, Robert W. Lyons, Chester C. Coulson, Adele H. Matison, Alvin J. Nance, Jean Gardner and Jean O'Connor: The influence of tension and relaxation on the affectivities. (Der Einfluß von Spannung und Entspannung auf das Gefühlsleben.) (*Psychol. Laborat., Univ. of Wisconsin, Madison.*) J. gen. Psychol. 18, 77—110 (1938).

Es wurde der Versuch gemacht, einen Test ausfindig zu machen, der das Empfindungsleben normaler Menschen ohne Anwendung stärkerer emotioneller Reize darzustellen und zu klären vermag. Verff. wählten 110 Darstellungen verschiedenen Stimmungsgehaltes aus; Die Versuchsperson mußte diese kurz betrachten, Auftreten und Dauer etwaiger Gemütsbewegungen durch Druck auf einen Taster kundtun und an Hand einer vor ihr aufgehängten Liste von 100 Gefühlen (etwa Bewunderung, Zärtlichkeit, Neid usw.) diese näher bezeichnen. Es wurde geprüft, ob sich eine Differenz der Ergebnisse zeigte, einmal, wenn die Versuchsperson währenddessen mit den Füßen ein Gewicht von 50 Pfund herunterzudrücken hatte, zum anderen, wenn sie in entspannter Körperhaltung in einem Liegestuhl saß. Verff. sind der Ansicht, daß die Methodik eine wirkliche Erfassung des Gefühlslebens gewährleistet, daß Dauer und Art der Gemütsbewegung richtig erkannt und bezeichnet wird und ein deutlicher Einfluß der gespannten oder entspannten Muskulatur bemerkbar war. v. Notz-Schwarz.

Criarà, M.: Il sogno come elemento diagnostico del tipo caratterologico. (Der Traum als diagnostisches Element des charakterologischen Typus.) (*Laborat. di Psicol. Speriment., Univ. Cattolica d. Sacro Cuore, Napoli.*) Arch. gen. di Neur. 19, 5—45 (1938).

Es wird der Versuch gemacht, zu zeigen, wie durch die Traumtätigkeit des Individuums sein charakterologischer Typus diagnostiziert werden kann. Der Traum gibt in oft typischer Weise die Erklärung für scheinbar unverständliche Handlungen des Wachlebens. Die Arbeit basiert nicht auf der psychoanalytischen Technik der Traumdeutung. Technisch wurde so vorgegangen, daß der Bezugspunkt des Traumes oder einzelner Traumelemente auf Erlebnisse, Gedanken, Erinnerungen, Aspirationen des Wachlebens gemeinsam mit dem Kranken gesucht wurden. Es wird eine große Anzahl von Beispielen gebracht, die zeigen, wie im Traum Minderwertigkeitsgefühle, Scham, Gewissensbisse, Wünsche, Einstellung für oder gegen bestimmte Personen usw. usw. sich widerspiegeln. Der Traum zeigt dem Untersucher die Wachhandlungen, aber eben so gut auch deren Motivierung. Da der Untersucher den direkten Weg mit dem indirekten Weg des Eindringens auf Grund des Traum inhalts in die tieferen Bezirke des psychischen Lebens des Individuums beschreiten kann, gibt der Traum die Möglichkeit, einen Gesamteindruck des psychischen Lebens zu erhalten. Untersuchungen dieser Art gestatten auch, praktische Gesichtspunkte für die Erziehung des Charakters abzuleiten.

Fumarola (Rom).

Shevach, B. J.: A note on racial difference in perseveration. (Bemerkung zu rassischem Unterschied im Haftvermögen.) (*Dep. of Psychol., Harvard Univ., Cambridge.*) J. Psychol. 5, 271—279 (1938).

Rangachar [vgl. Brit. J. Educ. Psychol. 2, 199 (1932)] stellte experimentell größeres Haftvermögen bei jüdischen gegenüber englischen Schülern fest, woraus er das Bestehen rassenmäßiger Unterschiede folgerte. Daß das Haftvermögen weitgehend

vom Keimplasma abhängt und somit erblich ist, behauptete bereits Jones [vgl. J. Nat. Inst. Indus. Res. 4, 282 (1928/29)]. Dieser Behauptung geht Verf. mit eigenen Untersuchungen nach. — Nach kurzer Zusammenfassung der Versuchsanordnung und nach Aufzählung der von Rangachar verwandten Tests schildert Verf. seine eigenen Versuche, für die ihm ein Material von 18 jüdischen und 19 arischen (gentiles) Erwachsenen und dazu 12 jüdischen Kindern zur Verfügung stand. Verf. brachte 10, bei den Kindern nur 9 Perseverationstests zur Anwendung, die im einzelnen im Original nachgelesen werden müssen. Diese wurden den Untersuchten in bestimmter Reihenfolge und zu einer bestimmten Tageszeit geboten. 3malige Wiederholung während je einer Versuchsreihe. Die Ergebnisse entsprechen nicht denen Rangachars. Ein einheitlicher, kennzeichnender Unterschied zwischen Juden und Ariern konnte nicht festgestellt werden. Gradmäßig zeigten in einzelnen Tests die Juden, in anderen die Arier größeres Haftvermögen. Verf. hält danach das Perseverationsphänomen als solches für weitgehend individuell-spezifisch und nicht für rassisch determiniert. *Günther (Berlin).*°°

Rieti, Ettore: Sull'interpretazione dei fenomeni eidetici visivi. (Über die Erklärung der eidetischen Gesichtssphänomene.) (*Osp. Psichiatr., Genova-Quarto.*) Arch. ital. Psicol. 15, 350—362 (1937).

Eine kritische Übersicht über das Wesen des visiven Eidetismus führt zur Stellungnahme, daß alle Menschen potentiell eidetisch sind, aber ihre Anlage, bewußt oder unbenutzt, nur nutzen können, wenn sie ihre Aufmerksamkeit darauf richten. Unsere Erziehung, die auf Wortengrammen und ihren abstrakten Komplexen fußt, richtet die Aufmerksamkeit gewöhnlich gerade in die Richtung, wo eidetische Möglichkeiten versagen. Bei Kindern und Imbezillen kann der Eidetismus als vikariierendes Element bestehen. *Neurath (Wien).*°°

Guirdham, Arthur: Weitere Beobachtungen nach Rorschachs Testmethode. (*Bailbrookh., Bath [England].*) Schweiz. Arch. Neur. 41, 8—16 (1938).

Der Aufsatz ist eine kurze Zusammenfassung der englischen Originalabhandlungen des Verf., The Rorschach Test in Epileptics (vgl. diese Z. 27, 248), und gibt die Ergebnisse in gedrängter Kürze wieder. Insbesondere setzt sich Verf. mit Rorschach auseinander hinsichtlich des Erlebnistypus und der Faktoren, die die Intelligenz betreffen. Neue diagnostische Merkmale sind Inkorporations- (I-) Antworten, bei denen die verschieden gefärbten Areale der Tafel kombiniert werden, um eine Formantwort zu bilden, und wesentliche Qualitätsantworten (EQ), bei denen einer Formwahrnehmung gewisse innerlich zugehörige Eigenschaften beschreibend hinzugefügt werden. Des weiteren unterscheidet Guirdham schärfer als Rorschach zwischen abstrakten Antworten, Ego-, Sex- und religiösen Antworten. Auf die Ergebnisse bei den vom Verf. untersuchten Normalen, Epileptikern und depressiv verstimmtten Psychotikern kann im einzelnen nicht eingegangen werden. Die Fb-Antworten Rorschachs nennt er Chiaroscuro-Antworten. Unter Benutzung einer komplizierten mathematischen Formel glaubt Verf. unterscheiden zu können zwischen Depressionen bei Dementia praecox, Melancholie und paranoiden Zuständen. *Dubitscher (Berlin).*

Zulliger, Hans: Das Auftreten und die Bedeutung des Farbschocks beim Rorschachschen Test. Nederl. Tijdschr. Psychol. 6, 162—175 (1938) [Holländisch].

Verf. macht auf die Bedeutung der Rorschach-Test für die Kinderpsychiatrie und die Neurologie in der Pädagogik aufmerksam. Sie ermöglichen oft eine Diagnose. Nicht selten kommt bei den Versuchen ein sog. „Farbenschock“ vor, der sich in einem affektiven oder assoziativen Stupor äußert: die Vpn. werden durch die Vorlage der Prüfungstafeln verwirrt und wissen damit nichts anzufangen. Verf. erörtert weiter zahlreiche Einzelheiten der Tests und gibt am Schluß einige Beispiele. *M.H. Fischer.*°°

Kramaschke, Waldtraut: Schulleistung und psychischer Konstitutionstypus. (*Inst. f. Vererbungswiss., Univ. Greifswald.*) Z. menschl. Vererbgs- u. Konstit.lehre 22, 1—49 (1938) u. Greifswald: Diss. 1938.

In Fortsetzung der Arbeiten von Bandlow, Gentzkow, Kramm und Lott-

mann, die sich mit den Beziehungen zwischen Schulleistungen und Lebensleistungen beschäftigen, werden in der vorliegenden Untersuchung diese Beziehungen unter konstitutionstypologischen Gesichtspunkten betrachtet. Die Untersuchungen erfolgten an 90 Abiturienten und 242 Primanern. Die psychophysische Konstitution wurde durch eine persönliche Untersuchung der Versuchspersonen ermittelt; ferner wurde ein Fragebogen benutzt, den auch Bandlow verwandte. Im Anschluß an die Ausfüllung des Fragebogens erfolgte mit der betreffenden Versuchsperson ein „psychologisches Gespräch“. Schließlich wurden Lichtbilder, Beobachtungsbogen und Mitteilungen der Schule ausgewertet. Zur Bestimmung der Schulleistungen wurden alle Zeugnisse von Obertertia ab beigezogen. Bei ihrer Auswertung wurden die wissenschaftlichen Gesamtschulleistungen, eine sprachliche und eine mathematisch-naturwissenschaftliche Gruppe unterschieden. Der Stellung einzelner Fächer in der Schulbewertung wurde mit Hilfe eines bestimmten Wertungssystems Rechnung getragen. Untersucht wurden die Leistungsfähigkeit der psychischen Typen in Oberprima sowie die „Schulbahnen“. Dabei zeigte sich, daß die Leistungshöhe vom schizothymen Pol zum cyclothymen Pol hin abnimmt. Die schlechtesten Leistungen haben die Viscösen. Diese Verhältnisse bestehen unabhängig vom Schultyp. In allen wissenschaftlichen Fächern haben die Schizothymen bessere Leistungen, nur in der Biologie ist die cyclothyme Gruppe etwas besser als die schizothyme. In technischen Fächern wirken sich typologische Unterschiede in den Zensuren weniger aus als in denen der wissenschaftlichen Fächer. Die Korrelationen zwischen den Leistungen in einzelnen Fächern sind im Gesamtmaterial bei den ausgesprochen Schizothymen und Cyclothymen praktisch gleich. Es wird angenommen, daß die Leistungsunterschiede der psychophysischen Konstitutionstypen auf Unterschieden der Intelligenzform (nicht der Intelligenzhöhe) beruhen. Beim Verfolgen der Schulbahn zeigt sich, daß der Leistungsvorsprung der Schizothymen von Obertertia bis zum Abiturientenexamen hin anhält. [Vgl. diese Z. 27, 353 (Gentzkow) u. Z. menschl. Vererbg- u. Konstit.lehre 21, 95 (1937) (Bandlow).] *Dubitscher* (Berlin).

● **Benjamin, E., H. Hanselmann, M. Isserlin, J. Lutz und A. Ronald: Lehrbuch der Psychopathologie des Kindesalters für Ärzte und Erzieher.** Erlenbach-Zürich u. Leipzig: Rotapfel Verl. 1938. 382 S. u. 16 Abb. RM. 10.80.

Das Buch, das es sich vorgenommen hat, den Lernenden mit den Grundlagen der Kinderpsychiatrie vertraut zu machen, eröffnet Lutz (Zürich) mit einer Besprechung des Schwachsinn und der organischen Gehirnstörungen mit Einschluß der Epilepsie (S. 15—124). Ihr folgt eine Abhandlung von Isserlin (München), die sich mit den umschriebenen zentralen Schädigungen und ihren Folgen wie Taubstummheit und Sprachverlust beschäftigt (S. 127—150). Daran schließt sich eine ausführliche Darstellung der kindlichen Psychopathie und Neurose (S. 152—239) aus der Feder Benjamins (Ebenhausen bei München). Als vierter Beitrag findet sich ein Aufsatz von Ronald (Wien) über Verwahrlosung und Kriminalität (S. 243—306). Er befaßt sich eingehend mit den Ursachen der Verwahrlosung, beschreibt die wichtigsten Verwahrlosungszeichen und Verwahrlosungstypen, beleuchtet die Beziehungen zwischen Verwahrlosung und Kriminalität und weist schließlich auf die Mittel hin, die uns zur Verhütung und Bekämpfung der Verwahrlosung zur Verfügung stehen. Die Seiten 309—376 füllt endlich ein Überblick über die Heilpädagogik von Hanselmann (Zürich). Trotz dieser „Vielmännerei“ ist dennoch ein in der Hauptsache einheitliches Ganzes entstanden, das wirklich seinen Zweck erfüllt und durchaus geeignet erscheint, dem Mediziner nicht minder wie dem Erzieher die wichtigsten Erkenntnisse auf dem Gebiete der Kinderpsychiatrie zu vermitteln. *v. Neureiter* (Berlin).

● **Lederer, Emil v., und Julius König: Die Hypermotilität im Kindesalter. Mit einem Geleitwort v. Elemér v. Hainiss.** (Arch. Kinderheilk. Beih. 16.) Stuttgart: Ferdinand Enke 1938. 93 S. u. 2 Abb. RM. 5.60.

Das Buch ist in erster Linie für Kinderärzte bestimmt. Die Hyperkinesen im Kindesalter werden in einer Zusammenstellung gebracht, die ihre Erkennung und

Differenzierung erleichtern soll. Als Grundlage einer Einsicht in das pathologisch-physiologische Geschehen ist der Ontogenese und der Phylogenese der Bewegung ein breiter Raum gewidmet. Ferner wird auf die Zusammenhänge zwischen Motilität und vegetativem Nervensystem, innerer Sekretion, Stoffwechsel, Psyche, Schlaf sowie Rhythmus eingegangen. Im speziellen Teil sind die Hyperkinesen des Kindes, mit Ausnahme der mit tonisch-klonischen Krämpfen und Bewußtseinsstörungen einhergehenden Anfallskrankheiten des epileptischen Symptomenkreises behandelt. Die letztgenannten werden nur im Rahmen differentialdiagnostischer Erwägungen berücksichtigt. Differentialdiagnose und Prognose von Erethismus, Tics, Stereotypien, Dranghandlungen, Zwangshandlungen und Zwangsbewegungen, choreatischen Hypermotilitätserscheinungen, ferner von Athetose, Tremor, Nystagmus, Torsionsdystonie und verschiedenen anderen isolierten Hypermotilitätserscheinungen (fibrilläre Zuckungen, Muskelwogen, Myoklonien) sind eingehend gewürdigt. Die Therapie wird dagegen nur gestreift mit der Begründung, daß sie bei den meisten der behandelten Krankheiten noch ziemlich unsicher und nicht einheitlich sei. Die Ausführungen, die einen Überblick über den augenblicklichen Kenntnisstand in den einschlägigen Fragen geben, stützen sich auf ein umfangreiches Schrifttum und — wie Prof. Elemér v. Hainiss in seinem Geleitwort betont — auf die 10jährigen Erfahrungen des Psychophysiologischen Laboratoriums der Universitäts-Kinderklinik in Budapest. *Dubitscher* (Berlin).

Levin, Paul M.: Restlessness in children. (Ruhelosigkeit bei Kindern.) (*Subdep. of Neurol., Johns Hopkins Univ., Baltimore.*) *Arch. of Neur.* **39**, 764—770 (1938).

Verf. vergleicht die bei manchen Kindern und jugendlichen Individuen zu beobachtende Vereinigung von Geistesschwäche oder sonstigen Läsionen des Großhirns, von gesteigertem Hungergefühl (Freßgier) und von Ruhelosigkeit als Analogon des bei Affen und anderen Tieren experimentell erzeugten „Syndroms der präfrontalen Region“, bei dem ähnliche Erscheinungen vorliegen. Er erkennt jedoch nicht, daß die gekennzeichnete Ruhelosigkeit als psychologisch begründete motorische Überaktivität auch bei Nichteinwirkenden vorkommt. *H. Pfister* (Coppengraben-Lindenbrunn).

Schneersohn, F.: Charakterologie des kindlichen Schlaflebens. *Z. Kinderpsychiatr.* **4**, 170—182 (1938).

Die durchschnittliche Haltung von Kindern im Schlaf entspricht ihrer Wesensart; man kann ängstliche, trotzig, harmonische usw. Schlafstellungen unterscheiden. Bei schwierigen Kindern kann die Analyse dieser Schlafstellungen im Vergleich zu ihrem Verhalten sonst wichtige Aufschlüsse über ihr Wesen und ihre Erziehbarkeit geben. *Hallervorden* (Berlin-Buch).

Crothers, Bronson, and Elizabeth Lord: The appraisal of intellectual and physical factors after cerebral damage in children. (Die Wertung intellektueller und physischer Veränderungen bei Gehirnschäden von Kindern.) (*Pediatr. Dep., Harvard Med. School a. Childr. Hosp., Boston.*) (*93. ann. meet. of the Americ. Psychiatr. Assoc., Pittsburgh, 10.—14. V. 1937.*) *Amer. J. Psychiatry* **94**, 1077—1088 (1938).

Erhebliche Schwierigkeiten bereitete den Verff. die Feststellung der für den Entwicklungsgang der Krankheit bedeutsamen Tatsachen und die Auswertung der Anamnese für physische und psychische Daten. Auch mußten zur Sicherstellung eindeutiger Untersuchungsergebnisse grundlegende Änderungen der Untersuchungsmethoden getroffen werden. Die einschlägige Untersuchung bietet allerdings nichts nennenswert Neues; sie spricht jedoch für die Möglichkeit einer einwandfreien Differentialdiagnose bei Gehirnschäden von Kindern. In diagnostisch zweifelhaften Fällen erwies sich das Encephalogramm als ein nicht zu entbehrendes Hilfsmittel. Die Verff. konnten als Erfahrungstatsache hervorheben, daß beträchtliche Schäden des Gehirns häufig nur geringfügige physische und psychische Veränderungen zur Folge hatten. Hinsichtlich der Heilungsaussichten bestehender Hirnschäden bei Kindern sind die Verff. sehr zurückhaltend. Die Untersuchungsergebnisse insgesamt zeigen unverkennbar kausale

Zusammenhänge auf zwischen postencephalitischen und posttraumatischen Zuständen und Erziehungsmängel im Sinne der Verwahrlosung. *H. Többen (Münster i. W.).*

Dieterle, Robert R., and Edward J. Koch: Experimental induction of infantile behavior in major hysteria. (Experimentelle Untersuchung über kindliches Benehmen bei Hysterie.) (*State Psychopath. Hosp., Ann Arbor, Michigan.*) *J. nerv. Dis.* 86, 688—710 (1937).

Die Verff. berichten über 3 interessante Fälle von Hysterie. 2 von diesen wurden zufällig zu gleicher Zeit in der Klinik aufgenommen und konnten zusammen beobachtet werden. Beide ließen sowohl auf körperlichem wie auf seelischem Gebiet alle erdenklichen hysterischen Stigmata erkennen. Sie waren beide hochgradig suggestibel. Während eines posthypnotischen Zustandes äußerte die eine von ihnen spontan, daß sie 2 Jahre alt sei (richtiges Alter 16 Jahre). Es entwickelte sich in der Folge bei ihr sowie bei der zweiten 19jährigen Patientin (die vorher einen Ganser-Zustand durchgemacht hatte) ein kindliches Benehmen, das sich allmählich immer mehr steigerte und schließlich bei beiden Pat. darin endete, daß sie sich wie Säuglinge benahmen. Sie lutschten am Daumen, tranken aus der Flasche, lallten und schrien wie Neugeborene. Binnen kurzem drehte sich auf der Krankenabteilung alles um sie, so daß die Verff. sagen: „Die Atmosphäre der ganzen Abteilung hatte entschieden etwas von einer Kinderklinik an sich.“ Sie ließen auch dauernd unter sich und mußten katheterisiert werden. In diesem Zustand waren sie nicht suggestibel, und die Verff. sind der Ansicht, daß dies Rückfallen in die früheste Kindheit unbewußt geschieht. Nach Tagen machten beide langsam eintretende Fortschritte, d. h. ihr Verhalten durchlief die jeweiligen kindlichen Entwicklungsstufen. Als sie sich so benahmen, als wären sie 2 Jahre alt, traten die zuerst vorhandenen Mechanismen wieder auf. Auf die theoretische und praktische Bedeutung dieser Fälle wollen die Verff. in einer späteren Veröffentlichung ausführlich eingehen. Sie sagen vorläufig nur so viel, daß sie als Ursache dieser Zustände sexuelle Probleme annehmen. Sie fühlen sich dazu um so mehr berechtigt, als die eine der beiden Patientinnen ein anderes Mal einen Zustand durchmachte, indem sie sich benahm, als ob sie 40 Jahre alt sei. Zahlreiche Photos erläutern die interessante Arbeit. *Gerd Voss (Düsseldorf).*

Zappert, Julius: Dementia infantilis (Heller). *Z. Kinderpsychiatr.* 4, 161—169 (1938).

Verf., der sich seit 1921 um die klinische Herausarbeitung der 1918 von Heller zuerst beschriebenen Dementia infantilis bemüht, tritt erneut ein für die Sonderstellung dieses klinisch gut umrissenen Krankheitsbildes. Die Krankheit beginnt zwischen dem 2.—6. Lebensjahre meist aus vorheriger geistiger Gesundheit und führt unter Hervortreten von Sprachstörungen, Unruhe, Erregungs- und manchmal auch Angstzuständen in kürzester Zeit zu einem Zustand hochgradiger Verblödung, der gekennzeichnet ist durch einen oft geradezu intelligenten Gesichtsausdruck der Kranken und Fehlen aller körperlichen Symptome. Für die Auffassung des Verf., daß es sich bei diesen Krankheitsbildern nicht nur um ein für die Klinik wertvolles Syndrom handelt, sondern um eine Krankheitseinheit, liegen jedoch — wie er selbst zugibt — bisher von seiten der pathologischen Anatomie und von seiten der Erbforschung noch nicht genügend überzeugende Unterlagen vor. *H. A. Schmitz (Bonn).*

Erickson, Milton H.: A study of clinical and experimental findings on hypnotic deafness: I. Clinical experimentation and findings. (Untersuchung klinischer und experimenteller Ergebnisse bei hypnotischer Taubheit. I. Klinische Erfahrungen und Ergebnisse.) (*Eloise Hosp., Eloise, Mich.*) *J. gen. Psychol.* 19, 127—150 (1938).

In den vorliegenden Untersuchungen, die an 30 Studenten vorgenommen wurden, sucht Verf. besonders zwei Fragen nachzugehen: der Vergleichbarkeit von hypnotischer mit organischer Taubheit und der Frage, ob die Vorgänge bei der erstgenannten scheinbar oder tatsächlich sind. Die klinischen Ergebnisse wurden durch direkte Beobachtung des Verhaltens der Vpn., subjektive Berichte über ihren Hörzustand und Untersuchung der Vpn. erhalten. Es konnten zwei verschiedene Reaktionstypen festgestellt werden: Die einen zeigten Veränderungen in der Hörfunktion, die anderen totalen Verlust des Gehörs. Die Veränderungen in der Hörfunktion zeigten sich in Veränderungen der Hörschwelle und in Unsicherheit bei der Lokalisierung von Tönen, der Unterscheidung von Zeitbeziehungen und von Tonqualitäten und in dem Ersatz äußerer durch innere Reize. Der totale Verlust des Gehörs konnte bewiesen werden durch entsprechende

Reaktionen auf Schwingungsreize, Fehlen von Schreckreflexen, Fehlen gewohnheitsmäßiger, eingewurzelter Verhaltensweisen auf akustische Reize, vollkommene Beschränkung des reaktiven Verhaltens gemäß einem Taubheitszustand.

Dubitscher (Berlin).

Erickson, Milton H.: A study of clinical and experimental findings on hypnotic deafness: II. Experimental findings with a conditioned response technique. (Untersuchung klinischer und experimenteller Ergebnisse bei hypnotischer Taubheit. II. Experimentelle Ergebnisse bei Verfahren mit „bedingter“ Reaktion.) (*Eloise Hosp., Eloise, Mich.*) J. gen. Psychol. 19, 151—167 (1938).

(Vgl. vorsteh. Ref.) An 2 Vpn. und 2 Kontrollpersonen, die in einem Zustand vollkommener hypnotischer Taubheit waren, wurden Versuche, in denen ein elektrischer Shock hervorgerufen wurde, vorgenommen. Nach wiederholter Reizung durch einen Reizkomplex (elektrischer Shock und akustischer Reiz) wurde eine Muskelreaktion bei einer gewöhnlich (d. h. ohne Taubheits-Suggestion) hypnotisierten Vp. beständig durch den akustischen Reiz allein hervorgerufen. Im Zustand hypnotischer Taubheit fehlte diese bedingte Reaktion. Die hypnotische Wiederherstellung des Gehörs ließ die bedingte Reaktion wiederkehren. Verf. schließt aus den Untersuchungsergebnissen, daß die Herbeiführung eines Zustands von hypnotischer Taubheit bedeutungsame psychologische und neurophysiologische Veränderungen der Hörfunktion aufdeckt, die in Grad und Charakter denen bei organischer Taubheit vergleichbar sind.

Dubitscher (Berlin).

Boon, A. A., und P. Feitscher: Das Zeichnen einer Patientin mit totaler Aphasie. (*Psychol. Laborat., Psychiatr.-Neurol. Klin., Valeriusplein u. Univ. Amsterdam.*) Z. Neur. 163, 103—122 (1938).

Eine Patientin mit gemischter motorisch-sensorischer Aphasie — die Autoren bezeichnen diese als totale Aphasie — wird in ihrem zeichnerischen Verhalten beschrieben. Die Zeichnungen fallen durch das Vorwiegen der rein anschaulichen Momente auf, während das Begriffliche in der Zeichnung zurücktritt. Beim Kopieren, wo die Patientin sich sklavisch an die Vorlage hielt, waren diese Merkmale noch hervorstechender. Patientin hielt sich hierbei an die Umrisse, ohne die Zeichnung mit dem gegenständlichen Inhalt zu füllen. Es ist vielfach behauptet worden, daß sich Zeichnungen von Apathikern den Zeichnungen der Kinder anlehnen. In Wirklichkeit sind die Kinderzeichnungen jedoch vorwiegend begrifflich orientiert (ideoplastisch), während die Zeichnungen der Patientin physioplastisch waren. Dagegen fanden die Autoren eine Parallele in den Zeichnungen Taubstummer und kommen so zu dem Schluß, daß durch den Ausfall des Sprachlich-Begrifflichen die Anschauung wieder in den Vordergrund trete, woraus sich die Besonderheiten der zeichnerischen Produktionen der Patientin ergeben. Mit anderen Worten: Die Patientin steht nicht mehr unter der Diktatur des Wortes und des Wissens, so daß dadurch ihre rezeptiven Wahrnehmungsfähigkeiten frei werden. (Die Diagnose einer vasoconstrictorisch bedingten Encephalomalacie als Ursache des beschriebenen Zustandsbildes möchte ich bei der langsam zunehmenden Demenz bezweifeln und annehmen, daß es sich um eine Alzheimersche Krankheit gehandelt hat.)

W. Wagner (Breslau).

Scheid, K. F.: Die wissenschaftliche Psychiatrie in der Gegenwart. Z. ges. Naturwiss. 4, 125—130 (1938).

Verf. gibt einen kurzen Überblick über die heutigen Strömungen in der Psychiatrie. Aus den Darlegungen sei hervorgehoben: Es ist schwer verständlich, daß die oft sehr schweren psychischen Störungen der Schizophrenie lediglich aus der Charakteranlage hervorbrechen (Konstitutionspathologie Kretschmers) und nicht den Weg über einen körperlichen (toxischen) Zustand nehmen. Nicht völlig erwiesen ist, daß in der Verwandtschaft von Schizophrenen mehr schizoide Persönlichkeiten vorkommen als in der Durchschnittsbevölkerung. Die neuerdings ausgebaute mehrdimensionale Betrachtungsweise hat sich fruchtbar erwiesen und den Weg für eine einwandfreie Somatopathologie der Schizophrenie und des manisch-depressiven Irreseins freigemacht. So ist nachgewiesen (Gjessing), daß vor Ausbruch der Schizophrenie N-Anteile der Nahrung zurückgehalten werden, die dann während der Erkrankung zur Aus-

scheidung kommen. Jahn wies Vermehrung der Blutneubildungsstätten im Knochenmark nach, ein Befund, dem das Blutbild am Lebenden entspricht. Verf. hat „febrile Episoden“ im Verlauf der Schizophrenie beobachtet, die mit Verschlimmerungen des psychischen Syndroms einhergehen, in denen ferner große Mengen von Hämoglobin zugrunde gehen, ein hämolytisches Syndrom, das sich im Blutbild widerspiegelt. Die fieberhaften Episoden sind somit der Ausdruck einer inneren Krankheit, der Nachweis, ob es sich dabei um einen spezifischen Prozeß handelt, steht noch aus.

Henneberg (Berlin).

Zutt, J.: Über den Geltungsbereich und die Bedeutung des psychiatrischen Urteils. („Kuranst. Westend“, Berlin.) Mschr. Psychiatr. 99, 399—410 (1938).

Ganz allgemein sind Aussagen nur darüber möglich, was einer tut, wie einer aussieht und dann, wie einer ist; diesem Versuch einer unmittelbaren Wesenscharakterisierung ist aber die Grenze gesetzt, die für jede sprachlich-begriffliche Erfassung menschlichen Wesens besteht, daß nämlich mit derartigen Bezeichnungen nur eine Zuordnung zu einem Typus erfolgt, nie aber etwas über das Individuelle ausgesagt werden kann. Aus dem Dilemma zwischen sprachlicher Unzulänglichkeit und dem Bedürfnis nach differenzierter Wesenserfassung führt nur der Ausweg des Vergleiches heraus. Auch dabei wird auf einen Typ verwiesen, nur daß dieser nicht allgemein, sondern lediglich einem beschränkten Kreise bekannt ist. Es kann aus psychiatrischer Erfahrung nur etwas ausgesagt werden, was den, über den ausgesagt wird, zur psychiatrischen Klinik in Beziehung bringt. Das psychiatrische Urteil hat dort eine Grenze, wo es nicht mehr um geistige Gesundheit oder geistiges Kranksein geht, wo allgemeinere Fragen anfangen. Freilich kann diese Grenze insofern überschritten werden, als der Psychiater einmal meist auch über eine besondere psychologische Erfahrung verfügt, dann aber auch über wohl jeden Menschen etwas Psychiatrisches auszusagen in der Lage ist. Der Laie hat die psychiatrische Feststellung hinzunehmen; eine Verdeutschung der Fachterminologie ist nicht einmal wünschenswert, weil dann der Laie nur noch leichter übersähe, daß er vom Gehalt der in Rede stehenden Begriffe ja nichts weiß. Die psychiatrische Terminologie kann mißbraucht, sie kann nachlässig, sie kann für die Bezeichnung von Banalitäten angewandt werden. Verf. wendet sich dann noch gegen die Pathographien bzw. gegen ihre Überschätzung: der Geniale entzieht sich besonders der Zuordnung zu einem Typus. So treffend wie nachdenklich ist die abschließende Bemerkung, daß derjenige zurückhaltend im Gebrauch fertig geprägter Begriffe ist, der ihre Problematik (noch) sieht. Donalies (Eberswalde).

Brugger, C.: Fruchtbarkeit, Wanderung und Zunahme der Geisteskranken. (Abt. f. Erbforsch., Psychiatr. Klin., Univ. Basel.) Gesdh. u. Wohlf. 18, 421—434 (1938).

Die Arbeit gibt eine Übersicht über die bisherigen Forschungen und stellt fest: Die Eltern der Erbschwachsinnigen besitzen noch heute eine größere Fruchtbarkeit als die Eltern der Normalbegabten. Die Fortpflanzung der Cyclothymen entspricht der der Durchschnittsbevölkerung; Epileptiker vermehren sich bedeutend seltener; die eheliche Fortpflanzung der Epileptiker ist nur halb so groß wie die der umgebenden Bevölkerung. Die Schizophrenen pflanzen sich bedeutend weniger fort als der Durchschnitt; die Fruchtbarkeit der schizophrenen Frauen ist nur halb so groß wie die der normalen Bevölkerung. Die Ausmerze der Schizophrenie war früher schon langsam. Sie ist Folge des Geburtenrückgangs in der übrigen Bevölkerung. Gefährlich kann die Heiratsfähigkeit der Schizophrenen infolge besserer Heilung und Fürsorge werden. Die ungleiche Beteiligung der Gut- und Schlechtbegabten an der Landflucht muß zu einer relativen Zunahme der Minderbegabten unter der Gesamtbevölkerung führen. Die Frage nach der Ab- oder Zunahme der Geisteskranken überhaupt kann nicht durch Anstaltsstatistiken beantwortet werden; das einzige Mittel, um zu brauchbaren Ziffern zu gelangen, ist die systematische Untersuchung bestimmter kleiner Zählgebiete durch Psychiater, die ausnahmslos jede Familie eines bestimmten Zählgebietes persönlich untersuchen.

Leibbrand (Berlin).

Roxo, Enrique: Situations- und Reaktionspsychose. (Inst. de Psicopat., Univ., Buenos Aires.) Rev. Psiquiatr. y Criminol. 3, 117—124 (1938) [Spanisch].

Verf. bringt eine Zusammenstellung der Auffassung verschiedener Autoren, von

Bleuler, Bumke, Kretschmer, Mira usw., vor allem von Bonhöffer, dessen Klinik er besucht hat, über die Situations- und Reaktionspsychosen. Einige selbst beobachtete Fälle werden kurz beschrieben, auch die Behandlung wird erwähnt. *Ganter.*

Steinwallner: Zur Frage, ob angeborener Schwachsinn die freie Willensbestimmung gemäß § 104 Nr. 2 BGB. ausschließt. Psychiatr.-neur. Wschr. 1938, 395—396.

Bekanntlich heißt es im § 104 Nr. 2 BGB., daß geschäftsunfähig ist, wer sich in einem, die freie Willensbestimmungen ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeiten befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist. Das Reichsgericht nimmt hinsichtlich des angeborenen Schwachsinn in einer Entscheidung vom 21. III. 1938 (V. 189/37) hierzu folgendermaßen Stellung: es ist denkbar, daß der Schwachsinnige bei dem, was er wirklich selbständig leisten kann, in nur gedankenloser Betätigung des täglichen Lebens handelt, daß aber da, wo eigene Überlegung einsetzen sollte, krankhafte Geistesschwäche eine solche hindert und die freie Willensbestimmung ausschließt. *Dubitscher (Berlin).*

Pajak, Józef: Psychopathologie im Militärverfahren. Czas. sąd.-lek. 3, 177—193 (1938) [Polnisch].

Pajak fordert vom Militärpsychiater beim Begutachten des Geisteszustandes wegen fraglicher Zurechnungsfähigkeit nicht „zu mildes Handeln“, da dadurch „die Wehrmacht und die Wehrkraft“ geschädigt wird. Der Militärpsychiater soll „den Begriff der Unzurechnungsfähigkeit verhältnismäßig enge ziehen, damit die dem Militärstrafgesetz zugrunde liegenden Strafzwecke erreicht werden“ könnten. Zum Schluß bemerkt P., daß jemand zurechnungsfähig, trotzdem aber aus psychohygienischen Gründen zum Militärdienstuntauglich sein kann. *L. Wachholz.*

Zieliński, Marein: Oligophrenische Anzeichen bei Psychopathen und ihre klinische Bedeutung. Now. psychjatr. 14, 55—59 (1937) [Polnisch].

Für die Annahme des Bestehens einer gewissen Abart bei psychopathischen Persönlichkeiten, welche durch intellektuelle Minderwertigkeit gekennzeichnet ist, die lange unter psychopathischen Zügen verdeckt erst unter besonderen Bedingungen deutlich zutage tritt, führt Verf. einen erläuternden Fall an. Es handelte sich bei einer 33jährigen Kranken um einen hartnäckigen neurotischen Erscheinungskomplex, der seinen Inhalt aus Sensationen oder vegetativen Empfindungen verschiedener Körperteile, besonders der Herzgegend, schöpfte, mit denen sich erhebliche Schwankungen des Selbstgefühls von ausgesprochen unangenehmer Gefühlsfärbung verbanden. Nach mehrmonatiger Behandlung wurde zwar eine Beseitigung oder wenigstens Milderung der Intensität der körperlichen Empfindungen erreicht, die nun erwartete Abreagierung der mit ihnen verbundenen Veränderung des Selbstgefühls und der hypochondrischen Einstellung blieb jedoch aus. Der psychotherapeutische Verstandesfaktor, so führt Verf. aus, versagte hier infolge der Unfähigkeit der Kranken, sich zu dem Niveau der von dem Arzte gegebenen Erklärungen zu erheben. Die Suggestibilität für unangenehm gefärbte Eindrücke fand hier einen Verbündeten in den Mängeln des Intellektes, und anstatt des allmählichen Abreagierens trat, bedingt durch den aus der Gesamtheit der Erscheinungen sich nun heraushebenden oligophrenen Zug, ein neues ungünstiges Moment in dem Krankheitsbilde auf, welches auf Grund der eben durch intellektuelle Minderwertigkeit gekennzeichneten spezifischen Struktur der psychopathischen Persönlichkeit der neurotischen Reaktion Dauer verlieh. *Adam (Berlin).*

Graves, T. C.: Head injuries and mental disorder. (Schädelverletzungen und seelische Störungen.) (*Rubery Hill a. Hollymoor Ment. Hosp., Birmingham.*) J. ment. Sci. 84, 552—562 (1938).

Der Verf. betont die Rolle einer chronischen fokalen Infektion (vor allem ausgehend von den Zähnen, Tonsillen und Nebenhöhlen) für die Entwicklung seelischer Störungen nach einem Schädeltrauma. Er hat dabei natürlich nicht die auf eine unmittelbare Hirnverletzung zurückzuführenden Krankheitsbilder im Auge, sondern

die auch nach leichteren Traumen oft zu beobachtenden subjektiven Beschwerden, wie hartnäckige Kopfschmerzen, Konzentrationsschwäche und Affektlabilität, bezieht aber auch psychotische Zustände in diese Gruppe infektiös bedingter psychischer Störungen nach Schädeltraumen ein. Der Autor meint, daß das Schädeltrauma einer schon vorher vorhandenen chronischen Sepsis den Weg zu den Meningen ebne. Durch kurze Schilderung typischer Einzelbeispiele erläutert er die verschiedenen Möglichkeiten eines Zusammenhangs zwischen Trauma, chronischer Sepsis und den beobachteten psychischen Störungen. Sehr optimistisch ist er über die therapeutischen Erfolge durch eine oft radikale Sanierung der Infektionsherde. *Ederle* (Tübingen).°

Remezova, A. S.: Zur Frage der Formen der posttraumatischen psychischen Veränderungen. *Nevropat. i t. d.* 7, 66—74 (1938) [Russisch].

Das klinische Bild der posttraumatischen Demenz ist nicht durch Symptome charakterisiert, die man als typisch für diesen Zustand bezeichnen kann und die auf das Trauma allein zurückgeführt werden können: es gibt viele Faktoren, die das Zustandekommen des klinischen Bildes bedingen. Es ist auch noch nicht entschieden, ob die posttraumatische Demenz mit Recht als besondere Krankheitsform aufgefaßt werden darf. Verf. bringt zur Beleuchtung dieser Fragen 2 einschlägige Fälle. In beiden handelt es sich nur um Folgen eines Traumas, ohne daß anderweitige ätiologische Faktoren in Betracht kämen, die Beobachtung erstreckte sich auf 2 bzw. 3 Jahre. In beiden Fällen folgte dem Trauma eine sich auf mehrere Tage erstreckende Bewußtseinsstörung, die in das subacute Stadium ausging, das als apathisch-amnestisches Syndrom verlief. Allmählich bildete sich der Residualzustand, der nach einigen Schwankungen als dauernde Eigentümlichkeiten aufweist: eine Verlangsamung der motorischen und intellektuellen Funktionen, Verminderung der Spontaneität, der Aktivität, des Gedächtnisses, der Kombinationsfähigkeit; Veränderungen der affektiven Sphäre (leichte Apathie). Verf. grenzt diesen Endzustand gegenüber ähnlichen, der Schizophrenie angehörigen, ab und schreibt die Eigentümlichkeiten der beiden, im klinischen Bilde nicht ganz gleichen Fälle der verschiedenen Lokalisation des Traumas zu. *Bresowsky* (Dorpat).°

Olkon, D. M.: Chronic subdural hematoma with acute psychotic manifestations. Operation and recovery. (Chronisches subdurales Hämatom mit akuten psychotischen Erscheinungen. Operation und Heilung.) *J. amer. med. Assoc.* 110, 1664—1665 (1938).

37jähriger Mann verspürte vor 1 Jahr bei einer Fahrt über Land einen plötzlichen Kopfschmerz, „wie einen Hammerschlag“, wurde benommen, schwach, konnte aber allein nach Hause fahren; der Zustand wurde als Sonnenstich bezeichnet, die Kopfschmerzen verschwanden aber nicht, es entwickelten sich psychische Veränderungen, er wurde nörgelig, undußsam, menschenfeindlich, schlafbedürftig, pessimistisch und während eines Ferienaufenthaltes brach eine akute Psychose aus: Verwirrung, Desorientierung, Personenverknennung, angriffs-lustig, halluzinierte, verweigerte die Nahrung, wurde laut und tobsüchtig, setzte der Aufnahme ins Krankenhaus heftigen Widerstand entgegen. Eingehende internistische und neurologische Untersuchung zeigte durchaus normale Verhältnisse; der akute Beginn und die anhaltenden Kopfschmerzen gaben aber Anlaß zu einer Ventriculographie. Bei der dazu ausgeführten Trepanation entleerten sich nach Einstechen der Dura „einige Unzen“ dunkles Blut. Erst 3 cm tiefer stieß die Nadel auf das Gehirn. Es folgte ein kurzdauernder Shock, nach einem 3tägigen Stupor hellte sich aber das Bewußtsein auf und nach 21 Tagen konnte Patient geheilt entlassen werden. *H. Haenel* (Dresden).°

Spota, Benjamin B.: Die Hirnarteriosklerose in ihren neuropsychiatrischen und gerichtlich-medizinischen Beziehungen. (*Cátedra de Clín. Neurol., Univ., Buenos Aires.*) *Archivos Med. leg.* 8, 37—53 u. franz. Zusammenfassung 53—54 (1938) [Spanisch].

Vom gerichtlich-medizinischen Standpunkte haben die Formen mit spärlichen oder fehlenden Herdsymptomen das größte Interesse. Das „pseudoneurasthenische Syndrom“ kündigt den bevorstehenden psychischen Zusammenbruch an; seine Aufdeckung ist von besonderer Wichtigkeit, da es eine frühzeitige Diagnose gestattet. Andererseits sind die diagnostischen Schwierigkeiten gegenüber der senilen Demenz und der Alzheimer'schen Krankheit mit Arteriosklerose wohl bekannt. Die Unterscheidung von

der Presbyophrenie ist verhältnismäßig leicht. Der Verwirrheitszustand als Anfangsstadium der senilen Demenz ist bisher nur ungenügend beschrieben worden; er ist von großer gerichtlich-medizinischer Wichtigkeit, da er im Gegensatz zu dem pseudo-neurasthenischen Syndrom von Anfang an zu einem oft schnell fortschreitenden Zerfall der intellektuellen und affektiven Fähigkeiten führt. Reich.

Panse, Friedrich: Über zwischenhirnabhängige Stoffwechselstörungen bei Chorea Huntington. (*Rhein. Prov.-Inst. f. Psychiatr.-Neurol. Erbforsch., Univ. Bonn.*) Mschr. Psychiatr. **99**, 448—472 (1938).

Verf. beschäftigt sich zunächst mit dem Körpergewicht der Choreakranken. Dieses ist manchmal, ähnlich wie bei den Schizophrenen und Paralytikern, extremen Zunahmen unterworfen; häufiger ist die Magersucht, die aus einer Reihe von Gründen wahrscheinlich auf eine zentrale Ursache zurückgeführt werden muß. — Diabetes insipidus kommt sporadisch, Diabetes mellitus aber in der Sippe der Choreatiker häufiger vor; einmal fand er sich sogar bei einer aus einer Choreatikerfamilie stammenden Kranken mit Hemiparkinson, der als abortives choreatisches Syndrom angesprochen wurde. Er ist der Chorea genisch zugehörig, denn er tritt im gleichen Alter auf wie die Chorea der betreffenden Sippe, er zeigt unter sich gleichartigen Verlauf, verschont die Deszendenz der choreafreigebliebenen Choreatikergeschwister, tritt in einem hohen Prozentsatz (7,8% gegen sonst 1—3%) auf und läßt jeden Anhalt für Heterogenie vermissen; Verf. vermutet eine Sonderform des Diabetes (Zwischenhirndiabetes). Ebenso findet sich bei Choreatikern und deren Sippe nicht ganz selten Psoriasis (3,5% gegen 1% der Aufnahmen in der Hautklinik). Schließlich weist Verf. noch auf Beobachtungen von Polyglobulie und Splenomegalie bei Choreatikern hin. Auch die Psoriasis als Lipoidstoffwechselstörung und die Erythropoese unterstehen offenbar der Regulation des Zwischenhirns. Verf. glaubt, daß seine Feststellungen darauf hinweisen, daß man der Regulation des endokrinen Systems durch das Zwischenhirn noch mehr Beachtung schenken müsse als bisher, wo der endokrine Apparat im Vordergrund des Interesses stand. Romberg.

Kaczanowski, Feliks: Vier Gerichtsfälle von psychischen Störungen bei multipler Sklerose. Roczn. psychiatr. H. **33**, 10—22 (1938) [Polnisch].

Den 4 des näheren mitgeteilten Fällen war bei aller Verschiedenheit der psychischen Störungen gemeinsam, daß intellektuelle Veränderungen in Gestalt einer Verarmung und Primitivität in Überlegen und Kombinieren, Flachheit des Urteils und Störungen der Stimmung vorlagen. Diese intellektuelle Stumpfheit gab auch den in 3 Fällen auftretenden Größen- oder Verfolgungsvorstellungen ihr Gepräge. Die kritiklose Einstellung gegenüber dem eigenen Krankheitszustande, durch Euphorie und Eutonie gekennzeichnet, verband sich mit der charakteristischen Hoffnung auf Heilung, der „spes sclerotica“, die auch in dem einen Falle mit grundsätzlich depressiver Stimmung nicht zu verkennen war. Was nun die gerichts-psychiatrische Beurteilung dieser Zustände anbetrifft, so konnte in dem einen Falle, in dem es sich um einen Defraudanten handelte, der schon früher wegen gleicher Handlungen bestraft worden war, nur eine verminderte Verantwortlichkeit zugebilligt werden, da die kriminellen Möglichkeiten schon als in der prämorbidem Persönlichkeit liegend anzunehmen waren und da die psychischen Veränderungen nicht tiefgehend genug waren, um die Möglichkeit des Verständnisses für die Bedeutung der Tat und die Fähigkeit, die eigenen Handlungen zu bestimmen, völlig aufzuheben. In den übrigen Fällen, Brandstiftung bei einem Kranken mit erheblicher Demenz mit Größenvorstellungen und anfallsweise auftretenden akuten Erregungszuständen, Mordversuch an der eigenen Ehefrau, Drohungen gegen einen behandelnden Arzt, beide letzteren auf Grund von chronischen Verfolgungsvorstellungen im Gefolge des organischen Gehirnprozesses, war völlige Straffreiheit und das Erfordernis der Anwendung von Sicherungsmaßnahmen als vorliegend zu erachten. Im allgemeinen, so führt Verf. aus, müsse in den an sich seltenen Fällen, in welchen psychische Veränderungen und Störungen bei multipler Sklerose zu gerichtspsychiatrischer Beurteilung gelangen, jeder Fall individuell erfaßt werden,

vor allem deswegen, weil die verschiedenen psychotischen Erscheinungen verschiedene Bedeutung für das Zustandekommen krimineller Handlungen haben können, dann auch, weil nicht in jedem Falle der Verlauf der psychischen Veränderungen und Störungen dem der neurologischen Erscheinungen parallel geht und weil die meist anzutreffenden polysklerotischen psychischen Veränderungen mit Rücksicht auf ihre Wandelbarkeit besondere Vorsicht in der Anwendung der Bestimmungen des Strafgesetzbuches erfordern.

Adam (Berlin)._o

Kreissel, Hans: Zur Frage der akuten multiplen Sklerose. (*Neurol.-Forsch.-Inst., Breslau.*) Z. Neur. 163, 83—102 (1938).

Es wird der von Gagel-Guttmann kurz geschilderte Fall von akuter multipler Sklerose (Arch. f. Psychiatr. 98, 290) ausführlich klinisch und pathologisch-anatomisch beschrieben. Dabei wird besonders die mit der multiplen Sklerose übereinstimmende Lokalisation des Prozesses hervorgehoben. Ein eigenartiger saumförmiger Herd an der Peripherie der Hirnschenkel, der Brücke und Oblongata wird mit ähnlichen Befunden aus der Literatur verglichen. Dabei wurden auch gewisse Ähnlichkeiten mit der postvaccinalen Encephalitis und der nach Masern auftretenden festgestellt. Nachdem sich Verf. mit der Frage der disseminierten Encephalomyelitis und der akuten multiplen Sklerose auseinandergesetzt hat, kommt er zu dem Ergebnis, daß der von ihm beschriebene Fall auf Grund seines Verhältnisses der entzündlichen Reaktion zum Markabbau, sowie hinsichtlich seiner Lokalisation als akute multiple Sklerose aufzufassen sei.

Döring (Hamburg)._o

Stursberg, H.: Können Umwelteinflüsse die Entwicklung einer multiplen Sklerose wesentlich beeinflussen? (*Inn. Abt., St. Johannes-Hosp., Bonn.*) Dtsch. med. Wschr. 1938 I, 822—823.

Kurze Besprechung der in der Überschrift aufgeworfenen Frage, in der keine neuen Gesichtspunkte gegeben werden. Es wird der auch vom Ref. vertretene Standpunkt verteidigt, daß Unfälle in besonderen Fällen als auslösende Ursache für die multiple Sklerose anzuerkennen sind. Die dafür sprechende Arbeit des Ref. (Klin. Wschr. 1935 II, 1351) wird nicht erwähnt, sondern nur die, welche mit dem außerdem vorhandenen Anlagefaktor rechnet, so daß er fälschlicherweise als Kronzeuge für die Curtiusche Auffassung angeführt wird.

Matzdorff (Hamburg)._o

Pohlisch, K.: Brompsychose mit ungewöhnlicher Wahnbildung. Mschr. Psychiatr. 99, 315—370 (1938).

Ausführliche Wiedergabe des Krankheitsverlaufes einer auf Bromvergiftung zurückzuführenden Psychose bei einer 33jährigen Patientin. Die Psychose entwickelte sich aus einer 17tägigen Einnahme großer Mengen Bromkali und Schlafmittel im Verlauf einer Morphinentziehungskur nach 3jährigem Morphinismus, wobei während der Entziehungszeit außerdem noch erheblicher Bierabusus bestand. Der Verf. begründet eingehend, warum es sich, trotz dieser verschiedenen Gifte, um eine Brompsychose handelte, obwohl er die anderen Momente nicht als bedeutungslos für die Entstehung der Psychose auffaßt. Noch 30 Tage nach der letzten Bromzufuhr waren abnorm hohe Brommengen im Organismus nachweisbar. Die paraphasischen Störungen auf neurologischem Gebiet und die Tendenz zur Wahnbildung bei einer im ganzen amentieell wirkenden Psychose sollen charakteristisch für Brompsychosen sein. Im vorliegenden Falle entwickelte sich sogar aus dem paranoid-halluzinatorischen Stadium ein Residualwahn. Die Psychose ging nach 7monatiger Dauer in Heilung über. Die beobachteten Symptome werden einer eingehenden epikritischen Betrachtung unterzogen.

Ederle (Tübingen)._o

Susmann Galant, Johann: Der Fall Mironow. Beitrag zur Lehre von den episodischen Dämmerzuständen (Kleist). (*Psychiatr. u. Nervenklin., Med. Inst., Chabarowsk.*) Neopsychiatr. 4, 1—26 (1938).

Der beschriebene Krankheitsfall, den Verf. den episodischen Dämmerzuständen einreihen will, betrifft die Geisteskrankheit von Mironow, dem Helden der Erzählung „Das blaue Leben“ von Maxim Gorki. Es soll sich um eine wahre Krankheitsgeschichte handeln,

die von Gorki nur dichterisch verschönert, aber wahrheitsgetreu wiedergegeben worden ist. Die vorliegende, in deutscher Sprache — mit italienischer Zusammenfassung — geschriebene Abhandlung schildert zwei Dämmerzustände, deren letzter den Patienten in eine Anstalt brachte, aus der er dauernd geheilt entlassen worden ist, so daß die geistige Störung nur eine Episode in seinem Leben dargestellt hat. Der Dämmerzustand des erblich belasteten Kranken war halluzinatorisch-psychomotorischer Art und entwickelte sich auf dem Boden einer menschen-scheuen, willensschwachen, träumerischen, zu traurigen Verstimmungen neigenden Persönlichkeit, welche mit Komplexen behaftet war, unter denen ein Blaukomplex (Titel der Erzählung!) und ein Minderwertigkeitskomplex eine besondere Rolle spielten. *H. Müller.*

Vujić, Vladimir: Über die Art des Verschwindens der Wahnideen bei den malaria-behandelten Paralytikern. Wien. klin. Wschr. 1938 I, 458—460.

An 6 Fällen wird gezeigt, in welcher Weise während der Malariabehandlung Wahnideen sich zurückbilden können. Dabei werden zum Teil auch die Träume der Paralytiker während dieser Rückbildung bzw. vor der Rückbildung berücksichtigt.

Pönitz (Halle a. d. S.).

Schilder, Paul: The psychological effect of benzedrine sulphate. (Die psychologische Wirkung von Benzedrinsulfat.) (*Psychiatric Div., Bellevue Hosp. a. Med. Coll., New York Univ., New York.*) J. nerv. Dis. 87, 584—587 (1938).

Das in der Behandlung von narkoleptischen Zuständen bewährte Benzedrinsulfat wird seiner euphorisierenden Wirkung wegen in letzter Zeit auch bei depressiven Zuständen gegeben. Der Verf. wandte es bei Neurotikern an, die in seiner psychoanalytischen Behandlung standen. Über 2 Patienten, die zur vorübergehenden Befreiung von Angstzuständen das Mittel mit Erfolg nahmen, wird eingehender berichtet. Der Verf. meint, daß viel darauf ankäme, das Mittel im psychologisch richtigen Zeitpunkt zu geben. Dann könne es zwar eine Neurose nicht zur Heilung bringen, den Patienten aber im symptomatischen Sinne nützen und vor allem sonst schwer zugängliches Material für die weitere Analyse zu Tage fördern. *Ederle (Tübingen.).*

Gabriel, Ernst: Die Behandlung von Trunksüchtigen. Wien. med. Wschr. 1938 I, 682—685.

Die Arbeit entstammt einem Vortrag, in dem alles besprochen wird, was zur Behandlung des Trinkers gehört. Verf. erwähnt, daß es besondere Medikamente gegen die Trunksucht nicht gibt, daß die einzige Rettung für den Trinker in dem sofortigen und dauernden Entzug jedes alkoholischen Getränkes besteht und daß im übrigen die Behandlung durchaus eine seelische sein muß. Auf die Beachtung der Umgebung des Trinkers und die Schwierigkeiten des Verhältnisses zur Ehefrau weist er hin. Er macht dann einige Angaben über die der Anstalt Am Steinhof zu Wien angegliederte Trinkerheilstätte. Hoffnungslose Fälle kommen nicht dorthin. Der Aufenthalt in der Heilstätte konnte gewöhnlich nur auf $\frac{1}{2}$ Jahr, vielfach nur auf 3—4 Monate bemessen werden; Verf. hält dies offenbar selbst nur für einen Notbehelf. 30,5% der Trinker wurden geheilt, d. h. waren mindestens nach 2 Jahren noch alkoholfreih, 14% gebessert, 39% blieben ungeheilt, 16,3% entzogen sich der Nachforschung. Zum Schluß werden Ehescheidung und Entmündigung besprochen. *H. Müller (Klotzsche.).*

Volkov, S., und E. Rossels: Schädeltrauma und Epilepsie. Sovet. Psichonevr. 13, Nr 6, 27—38 (1937) [Russisch].

Die Ursachen, die nach Schädeltraumen Epilepsie bewirken können, sind: Erhöhung des Innendruckes, sub- und epidurales Hämatom, örtliche Vernarbungsprozesse der Hirnsubstanz, Cystenbildung, Verwachsung der Dura und Arachnoidea, Knochenverletzung. Die bei Epilepsie beobachteten Stoffwechselstörungen und vegetativen Veränderungen entstehen infolge Reizung der hypothalamischen vegetativen Kerne durch den Hydrocephalus. Meist tritt die Epilepsie zwischen 6. Monat und 2. Jahr nach Trauma auf, wurde aber auch bis zu 20 Jahren danach erstmalig beobachtet. In letzterem Fall sind langsam fortschreitende, durch das Trauma gesetzte Veränderungen die Ursache. Als Therapie wird bei umschriebenem Herdcharakter und Kompressionserscheinungen so bald wie möglich chirurgischer Eingriff empfohlen. Bei seltenen Anfällen: Encephalographie (als Therapie) und Luminal, bei häufigen An-

fällen: Dekompressionstrepanation. Anführung von Krankengeschichten und encephalographischen Schemata. *Iljin* (Basel).

Constantinescu, Sebastian: Gerichtlich-medizinische Betrachtungen über einen typischen Fall von bewußt muesischer Epilepsie. *Rev. Med. leg.* 2, Nr 3/4, 165—173 (1938) [Rumänisch].

Ein alter Epileptiker wurde ins Spital gebracht mit mystischen Ideen, Delirium und Halluzinationen. Er wurde einer Behandlung mit Präparaten der Barbitursäure und Malaria unterzogen. In einem gegebenen Augenblick nahm er einen schweren hölzernen Waschtisch und versetzte damit einem seiner Nachbarn zwei Hiebe auf den Kopf, die ihn auf der Stelle töteten. Der Kranke gab die Motive seines Handelns wieder, hierdurch nochmals die Kategorie der psychopathischen, sog. „bewußten“ Verbrecher nachweisend. *Kernbach* (Cluj).

Hebel, Karl: Ein Beitrag zur Frage der sogenannten Reflexepilepsie. (*Nervenabt., Ludolf Krehl-Klin., Heidelberg.*) *Nervenarzt* 11, 415—417 (1938).

Angeregt durch den Bericht Röpers [vgl. diese Z. 28, 290 (1937)] wird eine Beobachtung mitgeteilt, bei der es sich um einen im Jahre 1901 geborenen Winzer handelt, der — im Jahre 1916 im Kriege verwundet — infolge Gasbrand mit nachfolgender zweimaliger Amputation vom linken Oberarm nur einen etwa 10 cm langen Stumpf zurückbehalten hatte. Außer den üblichen Phantomphänomenen hatte er durch über 20 Jahre keine wesentlichen Beschwerden. Nur ein leichtes „Wusseln“ im Phantomarm sei hier und da, besonders bei Witterungsumschlägen, aufgetreten, ohne ihn jedoch nennenswert zu belästigen. Eine Veränderung dieses Zustandes erfolgte erst im Mai 1937. Die Parästhesien im Phantomarm nahmen damals an Intensität und Häufigkeit zu, und es traten jetzt erstmalig Bewußtlosigkeitszustände auf, die folgendermaßen geschildert wurden: Das „Wusseln“ steigert sich bis zum Schmerz, zieht von der Phantomhand über Arm, Hals, Schulter bis zum Kopf. Dann kommt es zur Verkrampfung mit Beugungskontraktur im Phantom. Die Ohren fallen ihm zu, er wird bleich, und es tritt kurzdauernde Bewußtlosigkeit ein. Nach dem Anfall ist ihm etwa noch eine Viertelstunde „dummelig“ im Kopf, und es bestehen starke Stirnkopfschmerzen. Die Intensität der Anfälle ist verschieden, es treten in der Regel kleinere Anfälle auf, bei denen der Patient nicht hinfällt, und größere, bei denen es zum Sturz kommt. Ärztlicherseits konnten die Anfälle bisher nicht beobachtet werden, doch sind die Schilderungen des Patienten so eindeutig, daß kein Zweifel an der Richtigkeit der Beschreibungen besteht. Der interne Befund ist völlig normal. Neurologisch konnte nur eine leichte Erschöpfbarkeit des linken oberen Bauchdeckenreflexes festgestellt werden. Bei der Prüfung der Sensibilität gab der Patient an, daß jede Berührung der linken Körperhälfte die Mißempfindungen im Phantomarm verstärke. Die genauere Untersuchung zeigte, daß die Berührung der linken Körperhälfte um so unangenehmer empfunden wird, je näher am Stumpf sie geschieht. Dieses Phänomen schneidet ziemlich genau mit der Mittellinie ab. Die gleichen Sensationen stellen sich ein bei Gehörsreizen und bei Lichtreizen. Die Intensität des Phänomens bei Gehörsreizen ist lediglich abhängig von dem quantitativen Wert. Unbeeinflusst bleibt das Phänomen von Tonhöhe und Art des Instruments, während Tonstärke und Nähe des Stumpfes am Instrument jeweils steigierend oder mindernd wirken. Gleiche Erscheinungen fanden sich bei Lichteinwirkungen aufs Auge. *v. Neureiter* (Berlin).

Langsteiner, F., und G. Stiefler: Über den diagnostischen Wert des Cardiazolversuches bei Epilepsie. (*Psychiatr.-Neurol. Abt., Städt. Allg. Krankenh., Linz a. d. D.*) (3. Jahresvers. d. Ges. Dtsch. Neurol. u. Psychiatr., München, Sitzg. v. 20.—22. IX. 1937.) *Z. Neur.* 161, 338—346 (1938).

An 72 Epileptikern und an 174 Nichtepileptikern (Schizophrenen, Schwachsinnigen, Manisch-Depressiven und „neuropsychopathischen Konstitutionen“) wurde die krampfauslösende Wirkung des Cardiazols erprobt. Auch von den Nichtepileptikern bekamen 22 Probanden durch Cardiazol Krampfanfälle, und zwar 8 von ihnen schon bei 3 ccm der 10proz. Lösung. Aus den Versuchen geht hervor, daß es nicht angängig erscheint, eine sog. Grenz-

dosis von 3 ccm aufzustellen, um zu sagen, daß es sich um Epileptiker handeln muß, wenn die Anfälle schon durch eine geringere Dosis ausgelöst werden können. Mit welcher Berechtigung die Verf. aus ihren Untersuchungen den Schluß ziehen, der Cardiazolversuch sei für die Differentialdiagnose zwischen hysterischem und epileptischen Anfall von Bedeutung, ist aus der Arbeit nicht recht ersichtlich. Befremdend wirkt in diesem Zusammenhang auch der Satz, daß „psychopathische Anfälle in ihrem klinischen Ausdrucke oft eine sehr große Ähnlichkeit mit epileptischen Anfällen“ zeigen. — Der Grundgelenkreflex fehlt im Cardiazolanfall ausnahmslos, und zwar verschwindet er, ehe das Babinskische Zeichen auftritt, kehrt auch meist erst nach dessen Abklingen zurück. *Hempel (Königsberg i. Pr.).*

Jedlowski, Paolo: La reazione di Donaggio nell'epilessia. (Die Reaktion von Donaggio bei Epilepsie.) (*Clin. d. Malatt. Nerv. e Ment., Univ., Bologna.*) Riv. Neur. 11, 89—144 (1938).

Das sog. „Hemmungsphänomen“ von Donaggio besteht darin, daß der Harn und der Liquor unter bestimmten Bedingungen die Eigenschaft annehmen, die Präcipitation einer Lösung einer basischen Anilinfarbe (Thionin), die unter normalen Umständen durch eine Lösung von Ammoniummolibdat hervorgerufen wird, zu hemmen oder zu verhindern. Verf. beschreibt zunächst die Technik der Untersuchung in ihren Einzelheiten und geht dann auf das einschlägige Schrifttum ein. Er berichtet anschließend über ausgedehnte Untersuchungen an 30 Fällen sog. essentieller Epilepsie, durch die er die Ergebnisse von Donaggio bestätigt und erweitert. Unmittelbar nach jedem Anfall trat die Reaktion von Donaggio auf oder wurde vermehrt. Das Maximum der Reaktion wird im Verlaufe einer Anstiegsphase von im Mittel 12 bis 24 Stunden erreicht; die Anstiegsphase war in einigen Fällen kürzer (etwa 6 Stunden), in anderen Fällen länger (bis 42 Stunden). Eine Übersicht über alle Kurven zeigt, daß die erreichte Spitzenhöhe der Reaktion im allgemeinen sehr erheblich ist (es sind alle Einzelfälle eingehend beschrieben und mit Kurven belegt); sie beträgt in einigen Fällen die Ziffer 45 und 51, im Mittel etwa 33. Die Dauer der Reaktion nach den Anfällen ist ebenfalls sehr beträchtlich; sie erwies sich als beträchtlich länger, als bisher beobachtet worden war: in 88 Anfällen betrug sie im Mittel 106 Stunden, mit einem Minimum von 42 und einem Maximum von 192 Stunden. Die graphische Kurve der Reaktion ist bei den epileptischen Krampfanfällen sehr charakteristisch. Die verschiedenen Anfälle rufen bei einer Versuchsperson untereinander sehr ähnliche Veränderungen der Reaktion hervor, so daß in jedem Einzelfalle die Reaktionskurve einen individuellen physionomischen Typus aufweist: die Spitzendauer, die Positivitätsdauer und die Charakteristika des Anstiegs und Abstiegs der Kurve sind bei den verschiedenen Anfällen ähnlich. Auch durch intravenöse Injektion von Cardiazol hervorgerufene Krampfattacken (zur Behandlung der Schizophrenie — mehrere Fälle sind angeführt) rufen die Reaktion von Donaggio hervor oder vermehren ihre Positivität: sie unterscheidet sich aber von der Reaktion bei essentiell epileptischen Anfällen durch ihre wesentlich geringere Stärke und Dauer. Konvulsive Hysterieattacken (3 Fälle) verursachen keine Veränderungen der Reaktion von Donaggio oder, wenn solche bei sehr protrahierten Anfällen doch entstehen, dann sind sie von geringster Stärke und kürzester Dauer; sie stehen offenbar auch in keinem Verhältnisse zu der körperlichen Ermüdung, die bei langen Anfällen anzunehmen ist.

M. H. Fischer (Berlin-Zehlendorf).

Berze, Josef: Forensisches zu den Schizoiden. Wien. klin. Wschr. 1938 I, 606—609.

Den Trieb- und Temperamentspsychopathien als bereits vor der individuellen psychischen Persönlichkeitsentwicklung somatobiologisch festgelegten Abartungen des konstitutionellen Trieb- und Affektlebens (Thymopathien) stellt Verf. die sich erst im Laufe der geistigen Entwicklung und Gestaltung der Persönlichkeit in ihren Richtungsdispositionen und habituellen Leitideen (als Triebfedern und Fundament des Wollens und Handelns) ergebenden Abartungen der geistigen Einstellung zur Umwelt (Gesinnung, Zielsteuerung, Beherrschung des eigenen Temperaments und Trieb-lebens) als Charakterpsychopathien gegenüber. Die Schizoiden stellen bestimmte Sonderformen dieser zweiten Hauptgruppe der Psychopathien dar. Ihr gemeinsamer

pathologischer Wesenszug liegt in der Neigung, sich irgendwie abseits zu stellen bzw. (allgemein oder nur in bestimmten Beziehungen) eine Sonderstellung einzunehmen. Im Gegensatz zum schizophrenen Autismus liegt dem „schizoiden Autismus“ (Binder) nicht ein Verlust des Kontaktes mit der Wirklichkeit, sondern eine Veränderung der Art der Beziehungen zur Außenwelt zugrunde — und zwar im Sinne eines Strebens nach völliger Autonomie des Ich bei Ablehnung jeder Gemeinschaftsbindung und Selbsthingabe. Dabei handelte es sich nicht um eine primär in der Veranlagung der Triebsebene begründete Störung des Gleichgewichts zwischen Selbstbehauptung und Selbsthingabe, sondern um eine sich erst sekundär im Laufe der Persönlichkeitsentwicklung ergebende Abartung der geistigen bzw. „epithymischen“ (E. Braun) Funktion, die die im Leben unvermeidlichen Spannungen zwischen Ich und Umwelt, Individuum und Gemeinschaft intensiver bewußt und zur Quelle um so intensiverer Unlustgefühlsregungen werden läßt im Sinne einer gesteigerten geistigen Irritabilität (apperceptive Übererregbarkeit). Wie diese schizoide Ablehnung sich im Einzelfall äußert, hängt von der sonstigen psychischen Konstitution ab, da sich unter den schizoiden Psychopathen Vertreter der verschiedensten Temperamente und fast aller Triebanlagen finden, was nicht nur die Mannigfaltigkeit der Gestaltung schizoiden Wesens erkläre, sondern auch die Auffassung des Schizoiden als Abartung der obersten geistigen „Schicht“ bestätige. So gebe es unter den schizoiden Psychopathen Astheniker (die eigentlichen schizoiden Autisten und „Mimosennaturen“), wie Stheniker („aktive Autisten“), die sich in mancher Hinsicht mit den konstitutionell Erregbaren (habituellem Jähzorn, rücksichtsloses bis flegelhaftes oder brutales Wesen) berühren, aber auch solche, bei denen sthenische und asthenische Phasen abwechseln. In forensischer Hinsicht bedeutungsvoll ist, daß sich auch hinter der mimosenhaften Feinfühligkeit oder unter der kalten „erstarrten Oberfläche“ der asthenischen Schizoiden oft stark affektbetonte und triebkräftige asoziale bis antisoziale Tendenzen verbergen, die zu Handlungen führen können, die an der Geschäfts- oder Zurechnungsfähigkeit zweifeln lassen. Trotzdem kommen selbst die Stheniker seltener, als dies eigentlich zu erwarten wäre, mit Recht und Gesetz in Konflikt, da die schizoiden Psychopathen in der Regel keine Verstandesschwäche aufweisen und daher einsehen, daß sie ihre umweltfeindliche Charakterstrebungen beherrschen müssen, um Konflikte und Nachteile aller Art zu vermeiden. Diese der Einsicht entspringenden Tendenzen zur bewußten Selbstbeherrschung stellen jedoch gegenüber den tiefer und fester verankerten Grundlagen des schizoiden Charakters nur einen sekundären Überbau dar, dessen Wirksamkeit von der jeweiligen geistigen Verfassung bzw. der stets „präsenten Einsicht“ (Fähigkeit zum „Vernunftgebrauch“) abhängt und immer mehr oder weniger der aktiven geistigen Nachhilfe bedarf. Daher kann eine irgendwie geartete komplizierende geistige Abschwächung, auch wenn sie an sich forensisch noch nicht ins Gewicht fiele (leichte Demenz), diesen sekundären Überbau unter Umständen schon soweit beeinträchtigen, daß es zu einer Enthemmung umweltfeindlicher schizoider Strebungen kommt. Das Wesentliche eines solchen „Selbstbeherrschungsdefektes“ besteht nicht im Mangel an Einsicht als solcher, sondern an der erforderlichen Verlässlichkeit des Regewerdens („Präsentation“) der Gegenmotive des geistigen Überbaues und deren richtiger Wertigkeit (Valenz), so daß sie den „ichnäheren“ schizoiden Charaktertendenzen gegenüber nicht mehr aufzukommen vermögen (entsprechend der bei langsam fortschreitenden organischen Hirnprozessen der eigentlichen Verblödung als erstes Anzeichen vorausgehenden, mehr oder weniger weitgehenden moralischen Insuffizienz). Die forensische Beurteilung derartiger Fälle erläutert Verf. an einer Reihe von Beispielen aus seiner zivilgerichtlichen (noch am früheren österreichischen Recht orientierten) Sachverständigentätigkeit, wobei er insbesondere die oft recht große praktische Schwierigkeit beleuchtet, die sich für den Sachverständigen ergibt, wenn er lediglich auf Grund von Zeugenaussagen klarstellen soll, was auf Rechnung der schon vorher vorhanden gewesenen schizoiden Wesenshaltung, was auf die der hinzugetretenen geistigen Abschwächung

kommt. Daß im übrigen die Schizoiden nicht nur auf dem Wege der Komplikation durch (leichte) Demenzprozesse forensische Bedeutung erlangen können, sondern daß auf dem Boden der schizoiden Psychopathie selbst auch ausgesprochen psychotische Zustände entstehen können, die wie alle anderen Psychosen auf psychopathischer Grundlage zu beurteilen sind, wird vom Verf. ausdrücklich betont. *Skalweit.*

Lutz, Jakob: Über die Schizophrenie im Kindesalter. (*Psychiatr. Univ.-Klin., Zürich.*) Schweiz. Arch. Neur. **39**, 335—372 (1937) u. **40**, 141—163 (1938).

Die Arbeit stützt sich auf die gesamte einschlägige Literatur sowie 20 Krankengeschichten von einwandfreier „kindlicher“ Schizophrenie (Erkrankung vor Eintritt von Pubertätserscheinungen — d. h. bis spätestens im 10. Lebensjahr), die teils der Literatur (Grebelskaja, Weichbrodt, Potter, Vogt, Higier, Strohmayr, Tramer, H. W. Mayer — insgesamt 12 Fälle), teils eigener Beobachtung (6 Fälle) sowie dem von Ilse Schnabel a. a. O. veröffentlichten Material der Züricher Klinik entstammen. Entsprechend dem Ausbruch der Psychose vor oder nach dem 6. (bis 10.) Lebensjahr unterscheidet Verf. eine „früh- oder kleinkindliche“ und eine „Schulkindform“ (je 10 Fälle). Die Symptomatologie dieser kindlichen Schizophrenien sei im Vergleich zu den bei Jugendlichen und Erwachsenen auftretenden Formen ärmlischer, undifferenzierter und teilweise „alterstypisch“. Doch zeige sich auch hier ein typischer „Knick“ im Sinne einer Richtungsänderung der Gesamtentwicklung in Gestalt von Beziehungsstörungen (Verlust des Beziehungsbedürfnisses und des Beziehungscharakters der Sprache, meist als Sprachgebrauchsstörung), bizarre Beziehungsformen und Ersatzkontaktbildungen, von affektiver Verödung und Dissoziation sowie Antriebsstörungen (sowohl Apathie wie dranghafte Erregung). Zwangserscheinungen, bizarre Einfälle u. a. Assoziationsstörungen sowie gelegentliche Wahnstimmung sehe man im allgemeinen nur bei älteren Kindern, während echte Wahnideen bei frühkindlichen und Halluzinationen auch bei Schulkindern überhaupt kaum vorkommen. Das mit Zahnwechsel und Schuleintritt zusammenfallende 6. bis 7. Lebensjahr stelle offensichtlich sowohl bezüglich der pathologischen Bedeutung des präpsychotischen Entwicklungsstandes (Altersspezifität und pathognomonische Wertigkeit gewisser Symptome) wie der Prognose (je früher beginnend, um so ungünstiger) eine gewisse Grenze dar. Für die Diagnose entscheidend und wichtig für die Abgrenzung von vorübergehenden, schizophren anmutenden Verhaltensweisen auch in der normalen Kindheitsentwicklung (erste „Trotzphase“, Pubertät), die von Verf. eingehend besprochen wird, sowie gegenüber neurotischen und psychopathischen Zuständen sei der unaufhaltsame, irreparable Abbau der Beziehungen, Affekte und Assoziationen, wobei die schleichend beginnenden, gleichmäßig oder „sanft wellenförmig“, oft hebephrenieähnlich verlaufenden Formen (gegenüber den akut oder subakut beginnenden, in meist rasch aufeinanderfolgenden und oft katatonieähnlichen Schüben bald zu schweren Defekten führenden) wenigstens teilweise noch gewissen erzieherischen Beeinflussungen (ähnlich den Erfolgen der Arbeitstherapie bei Erwachsenen) zugänglich zu sein scheinen. Ausführlich erörtert Verf. die Abgrenzung der kindlichen Schizophrenie von angeborenen Schwachsinnzuständen und der „schizophrenen Frühdemenz“ (Glaus, vgl. diese Z. **29**, 479) sowie gegenüber abortiven oder atypischen organischen Hirnerkrankungen, insbesondere den verschiedenen Encephalitisformen. Er fordert mit Recht in jedem Falle eine genaue körperlich-neurologische Untersuchung einschließlich Lumbalpunktion und möglichst auch Encephalographie. Die Frage, ob es sich bei der „Dementia infantilis“ (Heller) und der „Dementia praecocissima“ (Sante de Sanctis) um besondere organische Hirnprozesse oder Formen der kindlichen bzw. frühkindlichen Schizophrenie handelt, hält Verf. im Hinblick auf die geringe Zahl der bisher vorliegenden anatomischen Untersuchungen (Weygandt, Corberi) für noch nicht genügend geklärt, wenn er auch jetzt schon mindestens einen Teil dieser Fälle dem schizophrenen Kreis zuordnen möchte. Er fordert eine klarere Fassung des Begriffes „Dem. praecocissima“, der am besten zugunsten der „kindlichen Schizophrenie“

aufgegeben werde — unter Ausschluß organischer Folgezustände. Wenn auch — wie Verf. ausdrücklich selbst betont — die geringe Zahl der von ihm ausgewerteten Fälle bindende erb- und häufigkeitsstatistische Schlüsse nicht zuläßt, so haben sich doch mindestens keine Anhaltspunkte dafür ergeben, daß der frühe Ausbruch der Schizophrenie schon im Kindesalter etwa die Folge einer besonders schweren erblichen Belastung wäre. Im übrigen handelte es sich um seltene Erkrankungsformen, da wahrscheinlich kaum mehr als 1% aller Schizophrenien vor und im 10. Lebensjahr erkrankten.

Skalweit (Gehlsdorf b. Rostock).^{oo}

Haas, Martha: Über Geschlechtshäufigkeit, Jahreskurven und Beginn der Schizophrenie. (*Univ.-Nervenklin., München.*) Arch. f. Psychiatr. 108, 552—561 (1938).

Entgegen den Befunden von Rüdin am Münchener Krankenmaterial der Jahre 1905—1909, sowie von Pollock bei amerikanischen Anstalten, die Männerüberschuß bei den aufgenommenen Schizophrenen ergaben, kann Verf. auf Grund der Aufnahmeziffern der Münchener Klinik aus den Jahren 1924—1933 die Angaben von Gruhle, Braun, Bleuler u. a. bestätigen, wonach die Zahl der erst aufgenommenen schizophrenen Frauen größer ist als die der Männer. Unter insgesamt 25 661 Neuaufnahmen (15 433 Männer, 10 228 Frauen) wurde bei 5229 (20,4%) die Diagnose Schizophrenie gestellt, und zwar bei 2362 Männern (Text und Tabellen weisen zum Teil Druckfehler auf — Ref.) gegenüber 2867 Frauen. Bei der Gesamtaufnahme an Männern beträgt der Anteil der Schizophrenen 15,3%, bei den Frauen 27,8%. Dies Verhältnis bleibt auch bestehen, wenn man die jeweiligen Wiederaufnahmen bei den einzelnen Jahrgängen abzieht. Durchschnittlich kommen auf 100 schizophrene Männer 132,2 schizophrene Frauen. Bei beiden Geschlechtern zeigt sich der früheste Erkrankungsbeginn bei jeweils einem Fall im Alter von 12 Jahren. Danach nimmt die Erkrankungshäufigkeit deutlich zu, um ihren Höhepunkt bei den Männern zwischen 20 und 25 Jahren, bei den Frauen zwischen 25 und 30 Jahren zu erreichen und dann wieder abzufallen. Zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr tritt nochmals eine kleine Nachzacke auf, die bei den Frauen deutlicher und stärker ausgesprochen ist. Man kann demnach den Lebensabschnitt zu Beginn der Involution (zwischen 40. und 50. Lebensjahr) als eine weitere biologische Gefährdungsperiode der Schizophreniemaniestation ansehen, der gegenüber die Frauen (15,7%) anfälliger sind als die Männer (11,2%). Die monatlichen Aufnahmeziffern der schizophrenen Männer und Frauen zusammen zeigt die höchsten Zahlen in den Monaten Mai bis Juli, was mit anderweitigen Erfahrungen übereinstimmt.

Skalweit (Rostock-Gehlsheim)._o

Teufel, Hanna: Atypische, wahrscheinlich schizophrene Psychose unter dem Bild episodischer Ausnahmezustände. (*Psychiatr. Univ.-Klin., Freiburg i. Br.*) Freiburg i. Br.: Diss. 1937. 28 S.

Bericht über einen Fall von episodischen Ausnahmezuständen mit schizophrenen Zügen, der außerdem durch eine vor Jahren durchgemachte luische Infektion kompliziert wird. Verf. faßt ihn als atypische Schizophrenie auf. Es erscheint zweifelhaft, ob es sich nicht doch eher um hysterische Reaktionen eines schizoiden Psychopathen handelt, eine Möglichkeit, die von der Verf. wohl auch erwogen, aber schließlich aufgegeben wird. Außerdem muß auch noch die durchgemachte Lues in den engeren Kreis der Betrachtung gestellt werden.

Plachetsky (Berlin).

Betzendahl: Krüppeltum, Erlebnis und Entartung bei der Paranoia. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Charité, Berlin.*) Mschr. Psychiatr. 99, 473—487 (1938).

In Analogie zum Körperkrüppel bezeichnet der Verf. den Paranoiker als Seelenkrüppel. Der Verf. faßt die Paranoia als eine Krankheit sui generis auf, die man nicht allein mit Begriffen wie sensitiver und schizothymen Typus, psychopathische Konstitution, hypomanische Temperamentsbeschaffenheit, Stheniker und Astheniker, chronischer Affekt, umreißen könne. Nicht jeder Krüppel hat etwas Paranoisches an sich, nur der jeweilige Kulturkreis und das Milieu haben einen Anteil daran, daß zu

der körperlichen, eine geistige Verunstaltung tritt. Es gibt viele Überschneidungen hinsichtlich der charakteristischen Züge bei Paranoikern einerseits und Pseudologen und Hysterikern andererseits. Die bei den beiden letzteren vorhandene Situationsbedingtheit und konkrete Zweckhaftigkeit fehlt jedoch bei den Paranoikern. Neid, Mißgunst, Nachstellung und besonders süchtiges Verhalten führen ins Zentrum der paranoischen Triebfedern, zumal bei der Querulanz. Der Paranoische besitzt eine seelische Mißbildung, auf ihr beruht das Degenerative, wodurch die paranoische Entwicklung Platz greifen kann. Das Erlebnis, Belastung oder Erschütterung auf seelischem Gebiet, stellt eine *conditio sine qua non* für das Zustandekommen einer Paranoia dar. Dabei wird dem Paranoischen die ungünstige Abhebung von der Umgebung klar, er sucht die Mängel zu kompensieren und das treibende Prinzip zu kachieren. Eines Tages erstarrt das Bemühen, und nun tritt nach dem depressiven Stadium das neurotische ein: es erwacht das Vergeltungsbedürfnis gegenüber der Umgebung. Da es sich bei den Paranoischen zu einem wesentlichen Teil um konstitutionelle Voraussetzungen für das Auftreten der Paranoia handelt, sind pathognomische Züge schon in der frühen Entwicklung anzutreffen. Daß die Altersstufen für die Beurteilung der Paranoia wichtig sind, ergibt die Verfolgung ihres Gesamtverlaufs. Das Eintreten einer paranoischen Entwicklung ist davon abhängig, ob auch die spezifischen Erlebnisse stattfinden; deshalb kann man von einem schicksalsmäßigen Verlauf der Paranoia sprechen. Ein Übermaß von Triebhaftigkeit bei den Paranoikern, speziell auf sexuellem Gebiet, streitet der Verf. ab. Bei den Paranoikern empfängt das Handeln Anleitung und Antrieb mehr oder weniger ausschließlich von dem umgebenden Personenkreis. Manche paranoischen Naturen bleiben zeitlebens lediglich ein *enfant terrible*. Andere sammeln mit verstohlener Lüsterheit alle möglichen Verwirklichungsarten der Triebregungen ihres Liebes-, Eifersuchs- oder Haßobjektes, um sie als Modell für eigene Betätigung zu benutzen. Zu Versuchen kommt es meist nicht, praktisch wird das Erlernte nur insofern, als es zum Persönlichkeitsbestand geschlagen wird und nun sowohl Scheu als auch Scham dem betreffenden Original gegenüber begründet. Die sinnlichen Neigungen werden vor der Allgemeinheit verborgen gehalten und die fremden Ursprünge der persönlichen Eigenschaften nicht nur abgeleugnet, sondern zum Gegenstand eines Vernichtungswillens gemacht, um die Spuren bis zur Vertilgung des Doppelgängertums zu verwischen. Auf diesem Wege entstehen die Prioritätsstreitigkeiten, Ehekonflikte und Eifersuchtstragödien. Kommt es aber zu einem großen Konflikt, dem paranoischen Schlüsselerlebnis, so ergeben sich alsbald die eigentlichen Wahnzentrierungen des Vorstellungslebens mit dem Ergebnis, daß der Paranoische sich entweder isoliert oder zur Aggressivität übergeht. Nun erfolgt eine charakteristische Umwandlung, geradezu eine Umkehr: die Heimlichkeit der Triebbejahung und die Liebesfähigkeit gegenüber den Mitmenschen wird aufgehoben, die Partnerschaft im Haß wird intensiver, als die Liebe je sein konnte. Schließlich tritt eine Entrückung vom Boden der eigentlichen Wirklichkeit und der Welt der sinnlichen Wahrnehmung ein, und mit der sich vermindernden Aktualität hält auch eine abstrahierende Verwischung des konkreten Erinnerungsvermögens Schritt. Dieses Nivellement bereitet den Boden für die Wirkbarkeit der Wahn Tendenzen. In diesem Stadium lassen die Paranoiker von ihren Opfern ab, die Präsentationskraft läßt nach, aus dem Querulanten wird ein *Actuarius*. Der Wahn des Paranoikers besteht stets aus zwei Faktoren: Er bringt eine Substanz zum Ausdruck, welche einen Rückschritt auf eine primitive, wenn nicht archaische Kulturstufe bedeutet, und er schließt die Techniken in sich, mit welchen der soziale Krüppel sich mit seiner Umwelt auseinandersetzt. Die immanenten Angleichungsfunktionen der schizophrenen Wahnbildungen finden sich nur andeutungsweise. Die hermeneutische Betrachtung, welche bei den paranoiden Schizophrenen am Platze ist, hat bei der Paranoia hinter der Erfassung der Teleologie einer deformierten Persönlichkeit zurückzutreten.

W. Brandt (Leverkusen).