

fähig wären eine Praxis zu führen, Anstellung als Gewerbeärzte. Solche Zustände bringen das ganze Fach in Verruf. Bis jetzt bestehen keine Vorschriften für Gewerbeärzte, weder über deren Befugnisse, Aufgaben, Stellung in der Gewerbeorganisation, noch über deren Bezahlung. Dieser Umstand bringt viele Unannehmlichkeiten. Wenige Unternehmen besitzen einen gewerbeärztlichen Dienst, andere haben keinen oder der Größe des Betriebes durchaus unangemessen kleinen. Viele Ernennungen von Fabrikärzten erfolgen nicht auf Grund der Fachkenntnisse, sondern von Verwandtschaftsverhältnissen, aus Freundschaft, auf Empfehlung oder wegen geringer Lohnansprüche. Solche unvermutet geschaffenen Gewerbeärzte haben natürlich keine Idee von dem, was sie tun sollten. Sie haben deshalb auch kein Ansehen und keinen Einfluß, weder bei den Arbeitern, noch bei den Arbeitgebern. Diese finden in ihrem betriebsärztlichen Dienst keine Nützlichkeit und behandeln denselben mit geringer Achtung. Auch beruflich ausgebildete Fabrikärzte kommen gewöhnlich nicht in Berührung mit der Direktion des Unternehmens. Sie haben keine Gelegenheit dort die Probleme der Fabrikhygiene und der Gesundheit der Arbeiter zu besprechen. Die Arbeitgeber sollten sich bewußt sein, daß die Arbeitsmedizin weder ein Liebeswerk, noch ein das Gewerbe belastender Kram darstellt, sondern es sich um einen Dienst von größter sozialer und wirtschaftlicher Wichtigkeit handelt. Um gut vorbereitete Fabrikärzte zu schaffen, sollen vorerst genaue Vorschriften für das Studium und die Ausübung dieses Berufes erlassen werden. Auf diese Weise wird die Arbeitsmedizin dem Gewerbe große Dienste leisten können. Um dies zu erreichen, sollen eigene Universitätsinstitute für Arbeitsmedizin errichtet werden. Diese müssen mit Kliniken verbunden sein. Heute besitzt Italien fünf offizielle Lehrstühle für Arbeitsmedizin, doch nur zwei davon (Mailand und Neapel) entsprechen den Anforderungen. Es sollten noch weitere Lehrstühle errichtet werden. In den größeren Industriestädten sollte eine Prüfung in Arbeitsmedizin verlangt und ein gutes Institut mit allem Zubehör ausgestattet werden. Auf diese Weise könnte den Fachärzten die Türe zum wissenschaftlichen Arbeiten, zur Ausbildung als Fabrikarzt, und für das Lehramt an der Universität geöffnet werden. In erster Linie braucht es aber gegenseitiges Verständnis zwischen den Fakultätskollegen und eine genaue Abgrenzung der Aufgaben und Wirkungskreise.

SCHIFFERLI (Fribourg).

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

Lykke Bauer: Erfahrungen mit dem Warteggtest auf unserer Kinderstation. [Univ.-Nervenklin. Jena.] *Nervenarzt* 23, 52—55 (1952).

Der von dem Erfurter Psychologen WARTEGG entwickelte, 1939 veröffentlichte Zeichentest wurde bei 100 Jungen und Mädchen im Alter von 6—16 Jahren, darunter bei 26 Bettnässern, 18 Epileptikern, 15 Psychopathen, 11 Schwachsinnigen, 3 Schizophrenieverdächtigen und neurologischen Kranken angewandt. — Es ist im allgemeinen nicht möglich, lediglich aus dem Test eine Diagnose zu stellen; auch in prognostischer Hinsicht sind aus dem Test keine Schlüsse zu ziehen. Er erlaubt jedoch Einblicke in das Affekt- und Triebleben sowie in die Beziehungen zwischen Ich- und Außenwelt. Ferner gibt der Test Hinweise auf die intellektuellen Fähigkeiten, Spontaneität und Produktivität. Er kann schließlich als objektive Unterlage der subjektiven Anamnese dienen, so daß sich auch der spätere Untersucher unbefangen ein Urteil bilden kann, was als Vorzug gegenüber anderen ähnlichen (subjektiven) Methoden wie Szenotest und Rohr-schach zu werten ist. Abschließend wird die technische einfache Handhabung des Warteggtests und seine besonders für Kinder angepaßte Brauchbarkeit hervorgehoben.

JUNGMICHEL (Göttingen).

Herman Feifel: An analysis of the word definition errors of children. (Eine Untersuchung über den Wortdefinitionfehlertest an Kindern.) [Winter VA Hosp., Topeka, Kansas.] *J. of Psychol.* 33, 65—77 (1952).

Der Umstand, daß in den letzten Jahren das Bedürfnis, die Qualität und Richtigkeit der in Prüfungssituationen gegebenen Antworten testmäßig zu verwerten, gestiegen ist, und die enge Verbindung von Wort und Denkvorgang bzw. von Wortdefinition und Begriffsbildung als feststehend angesehen werden muß, daß andererseits aber die wichtigsten Intelligenz- und speziellen Eignungstests keine genauen Maßstäbe für die Feststellung verwertbarer Unterschiede bieten, hat den Autor veranlaßt, genaue Studien über das Verhalten der verschiedenen kindlichen Altersstufen in bezug auf die begriffliche Definition von Wörtern anzustellen. Bereits frühere Arbeiten des Autors zusammen mit LORGE haben gezeigt, daß das fortschreitende Alter des Kindes im Charakter der Wortdefinition zum Ausdruck kommt, daß also wirkliche Unterschiede zwischen den Wortdefinitionen jüngerer und älterer Kinder bestehen. In der vorliegenden Studie wird mittels des Stanford-Binet-Tests bei 900 amerikanischen Kindern im Alter von 6—14 Jahren

versucht, unrichtige, in der Prüfungssituation erfolgte Wortdefinitionen zu analysieren und in Beziehung zu den verschiedenen Altersstufen zu bringen. Dies ist mittels eines Klassifikationssystems gelungen, das 6 verschiedene Möglichkeiten fehlerhafter Definitionen aufzeigt: die unrichtige Definition, die Klang-Wortassoziation, die Falschauslegung, die ungenaue Darstellung, die Wiederholung ohne Erklärung und die Unterlassung. Während die Analysen keine wirklichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern erkennen ließen, haben sich bei den einzelnen Altersstufen deutliche Änderungen ergeben, ohne daß jedoch von streng begrenzten Stufen und von einem für eine bestimmte Altersgruppe spezifischen Typ fehlerhafter Wortdefinition gesprochen werden könnte. Es zeigte sich vielmehr, daß mit zunehmendem Alter eine allmählich fortschreitende Änderung im Charakter der „Fehlertypen“ festzustellen ist. Es wurde gefunden, daß die Unterlassung jeder Definition der häufigste „Fehlertyp“ aller Altersstufen darstellt, aber eine deutliche Abnahme bei älteren Kindern aufweist, daß die unrichtige Begriffsdefinition als zweithäufigster Typ zu betrachten ist, der bei älteren Kindern weit öfter als bei jüngeren angetroffen werden kann, und daß die Klangassoziation als dritthäufigster Fehlertyp beobachtet werden konnte, der wieder bei jüngeren Kindern viel öfter als bei älteren zu finden ist. Bemerkenswert erscheint dabei besonders, daß der letztgenannte Typ auch bei Schizophrenen häufig vorkommt. Die Falschauslegung, die ungenaue Darstellung und die Wiederholung ohne Erklärung sind als die seltensten „Fehlertypen“ bei Kindern anzusehen und lassen keine verwertbaren Unterschiede innerhalb der einzelnen Altersstufen erkennen. Es wurde weiter festgestellt, daß die „Fehlertypen“ älterer Kinder denjenigen normaler Erwachsener ähneln; so imponiert bei älteren Kindern und bei Erwachsenen die Unterlassung der Definition mit 75% als häufigster Fehlertyp, der von der „unrichtigen Definition“ mit 20—24% gefolgt wird, während sich der Rest von 1% auf die anderen Fehlertypen verteilt. Es sei entgegen der Feststellung von MARX unrichtig, daß die Falschauslegung der häufigste Fehlertyp der älteren Kinder darstelle; diese „wissen“ nicht mehr als die jüngeren, sind aber offenbar mehr geneigt, den Sinn eines Wortes zu vermuten.

ILLCHMANN-CHRIST (Kiel).

Jean D. Cummings: Family pictures: a projection test for children. (Familienbilder: Ein Wiedergabetest für Kinder.) Brit. J. Psychol. Gen. Sect. 43, 53—60 (1952).

Verf. empfiehlt Lehrern, Erziehern und Psychotherapeuten einen Bildertest zur Erforschung der Einstellung des Kindes zu seinem Zuhause und seinen Eltern. Den Kindern werden lachende und weinende Kinderbilder mit dazugehörigen bösen und freundlich dreinschauenden Elternpaaren gezeigt. Die kindlichen Reaktionen auf die Bilder (z. B. „Die Mutter hat das Kind geschlagen“. „Das Baby ist hingefallen und weint.“ „Die Eltern sind böse.“) sind nach Alter, Geschlecht und Herkunft des Kindes tabellarisch angegeben. Ihre Nutzenanwendung ist aus der Arbeit jedoch nicht klar erkennbar. Es ließe sich denken, diesen Test zur Erforschung der Phantasiebegabung, Milieuherkunft und Glaubwürdigkeit eines Kindes anzuwenden.

JÄHNER (Heidelberg).

Hans-Konrad Knoepfel: Der 13-Fehlertest. (Ein Hilfsmittel zur Erkennung des psychoorganischen Syndromes.) [Psychiatr. Univ.-Klin. Zürich.] Nervenarzt 23, 55—59 (1952).

Zur Erweiterung und Ergänzung der bisherigen Testdiagnostik beim psychoorganischen Syndrom, unter dem nach der E. BLEULERSchen Definition diffuse Hirn- oder Hirnrindenschädigungen, im besonderen der Korsakoffsche oder amnestische Symptomenkomplex verstanden werden, hat der Autor unter Verwertung und Modifikation der von STOKVIS und DE WIND zur Feststellung der Konzentrationsfähigkeit von Normalpersonen angeführten Rechentabellen einen Test ausgearbeitet, der im wesentlichen darin besteht, daß insgesamt 100 einfache Rechenaufgaben durchgeführt werden. Dabei werden jeweils 2 Zahlen, die vom Untersuchungsleiter vorgelesen werden, vom Prüfling im Kopf addiert und die Summe je nach ihrer Größe nach bestimmten Regeln weiter verarbeitet: beträgt die Summe 37, wird ein Pluszeichen, ist sie größer als 37 ein Minuszeichen und liegt sie unter 37, der betreffende Zahlenwert im Protokoll eingetragen. Für die Auswertung wird die Anzahl der Fehler festgestellt und die Gesamtversuchsdauer notiert. Die Auswertung von 502 Testuntersuchungen, die an 458 Personen — unter denen sich außer 111 Normalpersonen durchwegs Insassen Schweizerischer Psychiatrischer Anstalten befanden — durchgeführt wurden, hat ergeben, daß ein Testergebnis mit 13 Fehlern und mehr als pathologisch und als Kriterium eines psychoorganischen Syndromes zu betrachten ist, falls nicht ein schwererer Schwachsinngrad oder eine bewußt oder unbewußt auf pathologische Resultate gerichtete Einstellung des Patienten vorliegt. Dabei besteht insofern eine deutliche Korrelation zwischen Schwere des psychoorganischen Syndroms und

Höhe der Fehlerzahlen, als bei Fehlerzahlen bis zu 25 an eine geringere, bei Zahlen von 30 und mehr an eine schwerere organische Beeinträchtigung zu denken ist. Normale Testresultate beweisen allerdings nicht das Fehlen psychoorganischer Veränderungen, da nur bei 57% aller Fälle von psychoorganischen Ausfällen der Test pathologische Resultate ergeben hatte. Aus der Zeitmessung der Versuchsdauer im einzelnen sind keine diagnostischen Schlüsse gestattet, da die Rechenzeit von der Intelligenz beeinflußt wird, während die Fehlerzahl von den bis zum leichten Schwachsinn reichenden Intelligenzschwankungen unabhängig ist. Der Vorteil des Verfahrens gegenüber dem KRAEPELINSchen Rechenversuch besteht nicht nur in dem geringeren Zeitbedarf und in der geringeren Belastung des Patienten, sondern auch in seiner Eignung für Längsschnittuntersuchungen — besonders zur Überwachung von Alkoholikern — und in der diagnostischen Feststellung eines psychoorganischen Syndroms bei positivem Ausfall, da bei Gesunden niemals ein „psychoorganischer Befund“ testmäßig festgestellt werden konnte. Andererseits ist der Test nicht nur für schwerer Schwachsinnige und für auf schwache Leistung eingestellte Personen — also bei Aggravation, Simulation oder Begehrungsneurose — unbrauchbar, sondern beweist bei „normalem Ausfall“ auch nicht das Fehlen von psychoorganischen Störungen. Es handelt sich hier also lediglich um ein zusätzliches Hilfsmittel zur Diagnose psychoorganischer Veränderungen unter bestimmten Voraussetzungen, das niemals die eingehende klinische Untersuchung ersetzen kann.

ILLCHMANN-CHRIST (Kiel).

Lothar B. Kalinsky: Quantitatives Prinzip und Stirnhirnfunktion bei den psychochirurgischen Methoden. [Psychiatr. Inst., New York.] Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur. 187, 435—440 (1952).

Es wird die Frage zur Diskussion gestellt und an Hand des Schrifttums erörtert, ob und inwieweit durch die psychochirurgischen Verfahren Lokalisationen in bestimmten Teilen des Stirnhirns möglich sind. Verf. glaubt auf Grund persönlicher Beobachtung und der bisherigen Erfahrungen die Ansicht vertreten zu können, daß kein Teil des Stirnhirns spezifische Funktionen habe und daß nur die Quantität der zerstörten Fasern des gesamten Stirnhirns für die folgenden Veränderungen maßgebend sei. Entgegen der Ansicht von MONTZ sei die Art der Stirnausfallsymptome nicht an Doppelseitigkeit gebunden. Weder die einfache Veränderung von Fasern noch die chemische Zerstörung sei ausreichend. Die zuerst von POOL ausgeführte Topektomie und das von SCOVILLE empfohlene Unterschneiden zeigte, daß spezifische Funktionen bestimmter Rindenteile nicht bestehen. Die therapeutischen Erfolge würden durch eine rein quantitative Verminderung der Intensität von Symptomen bei veränderter Struktur der zugrunde liegenden Psychose oder Neurose erzielt. Die Psychochirurgie könne Wesentliches und Neues zu einer hirnpathologisch orientierten Psychopathologie beisteuern.

HALLERMANN (Kiel).

O. H. Arnold und H. Stepan: Untersuchungen zur Frage der akuten tödlichen Katatonie. [Psychiatr.-Neurol. Klin., Univ. Wien.] Wien. Z. Nervenheilk. 4, 235—258 (1952).

An einem Material von 182 Fällen, von denen 34 eigene Beobachtungen darstellen, wird zu dem Problemkreis der „akuten tödlichen Katatonie“ Stellung genommen, die mit v. BRAUNMÜHL besser als „bedrohliche Katatonie“ bezeichnet wird, da der tödliche Ausgang keinesfalls unvermeidbar erscheint, wenn die von den Autoren vorgeschlagenen therapeutischen Maßnahmen zeitgerecht ergriffen werden. Diese bestehen im wesentlichen in sofortiger Behandlung in einer geschlossenen Anstalt mit Elektroschockblock, ohne Rücksicht auf Kontraindikationen, noch vor Beginn, spätestens aber am 1. Tage des hyperkinetischen Stadiums, da Behandlungsversuche im parakinetischen oder Endstadium zu spät kommen. Dabei erscheint die Entstehung eines generalisierten Krampfanfalles durch die Schockbehandlung prognostisch als entscheidend, so daß er unter Umständen durch vorausgegangene Cardiazolinjektionen erzwungen werden muß. Alle Fälle von „bedrohlicher Katatonie“ nämlich, bei denen dies nicht gelungen ist, bei denen also nach der Vorstellung der Autoren eine Unfähigkeit des Gehirnes, auf den normalerweise optimalen Reiz der Elektroschockdosis mit dem Schutzmechanismus des epileptischen Anfalles zu reagieren, vorgelegen hat, sind ad exitum gekommen. Als somatisches Substrat jener Ursache, die die Generalisierung des epileptischen Anfalles verhindert, d. h. die Synchronisation der epileptogenen Entladung blockiert, wird die über breite Hirngebiete verstreute, allerdings vorerst lokalisierte Hirnschwellung betrachtet, die wiederum möglicherweise auf eine enzymatische Minderleistung im Kohlehydratstoffwechsel zurückgehen soll. Besonders betont wird bei den therapeutischen Maßnahmen noch die Notwendigkeit zusätzlicher Gaben von Antibiotika und Kreislaufmitteln, während vor der Applikation von Narkoticis und Scopolamin, die eine unphysiologische Belastung darstellen, gewarnt wird. Nachuntersuchungen an 16 überlebenden Patienten haben ergeben, daß nur ein Drittel der Fälle während einer Beobachtungszeit von

rund 1 Jahr unauffällig geblieben sind, während zwei Drittel nach 1 Jahr den Verlauf der schizophrenen Prozeßpsychose gezeigt haben. Nur jene Fälle seien prognostisch günstig zu beurteilen, die rasch lucid und ohne Rückfall mit Krankheitseinsicht und -abstand in kurzer Zeit stabil würden. Die Zugehörigkeit der „bedrohlichen Katatonie“ zum schizophrenen Formenkreis konnte in Ergänzung früherer Untersuchungen erhärtet werden, wobei jedoch gegenüber dem Durchschnitt der Schizophrenie die Erblichkeit bei diesen Patienten wesentlich größer, das durchschnittliche Erkrankungsalter mit 36 Jahren um 10 Jahre höher als bei der Schizophreniegruppe gelegen und die Zahl der präpsychotisch Auffälligen wesentlich geringer ist. Bemerkenswert erscheint auch die Feststellung, daß jeder 10. Schizophrene, der in psychiatrischen Fachabteilungen gestorben ist, einer „akuten tödlichen Katatonie“ erlegen war, und daß auf 100 Schizophrene etwa eine „akute tödliche Katatonie“ kommt. Bei Betrachtung des Syndroms unter pathogenetisch-kausalen Gesichtspunkten haben sich als entscheidende Faktoren die erblich bedingte Komponente der schizophrenen Reaktionsweise, körperbaulich-konstitutionelle Bedingungen, die Persönlichkeitsentwicklung und schließlich aktuelle somato-psychische Gegebenheiten erwiesen. In Zusammenfassung dieser pathogenetischen Faktorengruppe wird das Syndrom als besondere Form des Wechselspiels dieser Gruppen im Sinne einer Abänderung des für die Persönlichkeit normativen Gleichgewichtszustandes mit letaler Tendenz betrachtet. Die Berechtigung der Hervorhebung und Abgrenzung dieses Syndroms von anderen schweren Katatonien ergebe sich einmal aus der besonderen pathogenetischen Bedeutung der genannten Faktoren, dann aber auch aus dem Gedanken, daß es in diesem Wechselspiel einen biologisch tatsächlichen Grenzpunkt gebe, von dem an, gleich einem Umschlagphänomen, die gestörten Lebensvorgänge letale Tendenz erhalten. Es wird schließlich dem aktuellen Geschehen ein Zusammenbruch höchster Steuerungsvorgänge supponiert, unter denen Wirksamkeiten eines Organisationsprinzips von biologischer Allgemeingültigkeit verstanden werden. Ausgehend von der Annahme, daß das Versagen einzelner Teilfunktionen dieses gemeinsamen Organisationsprinzips, die einer lokalisatorischen Betrachtung noch zugänglich sein könnten, auch für die Abänderung des Erlebnisvollzuges nach der formalen Seite hin maßgeblich sei, münde letztlich auch die funktionsanalytische Betrachtungsweise in morphologisch-strukturellen Überlegungen aus.

ILLCHMANN CHRIST (Kiel).

Walter Enste: Zur Diagnostik und Begutachtung der symptomarmen geschlossenen Hirnschädigung. [Landesheilanst. u. Nervenklin. Düsseldorf-Grafenberg.] Die Medizinische 1952, 442—445.

Symptomarme posttraumatische Hirnschädigungen lassen sich nur feststellen, ausschließen oder gegen ältere Zustände, Psychogenie, Aggravation und Simulation abgrenzen durch Anwendung möglichst vielseitiger kritisch zu bewertender Untersuchungen. Neben Erhebung der oft aufschlußreichen lückenlosen Anamnese, des organisch-somatischen, neurologischen und psychischen Befundes ist besonderer Wert auf den Nachweis vegetativer Störungen zu legen. Die in Betracht kommenden vielfältigen Test- und Belastungsproben werden mit 61 Literaturangaben zusammengestellt.

RAUSCHKE (Heidelberg).

Sir Norwood East: Different approaches to the problem of criminal responsibility. (Verschiedene Gesichtspunkte zum Problem der strafrechtlichen Verantwortlichkeit.) [Psychiatr. Sect., Roy. Soc. of Med. and Med.-Leg. Soc., 11. XII. 1951.] Med.-leg. J. 20, 10—18 (1952).

Verf. hielt den vorliegenden Vortrag vor der psychiatrischen Sektion der Königl. Britischen Medizinischen Gesellschaft und der Gesellschaft für gerichtliche Medizin: Zurechnungsunfähigkeit kann nach englischem Recht ohne Hauptverhandlung vor Einleitung des eigentlichen Verfahrens festgestellt werden. Doch gibt es auch eine Feststellung der Zurechnungsunfähigkeit auf Grund einer Anklage, das Gericht konstatiert, daß aus diesem Grunde gegen den Angeklagten nicht verhandelt werden kann. Weiterhin besteht eine Differenzierung dahin, daß der Angeklagte zwar schuldig gesprochen, aber gleichzeitig eine geistige Störung festgestellt wird (Guilty but insane). Erörtert wird weiterhin die Frage, wieweit Verbrechen unter einem unwiderstehlichen Impuls (irresistible impulse) begangen werden können. Nach dieser Richtung hin wird Zurückhaltung empfohlen. In weiteren Ausführungen wird die Rechtslage besprochen, die entsteht, wenn sich die Geisteskrankheit erst nach der Verurteilung herausstellt. Nach den statistischen Angaben ist es verhältnismäßig häufig, daß bei Morden in der Verhandlung Geisteskrankheit festgestellt werden muß; in den Jahren 1900—1948 geschah dies 1241mal bei 3061 Fällen in England und Wales.

B. MUELLER (Heidelberg).