

dem Bügeleisen im Haushalt 30%. (Die Frage der Vorteile einer Wohnküche und die Vermeidung des Tischdeckens in einem anderen Zimmer — wenn keine Wohnküche, sondern nur eine kleine Gebrauchsküche vorhanden ist — werden nicht erwähnt. Ref.) B. MUELLER (Heidelberg)

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie

● Kurt Kolle: Der Wahnkranke im Lichte alter und neuer Psychopathologie. Stuttgart: Georg Thieme 1957. 55 S. DM 4.80.

Bei Erörterung der klinischen Fragen (2. und 4. Kapitel) wird zunächst festgestellt, daß sich bei der Nachuntersuchung der 30000 von KRAEPELIN in den Jahren 1904—1922 erfaßten Patienten der Münchener Universitätsnervenklinik nur 19 „reine Wahnkranke“, auf die der strenge Kraepelinsche Begriff der „Paranoia“ im Sinne einer „aus innerer Ursache erfolgenden, schleichenden Entwicklung eines dauernden, unerschütterlichen Wahnsystems, das mit vollkommener Erhaltung der Klarheit und Ordnung im Denken, Wollen und Handeln einhergeht“, anwendbar sei, gefunden hätten, und daß auch hinter den 13531 Krankengeschichten der gleichen Klinik in den Jahren 1953—1955 nur 8 Fälle von isoliertem Wahn (Eifersuchts-, Liebes- und sensitivem Beziehungswahn) enthalten gewesen wären; es habe sich also hinsichtlich der großen Seltenheit der „Paranoia“ gegenüber früher nichts geändert. Einen relativ breiten Raum beansprucht die Darstellung des klinischen Begriffes des „echten Wahnes“, der nach der klassischen These stets das unverständbare, uneinführbare, aus Motiven nicht erklärbare Symptom einer Psychose, meist einer Schizophrenie, seltener einer körperlich begründbaren oder einer cyclothymen Psychose, einer Epilepsie oder einer anderen Hirnkrankheit darstelle. Anhand von zwei eigenen Beobachtungen wird gezeigt, daß es auch im Verlaufe der Cyclothymien vorübergehend echten Wahn gebe, der jedoch vom genesenden Kranken korrigiert und in die Person nicht aufgenommen werde, wenn auch psychopathologisch keine klare Abgrenzung von einem schizophrenen Wahnsystem möglich sei. Besonderes Interesse besitze hier auch der Größenwahn der Paralytiker, dessen „von vornherein defiziente Struktur mit der einförmigen Tendenz zur Selbsterhöhung“ gewaltig zu dem reichgegliederten schizophrenen Wahn kontrastiere. Für das Problem der Entstehung paranoid-halluzinatorischer Psychosen bedeutet das Modell des paralytischen Wahnes jedoch einen wertvollen Hinweis, und es erhebe sich die Frage, ob nicht auch bei der Schizophrenie ebenso wie bei der Paralyse ein nur körperlich faßbarer Einbruch in das Gefüge des besetzten Organismus die letzte Ursache der Wahnbildung darstelle. Von diesem echten Wahn („Prozeßparanoia“) seien nach der klassischen These die wahnhaften Einbildungen der Querulanten, der geltungssüchtigen Hyperthymen oder matten Fanatiker, der Häftlinge, der Schwerhörigen und der eifersüchtigen Trinker, also kurz der zu paranoiden Reaktionen veranlagten abnormen Persönlichkeiten („Entwicklungs-Paranoia“) abzugrenzen, während nach der modernen These nicht mehr von einer Krankheit „Paranoia“, sondern nur von „Paranoikern“ gesprochen werde, deren Wahn aus Anlage, Erlebnis und Milieu verstanden oder erklärt werden könne. Schließlich frage die jüngste Forschergeneration — angeregt durch Psychoanalyse, anthropologische Psychologie und Daseinsanalyse — nur noch nach den lebensgeschichtlichen, existentiellen oder ontologischen Bedingungen oder Beziehungen der Wahnentstehung, wobei der Wahn als Existenzform nur geisteswissenschaftlich durchleuchtet werde, aber medizinisch als unerheblich erscheine. In dem dritten, der „Psychopathologie des Wahnes“ gewidmeten Kapitel wird nach Betonung der historischen Verdienste von JASPERS für die Wahnforschung vor allem auf die psychologisch-phänomenologisch feststellbare Aufgliederung des Wahnes in „Wahneinfälle“ und „Wahnwahrnehmungen“ durch K. SCHNEIDER hingewiesen, die sich heute allgemein durchgesetzt hat. Während der Wahneinfall nach SCHNEIDER keine spezifische Struktur habe und sich von anderen Einfällen nicht grundsätzlich unterscheide, sei die Wahnwahrnehmung zweigliederig, d. h. in einen anscheinend normalen Wahrnehmungsakt und einen wegen seiner Symbolbezüge abnormen Vorgang zu unterteilen; es wäre allerdings noch durchaus fraglich, ob nicht auch der Wahrnehmungsakt selbst infolge einer Fehlsteuerung der sinnesphysiologischen Apparate verändert sei. Im übrigen hätten aber gerade die jüngsten, an die Gestaltpsychologie angelehnten Studien MATRUSSEKS die Unmöglichkeit gezeigt, beweiskräftige formale Kriterien für eine spezifisch abnorme oder gar pathologische Struktur der Wahnwahrnehmung zu finden. Vielmehr würden immer nur allgemein menschliche Vorgänge erfaßt, die sich auch beim Wahnkranken nicht scharf vom gesunden Seelenleben trennen ließen. Desgleichen stelle der Verstehensbegriff kein verlässliches Kriterium des Wahnes dar (wie in den letzten Jahren auch im einschlägigen Schrifttum wiederholt betont wurde, Ref.). Aber auch in die Pathogenese des Wahnes

sei trotz aller bisher vorgetragenen Korrelationen zwischen Wahnhalt und Persönlichkeit bisher noch kein wirklicher Einblick gewonnen worden; jedenfalls befriedige die rein psychoanalytische Deutung des Wahnes ebensowenig wie eine psychologisch-phänomenologische, strukturell-genetische oder philosophische Analyse. Alle Betrachtungsweisen konvergieren jedoch in dem einen wichtigen Punkt, daß „der Wahn bereits im menschlichen Wesen liegt, und daß es nur eines Funkens bedarf, der ihn entzündet und die Flamme des Wahnsinns auflodern läßt.“ Bei aller hier noch bestehenden Problematik habe sich die empirische Psychopathologie des Verstehens nicht nur als wissenschaftliche Methode, sondern auch als Vehikel für eine hermeneutische Therapie bewährt; danach müsse der Arzt — in Abwandlung eines Nietzsche-Wortes — als „Mitwisper und Deuter der Erlebnisse seines Patienten in dieser Welt der Geheimnisse zu Hause sein, dürfe sie aber nicht verraten.“

ILLCHMANN-CHRIST (Kiel)

● **G. Langfeldt: The prognosis in schizophrenia.** (Acta psychiatr. et neurol. scand. Suppl. 110). Copenhagen: Enjar Munksgaard 1956. 66 S. Kr. 16.—

In einer übersichtlichen zusammenhängenden Darstellung wird von den erfahrenen Osloer Psychiater über die Behandlungsmöglichkeiten und ihre Erfolgsaussichten bei der Schizophrenie berichtet. Nach einer historischen Einleitung, Schilderung des Krankheitsbegriffes, der verschiedenen Ansichten, der Arbeiten von KRAEPELIN und der Auswirkung der Kraepelinischen Thesen wird in einem Sonderabschnitt die Bedeutung der Erblichkeit, der Einfluß von bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen und charakterologischen Faktoren, die Intelligenzhöhe und ihre Wirksamkeit sowie Geschlecht und Alter in bezug auf die Prognose ausführlich dargelegt. Die lebensgeschichtlichen, psychologisch bedeutsamen Fakten und die soziale Situation sind in ihrer prognostischen Bedeutung schwer zu erfassen. Im Schlußkapitel wird der Prognose der Schizophrenie bei verschiedenen differentiellen somatischen Behandlungen ein besonderer Abschnitt gewidmet. Die Fragwürdigkeit der Bemühungen, die Schizophrenie durch Psychotherapie zu beeinflussen, wird unter Hinweis auf die modernen amerikanischen Arbeiten besprochen, und die Meinung vertreten, sie müßte, wenn eine solche Behandlung überhaupt Erfolg versprechen sollte, so frühzeitig wie möglich begonnen werden. Ein Abschnitt über die Bedeutung der Testuntersuchungen für die Entwicklungsdiagnose der Schizophrenie beschließt die interessante und übersichtliche zusammenfassende Darstellung des Problems. Es erscheint dem Verf. notwendig, nicht nur die üblichen anerkannten Schock- und Insulinbehandlungen routinemäßig durchzuführen; er betont mit Recht die unbedingte Notwendigkeit, jeden Einzelfall möglichst frühzeitig nach den modernsten Gesichtspunkten zu behandeln. Dann würden bessere Resultate erzielt werden.

HALLERMANN (Kiel)

● **W. Bach: Kindliche Zeuginnen in Sittlichkeitsprozessen. Eine psychiatrische und kriminalpsychologische Untersuchung.** (Psycholog. Praxis. Hrsg. von E. PROBST. H. 21). Basel u. New York: S. Karger 1957. 67 S. sfr. 7.80.

Hier wird hauptsächlich Kasuistik gebracht, da nach Meinung des Verf. alles entscheidend auf den Einzelfall ankommt. Die Fälle werden ausführlich — unter Berücksichtigung und guter Herausstellung verschiedener Charakteristica — beschrieben. Bei der anschließenden Schilderung des Untersuchungsganges (Aktendurchsicht, Tests, Exploration, Befragung der Umgebung) wird nichts Neues gebracht.

KLOSE (Heidelberg)

H. C. Rümke: Exogene psychische Störungen und Pseudo-Psychogenie. Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1955, 3250—3256 (Holländisch).

Erfahrungsgemäß werden körperliche Störungen häufig fälschlicherweise für psychogen gehalten und auf seelische Konflikte zurückgeführt. RÜMKE macht die sich hieraus ergebenden Fehldiagnosen an Hand von eindrucksvollen Beispielen zum Gegenstand einer klinischen Vorlesung. Wie derartige diagnostische Irrtümer mit ihren bedenkliehen therapeutischen Konsequenzen zu vermeiden sind, wird dargetan. Bei der Anamnese soll man die Angaben des Kranken, zumal wenn er nicht neurotisch wirkt, richtig einschätzen; denn „wir schaden, indem wir einem die Wahrheit sprechenden Patienten nicht glauben, mehr, als wenn wir einem der es nicht tut, zu Unrecht Glauben schenken“. Der Hinweis, daß die psychiatrische Diagnose positiv gestellt werden muß, ist immer wieder nötig, da der mehr auf das Somatische eingestellte Arzt zu leicht zur Annahme einer Hysterie geneigt ist, bloß weil er keine organischen Abweichungen findet. Das nicht nur bei Psychosen vorkommende hyperästhetisch-emotionelle Syndrom (BONHOEFFER) wird allzu oft übersehen und sollte stets Anlaß sein, nach exogenen Faktoren zu fahnden. Die Feststellung, daß der Krankheitszustand dem Patienten und seiner Lebensform wesensfremd erscheint, ist von diagnostischer Bedeutung. Die Therapie richtet sich nach dem Grundleiden, doch plädiert Verf. in jedem Fall für Bettruhe, die nach seiner Über-

zeugung überhaupt heutzutage zu wenig zur Anwendung kommt. Man möchte dieser beherzigenswerten Vorlesung ein möglichst großes und volles Auditorium wünschen.

HANS BAUMM (Bernburg/Saale)^{oo}

Berthold Stokvis: Selbsterleben im hypnotischen Experiment. [Med.-Psychol. Laborat., Psychiatr. Univ.-Klin., Leiden.] *Z. Psychother.* 6, 97—107 (1956).

Zur Vertiefung des psychologischen Verständnisses der Hypnose ist es erforderlich, daß der Forscher — sei es der Arzt oder der Psychologe — sich selbst in einen hypnotischen Zustand versetzen läßt, damit eine objektive Berichterstattung über die Geschehnisse möglich ist. Nur durch derartige Versuche ist eine feinere Analysierung der psychischen Vorgänge während der Hypnose zu erreichen, da die Patienten im allgemeinen nur unwesentliche Details wiederzugeben vermögen. Verf. berichtet deshalb über die Erlebnisse einer Philologin (Vp.) im hypnotischen Experiment. Die Vp. war zu einer auffallend großen Introspektion fähig und somit besonders geeignet, eine sachliche Darstellung ihrer Selbstbeobachtungen während der Suggestion von Katalepsie, Hypo- und Hyperalgesie und der „hypnotischen Altersverschiebung“ (hypnotic-age-regression) zu geben. Aus den Schilderungen der Vp. kommt der Verf. zu folgenden Ergebnissen: 1. das Verhalten in der Hypnose ähnelt einer „unbewußten Schauspielerei“, 2. die aktive Mitarbeit des Hypnotisierten, ebenso wie seine „positive Übertragung“ auf den Hypnotiseur ist von Wichtigkeit für das Gelingen der Suggestionen, 3. damit die Hypnose ein Teil der ärztlichen Behandlung bleibt, soll der Hypnotisator vor Beginn der Behandlung bei den Patienten den Puls fühlen, 4. die „hypnotic-age-regression“ kann für den Patienten von Schaden sein.

ORRTZ (Schleswig)^{oo}

Edward Podolsky: The paranoid murderer. *J. Forensic Med.* 3, 149—151 (1956).

Walter Betzendahl: Das krankhafte Rechtsgefühl. [Psychiatr.-Neurol. Ges., Greifswald, 9. V. 1956.] *Psychiatr. Neurol. u. med. Psychol.* 8, 261—267 (1956).

Ein Vortrag, der sich in ganzer Breite dem Querulanten widmet und aus dem folgende Akzente herausgehoben zu werden verdienen: Der Querulant läßt es ebensowohl am Augenmaß für das, was einer dem anderen schuldig ist, fehlen, wie auch am Verständnis für die Notwendigkeit der Einordnung und je nachdem der Unterordnung. Die ihm eigentümliche Desequilibriumtheorie der Persönlichkeit läßt ihn in Rechtshandel geraten. Klassifikatorisch gehört er den Déjénéres an. Damit findet das Anlagemoment einer ungleichmäßigen Ausreifung und eines Magels an Festigung im Persönlichkeitsbewußtsein die gebührende Berücksichtigung. Die auf dieser Grundlage hervortretenden Störungen erwiesen sich letztlich später als episodisch. Sie sind aber nicht phasisch, sondern stellen jeweilig Reaktivbildungen dar. Prämorbid finden sich übergroße Verletzlichkeit mit Anmaßlichkeit gepaart. Im weiteren Verlauf kann vollends eine Überkompensation der Niedergeschlagenheit Platz greifen. Zur Tilgung der Schmach bedarf es der Usurpierung der sozialen Belange. Der Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins kann eine exzessive Bereitschaft zur Versteifung auf einen Punkt gegenüberstehen. So gut wie immer tritt eine Insuffizienz innerhalb des Generationslebens in Erscheinung. Zu den Inhalten der Querulanz gehören Rachsucht, Entschädigungsanspruch und Rechtfertigungsbedürfnis. Die querulatorischen Ausdrucksformen bewegen sich mit dauernden Grenzverschiebungen zwischen Sitte und Recht. In seiner Persönlichkeit wirkt der Querulant unfertig, unselbständig, haltlos und verängstet. In diesem Blickwinkel entpuppen sich seine kriminellen Handlungen als Akte wahnhafter Notwehr. Es bleibt eine Gruppe nachtragender Charaktere, bei der sich eine abnorme Empfindlichkeit und Nachhaltigkeit konstatiert. W. SCHULTE (Gütersloh)^{oo}

D. Müller-Hegemann: Kritische Bemerkungen zur ärztlichen Begutachtung. [Neurol.-Psychiatr. Klin., Univ., Leipzig. (Med.wiss. Ges. f. Psychiatrie u. Neurol., Leipzig, 19. XI. 1955.)] *Dtsch. Gesundheitswesen* 1956, 417—424.

Der Vortrag bildet einen Appell an die gutachtlich tätigen Ärzte, sich an die fundierten Regeln bei Erörterung des Kausalzusammenhanges zu halten. Bemängelt werden unzureichende Beschaffung objektiver Unterlagen zwecks Aufklärung unrichtiger Angaben, Falschbewertung von Befunden, Überbewertung hirnorganischer Ausfälle, Konstruktion nicht wissenschaftlich erwiesener Kausalzusammenhänge. Besonders heftig wendet sich Ref. gegen die Anerkennung von Neurosen als entschädigungspflichtige und Invalidität bedingende Zustände und dagegen, daß eine Neurose Grund zur Unterbrechung von Schwangerschaften abgeben könnte. Die Darlegungen werden mit ausführlich wiedergegebenen Beispielen belegt. Das Zustandekommen der Neurose wird am Schluß unter Zugrundelegung der Pawlowschen Lehre interpretiert. Der Cortex neige nach Einwirkung psychischer Traumata normalerweise zu schneller Restitution. Schreck-erlebnisse verlieren deshalb sehr bald ihren Affektgehalt. Erst unter Einwirkung hinzutretender

Noxen, die mit dem ursprünglichen Traumaerlebnis nichts zu tun haben, tritt Chronifizierung ein. Nach PAWLOW können — wenn rechtzeitige Behandlung versäumt wurde — Neurosen sich chronifizieren und in einen Zustand echten Krankseins übergehen. Schließlich wird darauf hingewiesen, daß sich in der Abstellung der Mängel bei der Begutachtung nicht nur Ärzte, sondern auch alle anderen maßgeblichen Stellen zu beteiligen haben. HIRSCHMANN (Tübingen)⁹⁰

H. Müller-Suur: Zur Frage der strafrechtlichen Beurteilung von Neurosen. [Psychopath. Forschungsabt., Psychiatr. u. Nervenklin., Univ., Göttingen.] Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur. 194, 368—382 (1956).

Zwei Begriffe stehen zur Verfügung, um neurotische Handlungsweisen forensisch-psychiatrisch zu beurteilen: 1. allgemeine, abnorme Erlebnisreaktion; 2. spezifische abnorme Reaktion einer abnormen Persönlichkeit. Diese Alternative ist zu weit, da nicht alle Neurotiker abnorme Persönlichkeiten sind und andererseits auch nicht alle neurotischen Verhaltensweisen als abnorme Reaktionen psychisch gesunder Menschen aufgefaßt werden können. Auch der Begriff der abnormen Hintergrundsreaktion bringe noch keine Lösung. Man müsse noch den Begriff der Persönlichkeitshaltung einführen, dann ergäben sich folgende 4 Möglichkeiten für den Schwerpunkt der Abnormität: 1. in der Reaktion selbst; 2. im Erlebnishintergrund der Reaktion; 3. in der Persönlichkeitshaltung; 4. in der Persönlichkeitsart. Neurotischen Verhaltensweisen könne man nur mit dem Begriff der persönlichkeitsdifferenten Hintergrundsreaktion aus abnormer Persönlichkeitshaltung gerecht werden. Um den Grad der Abnormität der Persönlichkeitshaltung abzuschätzen, müsse man die Individualnorm als Maßstab nehmen. Die Divergenz zwischen Persönlichkeitshaltung und eigentlicher Individualnorm werde vom Patienten als innere Spannung erlebt und bestimme sein Gefühl des Krankseins. Diese Divergenz könne man aber nicht direkt als Maß für den Krankheitswert der abnormen Reaktion gebrauchen, sondern man müsse feststellen, wie weit dadurch eine Einschränkung der individuellen Entfaltungsmöglichkeiten, mit anderen Worten eine Seinsgradminderung, gegeben sei. Dieser individuelle Krankheitswert bestehe nur dann, wenn die Seinsgradminderung äquivalent sei einer durch eine endogene Psychose oder körperliche Krankheitsprozesse hervorgerufenen Seinsgradminderung. Für die endgültige forensische Beurteilung der Neurose müsse der individuelle Krankheitswert auf den kollektiven reduziert werden, es müsse also gefragt werden wie durch das individuelle Kranksein die Möglichkeiten zur Erfüllung der individuellen Mindestnormforderungen behindert oder aufgehoben sind. HANS-JOACHIM RAUCH (Heidelberg)

StGB § 51 (Blutrausch als Schuldausschließungsgrund). Wenn der Täter während der Begehung einer vorsätzlichen Tat vor ihrer Vollendung infolge des durch diese Tat hervorgerufenen Affekts in eine die Zurechnungsfähigkeit ausschließende Bewußtseinsstörung (Blutrausch) gerät und durch die in diesem Zustand begangenen weiteren Ausführungshandlungen den tatbestandsmäßigen Erfolg herbeiführt, so ist er nicht nur wegen versuchter, sondern wegen vollendeter Tat zu bestrafen, wenn die Art der Vollendung nicht wesentlich von seiner Vorstellung im zurechnungsfähigen Zustand abweicht. [BGH, Urt. v. 21. IV. 1955 — StR 552/54 (Essen).] Neue jur. Wschr. A 1955, 1077—1078.

Dietrich Mutschler: Die Beurteilung der Reife und Entwicklung von Heranwachsenden. Der § 105 des Jugendgerichtsgesetzes. [Psychiatr. u. Nervenklin., Städt. Krankenanst., Lübeck.] Fortschr. Neur. 24, 217—22 (1956).

Mit Recht weist Verf. auf die Gefahr hin, daß bei der Begutachtung im Rahmen des § 105 JGG Begabungsmängel und angelegte Wesenseigenschaften nicht genügend eliminiert werden und hierdurch die eigentliche Entwicklungsbeurteilung überdeckt wird. Man müsse versuchen, Alterskriterien von solchen zu scheidern, die mehr durch Intelligenz und Charakter bestimmt sind, auch wenn dies nur annähernd gelingen könne. Verf. nennt folgende Merkmale für Jugendlichkeit: Abenteuerlichkeit des Denkens. Übermut und Mutwillen. Begeisterung am Extremen. Verfallensein an Thesen. Hohe Bereitschaft zur Identifikation. Schweifende Angeregtheit. Fernweh — Heimweh. Trotzigkeit oder animierte Begeisterung. Gruppenstimmung. Rottenbildung. Verlorenes Einspinnen oder unsichere Sexualpartnerschaft. LEFFERENZ (Heidelberg)⁹⁰

StPO §§ 81, 244 Abs. 4. (Überlegenes Forschungsmittel.) Gegenüber den Erkenntnis-mitteln eines Gerichtspsychiaters ist die Beobachtung in einer öffentlichen Heil- oder Pflegeanstalt für sich allein kein überlegenes Forschungsmittel. [BGH, Urt. v. 5. VII. 1955 — 2 StR 159/55 (LG Oldenburg).] Neue jur. Wschr. A 1955, 1407—1408.