

**O. Lang: Erstickungsgefahr in Weinlagerfässern.** Zbl. Arbeitsmed. 7, 164—166 (1957).

Es wird auf die bisher oftmals mißachteten Gefahren hingewiesen, die bei unvorsichtigem Verhalten bei der Reinigung der Weinfässer für Leib und Leben auftreten können. Nach Anführen der einschlägigen Unfallvorschriften wird ein Fall geschildert, bei welchem beim Säubern eines Fasses zunächst eine Hilfskraft im Faß bewußtlos zusammenbrach und den Küfer, der dem Hilfsarbeiter zu Hilfe kommen wollte, das gleiche Schicksal ereilte. Auch eine dritte Person — endlich angeseilt — wurde nach kurzem Aufenthalt im Faß bewußtlos, konnte aber gerettet werden, während die beiden ersten nur noch tot geborgen werden konnten. Als Todesursache wurde erwojen eine Übersäuerung mit Kohlensäure, ein Sauerstoffmangel oder ein Stimmritzenkrampf mit nachfolgender Erstickung in schwefeliger Säure. Die letzte Möglichkeit wurde ausgeschlossen. Abschließend stellt Verf. 6 Forderungen zur Vermeidung derartiger Unfälle auf.

GUMBEL

**L. Ghiringhelli: Osservazioni pratiche e risultati ottenuti in un'industria chimica nella lotta contro gli infortuni.** (Praktische Beobachtungen und Ergebnisse der Unfallverhütung in einem chemischen Industriebetrieb.) [Clin. d. Lav. „Luigi Devoto“, Univ., Milano.] Med. d. Lavoro 48, 468—475 (1957).

Sämtliche Unfälle, die sich in einem chemischen Betrieb ereigneten, wurden registriert und statistisch ausgewertet. Die Gruppe von Arbeitern, die besonders häufig verunglückte, wurde einer ärztlichen und psychotechnischen Untersuchung zugeführt. Es wurde versucht hierdurch — soweit als möglich — die Unfallursachen auszuschalten oder herabzusetzen. Gegenüber einem gleich langen Kontrollzeitraum von 2 Jahren wurde festgestellt, daß gegenüber 87 Unfällen ein Absinken nach diesen Maßnahmen auf 51 eingetreten war. Die Zahl der Arbeiter, die mehr als einmal jährlich verunglückte, verminderte sich von 20 auf 11%. Der Häufigkeitsindex der Unfälle, die eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Tagen verursachen und der schweren Unfälle ist abgesunken von 1,92 bzw. 0,43 auf 0,35 bzw. 0,095.

HANS-JOACHIM WAGNER (Mainz)

**Sven Forssman, Nils Masreliez, G. Johansson, G. Sundell, O. Wilander und G. Boström: Untersuchungen des Gesundheitszustandes von Nitroarbeitern bei drei schwedischen Sprengstofffabriken.** Arch. Gewerbepath. Gewerbehyg. 16, 157—177 (1958).

**G. Eisenhauer: Arbeitsstellung und Tempo beim Fällen mit der Zweimann-Zugsäge.** [Inst. f. Waldarbeit u. Forstmaschinenk., Univ., Göttingen.] Int. Z. angew. Physiol. 17, 5, 42—56 (1958).

**H. Paul: Über den Psycho-Stress.** [Inst. f. Sozialbiol., Linz.] Psychol. Prax. 2, 1—13 (1958).

**H.-G. Holfter: Der Mensch in der Verwaltung.** Psychol. Prax. 2, 14—20 (1958).

**F. Lang: Bemerkungen zum unfallmedizinischen Unterricht.** [Schweiz. Unfallvers.-Anst., Luzern.] Schweiz. med. Wschr. 1958, 170—175.

**W. P. Beck: Erste ärztliche Hilfe am Unfallort beim Betriebsunfall.** [21. Tagg., Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versichergs.- u. Versorgungs.-Med., Köln, 6.—7. VI. 1957.] Hefte Unfallheilk. 1958, H. 56, 4—8.

**H. Redetzky: Sozialhygienische Betrachtungen zum Bevölkerungsaufbau der Deutschen Demokratischen Republik.** [Akad. f. Sozialhyg., Arbeitshyg. u. ärztl. Fortbildg., Berlin.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 1958, 2—15.

### Psychiatrie und gerichtliche Psychologie

● **Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie.** Hrsg. von VIKTOR E. FRANKL, VICTOR E. FREIHERR V. GEBSELLE u. J. H. SCHULTZ. Lfg 3. Bd. I: Allgemeine

Neurosenlehre und allgemeine Psychotherapie. München-Berlin-Wien: Urban & Schwarzenberg 1957. S. 1—112. DM 14.—

Der Band beschäftigt sich mit den geschichtlichen und gesellschaftlichen Grundlagen der Neurosenlehre und Psychotherapie. Das einleitende Kapitel ist von ELIASBERG, New York, über Psychotherapie unserer Zeit — geschichtlich betrachtet. Eine geisteswissenschaftlich orientierte, kenntnisreiche Übersicht mit psychologischer und psychotherapeutischer Grundlegung. Es werden die einzelnen Bereiche der „verschiedenen Erscheinungen“ kurz und prägnant aufgezeigt. Nach der Darstellung historischer Vergleiche in der Psychotherapie gibt E. ein Bild des ärztlichen Psychotherapeuten. „Er habe ein Versammlungsleiter und Führer in der psychotherapeutischen Gruppe, ein Regisseur, ein Propagandist, der Leiter einer Zelle, ein Kriminalist, ein Berater und Vertrauensmann zu sein, der die Familiensituation ebensogut wie die Situation in Staat und Gemeinde verstehe“. In einer Ahnentafel der Psychotherapie (nach J. H. SCHULTZ) und nach anderen Schemata des gleichen Verf. wird die geschichtliche Entwicklung aufgezeichnet. — Über den gegenwärtigen Stand und die Entwicklungstendenzen der Neurosenlehre und Psychotherapie in *Mittleuropa* berichtet MANFRED PFLANZ, der zunächst die amerikanische und die europäische Psychotherapie gegenüberstellt. Die mitteleuropäische Psychotherapie sei nicht in Schulen und Richtungen verankert, sondern im Grunde jeweils eine individuelle Leistung einer einzelnen Persönlichkeit. Die Unterschiede zwischen den mitteleuropäischen Ländern, die Lage der Psychoanalyse, die Situation der „komplexen Psychologie von C. G. JUNG und ein Kapitel über Mauern und Brücken zwischen den Psychotherapeutenschulen, Wandlungen in der Lehre vom Trauma und Hinweise auf die Sozialpsychologie und Soziologie sowie allgemeine anthropologische Bemühungen beschließen die sehr eindrucksvolle, mit einem guten Literaturverzeichnis ausgezeichnete Studie. — Über *Dänemark* berichtet PAUL J. REITER, Kopenhagen. Nach dem 2. Weltkrieg sind in Dänemark Bestrebungen ins Leben gerufen, die Psychotherapie und Psychoanalysen anzuwenden. In *Schweden* (GÖSTA HARDING) hat BJERRE sich um die psychotherapeutischen Bemühungen besonders verdient gemacht. Hinweis auf das Kinderdorf Ska bei Stockholm, wo JONSSON in Anlehnung an die Aichhornschen Bemühungen eine spezielle Form von Soziotherapie eingeführt hat. Seit 1954 wird in einem Teil der schwedischen Gefängnisse Gruppentherapie nach amerikanischem Muster betrieben. Es gibt keine Lehrstühle für Psychotherapie. Auch in *Norwegen*, wo die Psychiatrie noch relativ jung ist, fehlen spezielle Vereine für Psychotherapie. Erst im 2. Weltkrieg wurde ein lebendiger Kontakt mit englischen und amerikanischen Psychotherapeuten aufgenommen. — Der Abschnitt von KAMMERER über die Entwicklungstendenzen der Neurosenlehre in *Frankreich* gibt einen kurzen Überblick über die Anwendung der verschiedenen Methoden. „Die französische Schule blieb immer der Freudschen Linie treu.“ Die Jungsche Psychologie sei „der französischen Denkart im allgemeinen fremd und undurchdringlich geblieben“. Gruppenpsychotherapie wird gelegentlich durchgeführt. Entspannungstherapie wird nur von einzelnen Psychiatern verwendet. Die Wachtraumtherapie (nähere Darstellung) wirkt kathartisch. Sie wird wie jede Psychotherapie angewendet und bewährt sich besonders gut bei Neurotikern. Kinderpsychotherapie bietet die größten Möglichkeiten. — In *Großbritannien* schildert STENGEL die Entwicklung vom Anfang des Jahrhunderts über die Weltkriege mit einem speziellen Hinweis auf die besondere Einrichtung des Cassel-Hospitals und der Tavistock Clinic. Der ganze Band gibt einen geschlossenen Überblick über die Psychotherapie unserer Zeit. HALLERMANN (Kiel)

● **Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie.** Hrsg. von VIKTOR E. FRANKL, VICTOR E. Freiherr v. GEBSATTEL u. J. H. SCHULTZ. Lfg 4. Bd. 1: Allgemeine Neurosenlehre und allgemeine Psychotherapie. München-Berlin-Wien: Urban & Schwarzenberg 1958. S. 113—232. DM 15.—

Die 4. Lieferung setzt die Darstellung über den gegenwärtigen Stand und die Entwicklungstendenzen der Neurosenlehre und Psychotherapie in den einzelnen Kulturräumen fort und behandelt die Verhältnisse in Italien, Spanien, Osteuropa, Sowjetunion, China, Nordamerika und in zwei getrennten Berichten über die nichtanalytische Psychotherapie und die Psychoanalyse in Lateinamerika. — Auch in *Italien* ist die Psychoanalyse als „Judenwissenschaft“ der Verfolgung ausgesetzt gewesen. Die jetzt bestehenden biologisch-organizistischen Richtungen verstehen nach BOSCHI die Psychoneurosen als Mesocephalosen. Auch für BUSCAINO sind die subjektiven Beschwerden der Neurotiker im wesentlichen organischer Herkunft, bedingt durch vegetative oder endokrine Störungen oder durch Stoffwechselveränderungen hervorgerufen. Die psychologischen Bemühungen, die Freudsche Lehre, hauptsächlich von E. WEISS propagiert, der dann nach Amerika emigrierte und FERROTTI (Studien über menschliche Aggressivität)

wurden beträchtlich verbreitet. Die Individualpsychologie, das Werk von C. G. JUNG, BINSWANGERS Daseinsanalyse sind in ihren wichtigsten Arbeiten in das Italienische übersetzt. Die Kliniker erkennen den psychogenen Faktor bei der Neurose an, halten die Grundursache jedoch für organisch. Im übrigen werden interessante Hinweise auf die neuere italienische Literatur über dieses Gebiet mit Heraushebung einzelner Arbeiten gegeben. Eigentliche Schulen mit speziellen psychotherapeutischen Richtungen scheint es in Italien nicht zu geben. Die pharmakologische Therapie wird auch auf Neurose ausgedehnt. Die Psychochirurgie wird nur beschränkt bei Neurosen angewendet. Die in diesen seltenen Fällen bevorzugte Technik ist die transorbitale Lobotomie. — Die *Spanier* (RAMON SARRO, Barcelona: Die Psychotherapie in Spanien) wollen keine Neurotiker sein. Die Tradition hat den heroischen stoischen Zug des spanischen Volkes gesteigert. Der Patient neigt dazu, sein Leiden als etwas Unabänderliches „resigniert zu erdulden“ und er würde es als ein Zeichen von Schwäche ansehen, den Arzt zu Hilfe zu rufen. Die spanische Psychotherapie versucht die Hindernisse zu überwinden. Die Patienten sind mehr Juden oder evangelische Christen als Katholiken. Von den fruchtbaren Autoren werden L. IBOR und J. ROF CARBALLO besonders hervorgehoben. Auch in der Kinderpsychotherapie wird von den Eltern her Widerstand geleistet. — Die Situation in *Osteuropa* wird von FRANZ ANDREAS VÖLGYESI geschildert und mit einer charakteristischen Gegenüberstellung FREUD oder PAWLOW eingeleitet. Ein weiterer kleiner Abschnitt hat die Überschrift: „Auch die Neurosen sind immer organische (hirnbedingte) Erkrankungen“. Umwelt und Organismus werden in der Psychotherapie als Einheit angesehen, die aktiv-komplexe Psychotherapie als die der Zukunft hervorgehoben. Die früheren psychoanalytischen Ordinationen sind in den letzten Jahren in „Stationen für Nerven- und Seelensorge“ umbenannt worden. „Der radikale Bruch mit der aphysischen, auf einem rein psychologischen Determinismus fußenden obsoleten Anschauung in allen Bereichen der Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie ist eine dringende Forderung der Zeit.“ — KLEIN-SORGE-Jena behandelt die Einstellung der *sowjetischen Medizin* zur Psychotherapie und schildert insbesondere die Verhältnisse seit dem Jahre 1929. Auch hier Eingehen auf die Pawlowschen Vorstellungen. Beim Nachweis von Neurose wird nach organischen Reaktionen gesucht. Die Klassifizierung geht von den angenommenen pathophysiologischen Nervenprozessen aus. Die Therapie als rationale Psychotherapie läßt die tiefenpsychologischen Verfahren unberücksichtigt. Der Patient muß „innerhalb seiner gesellschaftlichen Zusammenhänge“ gesehen werden. Hypnose und Schlaftherapie werden angewandt. Es gibt kaum eine Form der Gruppentherapie. Verf. weist auf eine gewisse Starrheit hin, die sich durch die Beeinflussung infolge der materialistischen Weltanschauung und der Pawlowschen Lehre ergeben, die aber in Wirklichkeit nicht so erschwerend existiere. — OTTO aus *Addis Abeba* schildert die Verhältnisse in Ostasien und insbesondere China in einem sehr allgemein gehaltenen interessanten Bericht, in dem auf die chinesische Geisteswelt kurz eingegangen wird. Die Auswirkungen der westlichen wissenschaftlichen Medizin sind nur auf die großen Städte, die Küstengebiete und Flußläufe der drei großen Ströme beschränkt. Im Grunde haben die alten lebensweisheitlichen Grundlagen der chinesischen Heilkunde noch ihre volle Geltung behalten. — Über *Nordamerika* berichtet HOFSTÄTTER, der seine Darlegungen mit einem Kapitel „Gesellschaft und Neurose“ beginnt. Den psychotherapeutischen Bedarf und seine Deckung schildert er an Hand von eingehenden Zahlen über den Umfang der Psychosen und Neurosen. Der Anspruch auf psychotherapeutische Hilfe und Beratung habe in den USA die Form einer sozialen Institution angenommen. Man sucht den Therapeuten auf wie man einen Rechtsanwalt konsultiert. Die Problematisierung der Neurose sei gefährlich. Man propagiere nämlich damit die verhängnisvolle Idee, daß vom Durchschnittsmenschen das private Fertigwerden mit seinen Lebenskonflikten nicht erwartet werden könne. H. verzichtet auf eine Schilderung der einzelnen Schulen und Richtungen und stellt dafür sieben gemeinsame Faktoren auf, die für die Psychotherapie „das Thema“ abgeben, dessen mannigfaltige Variationen von den verschiedenen Schulen ausgestaltet werden. Eine sehr inhaltsreiche, mit vielen Einzelheiten angefüllte Darstellung mit gutem Literaturverzeichnis. — BINDER gibt eine gute Übersicht über die nichtanalytische Psychotherapie in *Lateinamerika* und gibt für die einzelnen Länder, Brasilien, Mexiko, Argentinien, Peru usw. die wichtigsten Daten und Verfasser von bedeutenden Werken aus diesem Gebiet an. Es besteht eine enge Nähe zwischen den südamerikanischen und den europäischen Menschen. — WERNER KEMPER schildert die Situation der *Psychoanalyse* in *Lateinamerika*, besonders in Brasilien und Argentinien. Von letzterem ging der nachhaltige Anstoß zur Ausbreitung der Psychoanalyse aus. In Rio hat man seit Ende der 40er Jahre der Lehre und Ausbildung in diesem Zweig Beachtung geschenkt. Es existiert in Lateinamerika praktisch nur die Schule der Freudschen Psychoanalyse, wobei eine starke Neigung zum Einbau der Psychoanalyse als Spezialfach in die Psychiatrie besteht.

HALLERMANN (Kiel)

● **Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie.** Hrsg. von VIKTOR E. FRANKL, VICTOR E. Freiher v. GEBSATTEL u. J. H. SCHULTZ. Lfg 2. Bd. II: Spezielle Neurosenlehre. München-Berlin-Wien: Urban & Schwarzenberg 1957. S. 1—156. DM 19.50.

Der Band beschäftigt sich mit der speziellen Neurosenlehre und beginnt mit dem ungemein lesenswerten Aufsatz von STUMPF über Heredität und Neurose, in dem die modernen biologischen Erkenntnisse der Verhaltensforschung berücksichtigt werden. Der Psychopathiebegriff ist fragwürdig geworden. Der Versuch, die Psychopathenlehre auf Jugendliche und Kinder zu übertragen, darf als gescheitert angesehen werden. Nach Meinung von STUMPF ist Psychopathie weder angeboren noch als solche vererbt. Die klassisch klinische Auffassung über das Sosein abnormer Personen sei nicht mehr haltbar, wie er am Begriff der Variation zeigt. Genotypische Faktoren spielen nur eine untergeordnete Rolle. Gerade das, was eine Persönlichkeit als abnorm kennzeichnet, sei das Gewordene, und zwar das durch Fehlhaltungen auf Grund gestörter mitmenschlicher Beziehungen Gewordene. Auch eine Neurose ist nicht durch spezifisch abnorme Anlagen ermöglicht, sondern schon im Laufe der Kindheit können spezifische Einwirkungen eine Neurosestruktur setzen, die im Erwachsenenalter „durch eine besondere Veranlagung zu einer krankhaften Entwicklung führt“. Die Versuche zur Grundlegung einer erbgenetischen Faktorenanalyse in der Neurosenpsychologie sind noch ganz im Anfang. Ansätze zu sozialen Instinkten, die ein vom Lernen unabhängiges Verstehen z. B. von Gesichtsausdrücken gewährleisten, werden als spezifisch erbliche Anlagen angesehen und zeigen schon primär einen spezifisch humanen Charakter. Sie sind nicht auf fertige Verhaltensweisen oder auf bestimmte Auslöser hin ausgerichtet, sondern sind offen für jede mitmenschliche Einwirkung. STUMPF hält das mimognostische System für die Entstehung von Neurosestrukturen für wichtig und zeigt das an zahlreichen Beispielen bei Kindern auf (Hinweis auf PEPPER). Das Wesen neurotischer Konflikte wir in Anlehnung an K. HORNEY in „Haltungen gegenüber anderen Menschen“ erblickt, die sich fundamental widersprechen. Die wesentlichen Instinktansätze sind auf soziale Kontakte und auf Ausdrucksverstehen angelegt. Es wird an Einzelbeispielen dargelegt, wobei dann auch die Frage der Neurosendisposition angesprochen wird. Ein Abschnitt über Heredität und Neurose schließt den interessanten Aufsatz. — WOLFGANG KRETSCHMER behandelt die Frage Neurose und Konstitution in kurzen stichwortartigen Darstellungen. Vererbung liefert Leitgerüst und Leitlinie, Umwelt führt zur Differenzierung der Konstitution. Vererbung muß als die dynamische, d. h. als die im jeweiligen Lebensabschnitt vorhandene, von innen her gegebene Antriebsmöglichkeit der Selbstverwirklichung formuliert werden. Diese Möglichkeit ist zwar angeboren, kann sich aber während des ganzen Lebens durch körperliche und seelische Einflüsse ändern. In einem kurzen systematischen und kritischen Rückblick (Psychoanalyse, Individualpsychologie, komplexe Psychologie, Konstitutionsmedizin von E. KRETSCHMER, existenztheoretische Medizin usw.) wird das Verhältnis der verschiedenen Richtungen zu dem Bereich der Neurose dargelegt und in einer kritischen Darstellung versucht, die Affinität der Neurose zu den jeweiligen Typen aufzuzeigen. Es wird ferner die Affinität zwischen Neurose und Rasse und der exogene Konstitutionswandel besprochen. — Im Rahmen des Neuropathieproblems schildert BIRKMAYER die vegetativen Syndrome. Der vegetative Alarm ist ein Symptom einer vegetativen Betriebsstörung, die sich in Migräne, Schlaflosigkeit, Angina pectoris oder Kollaps äußern kann. Er zeigt an, daß die Adaptationsfähigkeit des vegetativen Systems überschritten ist. Wir leben in einer Zeit der Zunahme der vegetativen Betriebsstörungen, obwohl Neurosen und Psychosen offenbar nicht häufiger auftreten. Unter den pathogenetischen Faktoren behandelt B. die Störung des vegetativen Grundrhythmus durch die Hast des modernen Lebens, das rasante Lebenstempo, ein gesteigertes Leistungsstreben, die Lebensangst, die Zunahme der Reizüberflutung (besonders Licht- und Lärmreize); auch die klimatischen Faktoren als Wetterstressoren belasten den vegetativen Apparat. Individuelle Faktoren wie Arbeitsüberlastung, psychische Konfliktsituationen, aber auch Infektionen und Intoxikationen, fokale Störfelder und Traumen werden ebenfalls angeführt. Auch die Freiheitsberaubung, der Zwang zur Kasernierung, der zu einer Drosselung des vegetativen Eigenrhythmus führt, bewirkt eine permanente Traumatisierung des vegetativen Systems. Nach der Befreiung treten in der „Entlastungssituation“ vegetative Störungen gehäuft auf. Auch hormonale Funktionen müssen berücksichtigt werden. Die klinischen Syndrome (sympathische Hyper- oder Hypotonie), die parasymphatische Hypertonie und vegetative Ataxien werden unter Hinweis auf die Literatur dargelegt. In der Therapie wird vor schablonenhaften Maßnahmen gewarnt. Psychotherapeutisch wird das autogene Training als Methode der Wahl angesehen. Vegetative Ataxien sind schwer zu beeinflussen. — J. H.

SCHULTZ berichtet über die Psychologie der konstitutionell vegetativ Gestörten; eine Darstellung, die gerade für den forensischen Gutachter interessante Vorstellungen vermittelt. Er versucht einen Überblick zu geben wie weit verwertbare Kennzeichen der neuropathisch stigmatisierten Persönlichkeit vorliegen. Experimentelle Leistungsprüfungen genügen nicht. Es gibt wenige Kennzeichen des konstitutionell Nervösen (besonders amerikanische Literatur). Die psychischen Reaktionseigentümlichkeiten bestehen beim Neuropathen in Ungleichmäßigkeit, Unsicherheit, Disharmonie und Widersprüchen und „in wechselndem Maße hervortretenden außerdurchschnittlichen Ausbildungen einzelner der in Frage stehenden Reaktionsgegebenheiten als wesentliches Kennzeichen des neuropathisch Stigmatisierten“. — Die Gruppe wird aufgefaßt als ein Wesensgemisch ungleichmäßiger und oft sich widersprechender Erbfaktoren, die diffus zusammenarbeiten. Die erhöhte Ansprechbarkeit bewirkt auch eine erleichterte Aufnahmefähigkeit für positive Erlebnisse. Die ungleichmäßige Entwicklung und Reifung machen die Prognose besonders der jugendlichen Neuropathen schwierig. „Der Neuropath lebt in einer subjektiven Evidenz seiner neuropathischen Erlebnisweise“. Er zeigt wie alle Sensitiven eine Disposition zur verstärkten Nachwirkung seiner Erlebnisse. Iatrogene Schädigungen bei Neuropathen sind häufig. Es ist jedoch nicht zu vergessen, daß auch der Neuropath seine oft überdurchschnittlichen Seinswerte fruchtbar machen kann. — Die Arbeit über die Primitivreaktionen von HIRSCHMANN geht nach kurzen Begriffsbestimmungen (Durchsetzen primär auftretender Bedürfnisse ohne Rücksicht auf die Folgen) auf die Erscheinungsformen primitiver Reaktionen (Explosivreaktion, hypobulbische Reaktion, Einengung des Bewußtseins, hyponoische Reaktionen und Kurzschlußhandlungen) ein. Kretschmersche Nomenklatur mit kurzer einprägsamer Kasuistik, die auch forensisches Interesse hat. Primitivreaktionen können praktisch bei jedem Menschen in Erscheinung treten, besonders leicht bei Menschen mit einer höheren Affizierbarkeit, bei reizbaren hypomanischen, genuin erregbaren und zu Affektstauungen neigenden Menschen. Die Unzulänglichkeit liegt auf dem Gebiet der Affektverarbeitung. Bei Kindern sind Primitivreaktionen in den ersten Lebensjahren (Trotzperiode) eigentümlich. Ob der Mensch seine Emotionen durch die Gesamtpersönlichkeit assimilieren kann oder in primitiver Weise entläßt, hängt von der innerseelischen Leistung ab, deren er fähig und willens ist. Es finden sich zahlreiche Zwischenformen. Forensisch interessant sind jene Fälle, „wo die Primitivreaktion nach Art einer Kurzschlußhandlung den krisenhaften Abschluß nichtbewältigter innerseelischer Verwicklungen bildet“. — Die phobische, anankastische und depressive Fehlhaltung wird von v. GEBSATTEL vorgetragen und mit einer sehr lesenswerten Anthropologie der Angst eingeleitet. Zur Psychopathologie der Angst wird ein historischer Rückblick gegeben. Mit dem Begriff der phobischen Fehlhaltung, ist „der problematische Tatbestand der Freudschen Angstneurose in zeitgemäßer Wendung aufgegriffen“. Die Frage lautet: „Wie wird aus der primitiven Affektreaktion (Angst) eine Persönlichkeitsreaktion?“ Die Angstneurose wird anhand schöner Beobachtungen entwickelt und gezeigt, wie die elementare Angstreaktion zu einer phobischen Fehlhaltung werden kann. Die Erwartungsangst, die unter dem Begriff der psychasthenischen Phobie subsummierten Ängste, wie Hörschwindel usw., werden hintergründig erörtert. Neben der daseinsanalytischen Forschungsrichtung wird die Methode der genetischen Motiverhellung beschrieben, wobei die ersten Ansätze zur Bildung zwangsneurotischer Strukturen in der frühkindlichen Phase gesetzt werden. Die Sinnbildlehre von J. H. SCHULTZ baut das „anankastische Gebilde“ in das Schema eines besonderen Neurosentyps ein. Der Verf. glaubt das anankastische Zustandsbild und seinen Träger vom Gesichtspunkt der Fehlhaltung angehen zu können. Die anankastische Angst ist stets ein komplexer Affekt wie z. B. die Schuldangst oder eine Zwangsbefürchtung. „Der Anankast produziert die Situation, die seiner Stimmung entspricht.“ Die Therapie der anankastischen Fehlhaltung ist keineswegs nur psychotherapeutisch. Es gibt Berichte über erfolgreiche Lobotomien. Viele Zwangs-anankasten haben ein großes Aussprachebedürfnis. Sie suchen direkte autoritative Führung. — Die depressive Fehlhaltung zeigt sehr zentral eine Veränderung des Erlebnisses des Könnens. Es gäbe buchstäblich wohl nichts, wovon der Depressive nicht gegebenenfalls sagen müsse, daß er es nicht könne. Besonders bei asthenischen Depressiven sei das Erlebnis des Nichtkönnens ein generalisiertes. Diese Angst des Nichtkönnens, die Lebensangst, wird „zum erfahrbaren Widerfahrnis eines leidvollen Zustandes“. Verf. unterscheidet Leidensbereitschaft und Leidensfähigkeit. Nicht nur wo suizidale Möglichkeiten drohen sei der Patient in die Klinik einzuweisen. Heilkrampfbehandlung gebe erstaunliche Entlastung. Mit Suicid ist immer zu rechnen. Man soll sich auch schwer Depressiven nicht entziehen. Besondere Schwierigkeiten bereitet die Entscheidung über den Termin der Entlassung. Ist er richtig gewählt, kann die Tatsache, daß ihm draußen eine eigene Entscheidung abgefordert wird, erstaunlich viel helfen.

HALLERMANN (Kiel)

● **Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie.** Hrsg. von VIKTOR E. FRANKL, VICTOR E. Freiherr v. GEBSATTEL u. J. H. SCHULTZ. Lfg 1. Bd. 4: Spezielle Psychotherapie und Neurosenprophylaxe. München-Berlin-Wien: Urban & Schwarzenberg 1957. S. 1—152. DM 19.—

Band IV enthält verschiedene Arbeiten über Suggestion und Hypnose. STOKVIS leitet seinen übersichtlichen Aufsatz über die Suggestion (affektive zwischenmenschliche Beeinflussungsmöglichkeit auf Grund eines vorhandenen Gemeinschaftserlebens) mit klaren medizinisch-psychologischen Betrachtungen über das Verhältnis zwischen Arzt und Patient in diesem Bereich ein. Er schildert die Typen der Suggestoren. Die große Suggestibilität des Kindes beruht auf dem schwachen Individualitätsbewußtsein. Der Machtbereich des Suggestors, die Einflüsse auf das Muskelsystem, Blut, Verdauung, Atmung, Leukocytose werden kritisch geschildert, die suggestive Arbeitsweise wird dargelegt (Literaturhinweise). Das Eingehen auf die verschiedenen Methoden führt zu der Schlußfolgerung: „Es ist nicht die Methode, sondern der Arzt, der heilt.“ Der Verf. ordnet die Suggestion der zudeckenden Psychotherapie zu. Bei Süchtigen ist praktisch kein Erfolg zu erwarten, in den übrigen Fällen in etwa 25% wie überhaupt in der Psychotherapie. — Der Aufsatz von STRANSKY über die Subordinations-Autoritäts-Relations-Therapie (SAR) ist nicht so übersichtlich gegliedert wie der vorige Artikel. Der Verf. unterscheidet die primäre und solare Autorität bei Menschen mit primärem Charisma von Menschen mit geliehener lunarer Autorität. Die Methode hat die größten Erfolge bei syntonen Neurotikern. Der Patient muß seine Heilung sich selbst erarbeiten. Die therapeutische Führung geschieht unter Nutzung der in jedem Menschen vorgegebenen Tendenzen. — Eine weitere Arbeit von STOKVIS über allgemeine Überlegungen zur Hypnose zeigt wieder den erfahrenen Kliniker mit profunden Kenntnissen über den behandelten Gegenstand. Es wird eine sorgfältig den Wert abschätzende Anwendung der Hypnose für wichtig gehalten. Jede Hypnose sei de facto eine Autohypnose, in der der Patient vom Arzt eine besondere Leistung erwartet. Der Patient liefert sich dem Arzt aus. Aus dem Zusammenhang zwischen Hypnose und Tierkatalepsie werden interessante psychologische Bemerkungen abgeleitet. Im einzelnen werden psychologische, somatische, psychosomatische, soziale und klinische Aspekte erörtert. Mit Deutlichkeit wird die Hypnose nur für den Psychotherapeuten als erlaubt angesehen. Sie gehört weder in die Hand des Zahnarztes noch des Bühnensperimentators. Eventuellen Verbrechen in Hypnose steht der Verf. sehr skeptisch gegenüber. Es könne, da niemand gegen seinen Willen in den hypnotischen Zustand versetzt werden könne, eine Hypnose höchstens als Entschuldigung dienen. Das Verantwortungsgefühl möge dann getrübt sein, die Verantwortung jedoch nicht. Es sei nicht möglich, eine Hypnose zu erzwingen, automatische, kritiklos und sklavisch Befehle und erzwungene Handlungen auszuführen. Das ideale Ich bleibt wirksam. Aufklärung von Verbrechen in Hypnose könne man juristisch kaum als zulässig ansehen. Hinweis auf das Verbot im deutschen Strafrecht. „Die Anwendung der Hypnose in foro ist weder juristisch, noch moralisch, noch wissenschaftlich zulässig.“ — In der praktischen Anwendung werden die Hypnosetechnik, die verschiedenen Methoden der verbalen Suggestion, der sensorischen Reizung und der chemischen Reizung mit Beispielen aufgezählt. Ein umfangreiches, brauchbares Schrifttum vervollständigt die interessante Übersicht. — Über die Protreptik, die Zusammenfassung all der Methoden, welche den Patienten mittels kräftiger sensorischer, verbaler Reize und dadurch hervorgerufenen unangenehmer Affekte plötzlich von einer neurotischen Fehlhaltung in eine normale Verfassung überführt (E. KRETSCHMER) wird von WOLFGANG KRETSCHMER in aller Kürze berichtet. Die Methode steht dem Anreiz tiefenpsychologischer Mittel diametral gegenüber. Die „geschlüsselte aktive Reizmethode“ geht auf Vorbilder und Vorgänge in der straffen Dressur der Tiere, im militärischen Drill usw. zurück, sie darf nur vom Arzt angewendet werden und ist in hohem Maße Temperamentssache, läßt sich aber gut lernen. Als Patienten eignen sich in erster Linie primitive, naive, autoritär beeinflussbare Menschen mit hysterisch-funktionellen Störungen des sensorisch-motorischen Apparates. Das klassische protreptische Verfahren (im Anschluß an KEHRER und KAUFMANN) wird seit dem 1. Weltkrieg von E. KRETSCHMER durchgeführt und besteht hinsichtlich Vorbereitung und Durchführung in einer Sitzung und der Nachbehandlung. Es wird in der Regel das betroffene motorisch-sensorische Gebiet faradisiert, wobei auf die heilende Wirkung hingewiesen wird. Auch hier gute Schrifttumshinweise. — E. KRETSCHMER-Tübingen, beschreibt die gestufte Aktivhypnose, die die Hypnose ihrer kritischen Elemente zu entkleiden vermag „und sich bemüht, sie dem naturwissenschaftlichen Denken einzugliedern“. In Anlehnung an das autogene Training wird auf suggestive Einkleidung verzichtet, der Hypnosevorgang in seine Einzelmechanismen aufgespalten, die grundsätzlich in Form von aktiven Übungen für den Patienten durchgeführt

werden. K. bespricht diese Form des induktiven Steuerns. Bei richtigem Training der Grundübungen tritt bald spontan oder mit Hilfe der hypnoide Zustand ein, der sich je nach Indikation vertiefen läßt. Mit der zweigleisigen Standardmethode der Aktivhypnose ergeben sich nach Angabe des Verf. besonders schöne Heilungsergebnisse bei den Erwartungsneurosen. Analyse und Aktivhypnose laufen in getrennten Arbeitsgängen. Die Analyse klärt die aktive Konfliktsituation, in der Aktivhypnose wird eine trainierende Auflockerung erarbeitet. Es wird eine Strukturanalyse gegeben und versucht, das konstitutionelle Gesamttempo und seine Einzelfaktoren zu bestimmen. Die gründliche Auflockerung und Neueinstellung des Gesamttonus führt dann zu einem brauchbaren Hypnoid. „In der Analyse lernt der Patient die Logik seiner eigenen Natur gemeinsam zu Ende denken“. Beide Verfahren führen gemeinsam zur Heilung. — Das Bildstreifendenken hat KONRAD BETZ beschrieben „als einen filmartigen Ablauf loser Bildgruppen bei eingegengtem Bewußtsein, dem Gefühl der Eigentätigkeit und starker affektiver Beteiligung“. Es läßt sich therapeutisch unter Anwendung von Suggestivmitteln verwenden und zwar sowohl in der Katharsis wie in der Analyse. Bei ersterer spielt die Affektaufgeladenheit, die Angst, eine große Rolle. In der Analyse führt das ungesteuerte Bildstreifendenken zur Gewinnung reichhaltigen Materials; zur Provokation unbewußten verdrängten Materials lassen sich die Abläufe steuern. Die Technik wird kurz dargestellt. Die Behandlung beginnt mit Schwere- und Wärmeübungen und Entspannungen. Die Möglichkeit pharmazeutischer Anregung wird diskutiert (Lysergsäurediäthylamid).  
HALLERMANN (Kiel)

● **Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie.** Hrsg. von VIKTOR E. FRANKL, VIKTOR E. Freiherr v. GEBSATTEL u. J. H. SCHULTZ. Lfg 5. Bd. 4: Spezielle Psychotherapie und Neurosenprophylaxe. München-Berlin-Wien: Urban & Schwarzenberg 1958. S. 153—319. DM 21.—.

Die 5. Lieferung beginnt mit einer wichtigen, eingehenden und sehr übersichtlichen Darstellung von J. H. SCHULTZ über das autogene Training, das in dieser Zeitschrift als bekannt vorausgesetzt werden darf. Das autogene Training als „wesentlicher Weg zur Selbstverwirklichung“ hat seinen festen Platz in der Neurosenentherapie. — STRAUSS und CONINGSBY berichten über die Narkoanalyse mit kurzen Hinweisen auf die Technik. Schilderung einiger Krankengeschichten. Sie glauben an die Berechtigung, durch pharmakologische Mittel psychologische Veränderungen hervorzurufen. Auf forensische Fragen wird nicht eingegangen. — Auch JOSEPH WILDER aus New York, der über medikamentöse Unterstützung der Psychotherapie referiert, gibt in gedrängter Form Hinweise für medikamentöse Behandlung bei körperlichen Erkrankungen mit psychischen Symptomen. Er schildert die psychische Wirkung von Medikamenten und trennt Mittel, die zum Zwecke der Diagnose von denen, die zur Therapie gegeben werden. In einem speziellen Teil wird versucht, einiges über die Wirkung der Sedativa, Barbiturate, Spannungsmittel und Ataraktika auszuführen. Schlafmittel und Stimulantia sowie vegetative Mittel werden kurz erörtert. — PFLANZ-Gießen weist darauf hin, daß die USA Europa auf dem Gebiet der medikamentösen Neurosenbehandlung weit überlegen seien. Hier sei auch die Verbreitung der Medikamente erheblich größer als bei uns. Der große Verbrauch der „Neurose-Mittel“ liege an dem Bedürfnis des heutigen abendländischen Menschen. Für die Ärzte böten die Neurosemittel manchen Vorteil. Sie brauchten sich nicht näher um die Patienten zu kümmern. Wenn die Industrie uns Mittel gegen Ängste schenke, brauche man sich nicht zu wundern, daß sich Menschen dieser Anpreisung nicht entziehen könnten. Er unterscheidet wie WILDER eine medikamentöse Unterstützung der Psychotherapie und eine psychotherapeutische Unterstützung ohne Arzneimittelbehandlung. Gewöhnung mache stets sofortige Absetzung des Medikaments erforderlich. — WALTER AMELUNG aus Königstein gibt einen Überblick über die physikalische Therapie, besonders Hydrotherapie als symptomatische Behandlungsmethode der Neurosen. Es kommt sowohl auf die Form und Ausführung wie auf die Art der Verordnung wesentlich an. Elektrotherapie und Psychotherapie im Rahmen der Behandlung in einem Kurort werden mit zahlreichen praktischen Hinweisen versehen. — Die 5. Lieferung schließt mit Berichten von J. H. SCHULTZ über *leistungssteigernde Verfahren*, mit Schilderung der Hauptmethoden in grober Übersicht. Die Aufgabe besteht darin, durch Disziplinierung Selbständigkeit zu schaffen. Der Weg zum Willen führt durch den Gehorsam. Deshalb können scheinbar rein körperliche Voraussetzungen wertvolle Dienste leisten. — G. R. HEYER schildert die künstlerischen Verfahren der Neurosenbehandlung und weist darauf hin, daß die Geisteswissenschaften die Bedeutung der „Bilder“ schon lange erörtert haben. Schriftliche Hinweise zum Thema unbewußte Bilder. Musiktherapie wird speziell behandelt. — LUCY HEYER-GROTE-Basel macht grundsätzliche Ausführungen zur Bewegungs- und Atemtherapie, die sie nicht als Symptombehandlung sondern als Funktionserziehung auffaßt. Die Bewegungstherapie leistet

besonders bei der Psychoneurose gute Dienste. Hemmungen und Angstzustände können abreagiert werden, aus der falschen neurotischen Selbstbezogenheit wird eine produktive gesunde Einstellung. Eine Selbstunsicherheit kann ins Bewußtsein gehoben werden. Organneurosen sind besonders für die Atemtherapie geeignet. Die Methoden werden näher geschildert. — Ein kurzer Hinweis auf das Psychodrama mit einleitenden Bemerkungen über Gruppentherapie wird von J. L. MORENO gegeben. Man kann eine Reihe von Methoden entwickeln, die erlauben sollen, z. B. im experimentellen Psychodrama das ganze Leben nochmals zu entfalten mit allen seinen Verwicklungen. Die Vergangenheit wird mit einem Zeitraffer eingefangen. „Jedes echte zweite Mal ist die Befreiung vom ersten Mal.“  
HALLERMANN (Kiel)

● Alfred Mühr: **Das Wunder Menschenhirn. Die abenteuerliche Geschichte der Gehirnforschung.** Olten u. Freiburg i. Br.: Walter-Verlag 1957. 464 S. u. 64 Taf. Geb. DM 26.50.

Es handelt sich hier um den erstmaligen gewaltigen Versuch, die Geschichte der Hirnforschung in ihren anatomischen und psychiatrischen Aspekten von der vorchristlichen Zeit bis in die Gegenwart aufzuzeigen und den spröden, auch dem Mediziner nicht ohne weiteres zugänglichen, ungeheuren Stoff in übersichtlicher und leicht lesbarer, ja fesselnder und vielfach spannender Form zu bearbeiten. Diese Aufgabe ist dem Autor — nach 20jähriger Beschäftigung mit der Kulturgeschichte der Medizin — im wesentlichen gelungen, wenn auch die Mühelosigkeit und Glätte der Darstellung manchmal auf Kosten der wissenschaftlichen Gründlichkeit geht, und feuilletonistische Züge nicht immer vermieden worden sind. Dies gilt besonders für die immer wieder eingeflochtenen, zum Teil allzu simplifizierenden und populärwissenschaftlichen pathographischen Exkurse über berühmte Geistes- und Gehirnkranken — angefangen von dem vorübergehend in der Salpêtrière internierten Philosophen Auguste Comte, über Hölderlin, Lenau und Robert Schumann, Dostojewskij, Ludwig II., van Gogh, Nietzsche und Strindberg bis zu Lenin (der wegen einer Cerebralklerose von einem deutschen Ärztekonsilium, bestehend aus HENSCHEN, BUMKE und O. FOERSTER untersucht worden war) und Hitler (der an einer progressiven Paralyse gelitten haben soll). Die in diesen Kapiteln vorhandenen Schwächen werden aber durch die umfassende gründliche Darstellung der Hirnanatomie und Psychiatrie, auf der das Schwergewicht des Werkes ruht, weitaus wettgemacht. Es ist für den Mediziner in gleicher Weise wie für den Laien ungemain lesenswert, welche Wege die Hirnforschung von Hippokrates über A. v. HALLER und S. Th. SOEMMERING (die eigentlichen Begründer der modernen Hirnforschung in der 2. Hälfte des 18. Jahrhunderts), über die ersten Versuche einer Lokalisationslehre durch FRANZ JOSEF GALL, über BROCA und WERNICKE bis zu FLECHSIG, dem Entdecker der Leitungsbahnen und der Assoziationszentren des Gehirnes, und bis in die jüngste Gegenwart gegangen ist. Dabei werden die Knotenpunkte der experimentellen Forschung — etwa die Entdeckung der Funktionen der Rückenmarksnerven durch BELL, MAGENDIE, JOHANNES MÜLLER und KUSSMAUL, die wegweisenden Versuche von FRIEDRICH GOLTZ an großhirnlosen Tieren, und die Forschungen PAWLOWS — ebenso berücksichtigt wie die rein morphologisch-makroskopische Hirnforschung, repräsentiert besonders durch die Anatomen R. WAGNER, W. HIS und G. RETIUS, die die Gehirne von berühmten Zeitgenossen untersuchten und die Beziehungen von Gehirn und Begabung studierten. Besonders eingehende und sorgfältige Berücksichtigung findet aber auch die Geschichte der himmikroskopischen Forschung, von MALPIGHI und LUYSS, über FOREL, den Erfinder des Mikrotoms, die Engländer CLOUSTON und ROBERTSON, die erstmals klar fundierte Vorstellungen über die Zahl der menschlichen Ganglienzellen entwickelten, bis zu den großen, noch teilweise der Gegenwart angehörenden Gehirnanatomen MONAKOW, ECONOMO, CAJAL sowie CÉCILE und OSKAR VOGT. Aber auch die Entwicklung der klinischen Psychiatrie, der Diagnostik und Therapie, wird in großen Linien dargelegt und gezeigt, wie schon bei den bedeutenden französischen Psychiatern des 18./19. Jahrhunderts, PINEL und ESQUIROL, erstaunlich modern anmutende Vorstellungen wirksam waren (während der etwa zur gleichen Zeit wirkende JOHANN CHRISTIAN HEINROTH in Deutschland noch die Sünde als Ursache der Geisteskrankheiten bezeichnete), und welcher grundsätzlichen Wandel die Lehren CHARCOTS, der Schule von Nancy und SIEGMUND FREUDS für die klinische Psychiatrie bedeuteten. In der Geschichte der Therapie fehlen ebensowenig WAGNER-JAUREGG und MEDUNA, wie die großen Hirnchirurgen — von EUGEN HOLLÄNDER, FEDOR KRAUSE und ERNST v. BERGMANN über HARVEY CUSHING bis zu EGAS MONTZ —, während unter den Marksteinen der psychiatrischen Diagnostik aus der jüngeren Zeit vor allem die Entdeckung der EEG durch den Jenerser Psychiater HANS BERGER gewürdigt wird. Der Bogen erscheint also ungeheuer weit, und um ihn zu spannen, bedurfte es nicht nur eines ungewöhnlichen Fleißes, sondern auch eines — für einen Nichtmediziner, der der Autor ist — erstaunlichen Verständnisses für

medizinische Zusammenhänge. Das Werk ist zweifellos für den Arzt ebenso lesenswert wie für den medizinischen Laien, nicht nur deshalb, weil es einen fundierten Überblick über die Entwicklung eines der aktuellsten Probleme der Menschheit bietet, sondern auch deswegen, weil es hohes kulturgeschichtliches Interesse besitzt.

ILLCHMANN-CHRIST (Kiel)

● **Ulrich Gries: Abbau der Persönlichkeit. Zum Problem der Persönlichkeitsveränderungen bei Dystrophie in sowjetischer Kriegsgefangenschaft.** Mit einer Einführung von CARL FERVERS. München u. Basel: Ernst Reinhardt 1957. 176 S. DM 7.50; geb. DM 9.50.

Verf. war von 1945—1948 in russischer Kriegsgefangenschaft. Er hat in dieser Studie Beobachtungen an sich und Mitgefangenen aus der Sicht des Psychologen systematisch, kritisch und unter Verwertung der bisherigen Literatur dargestellt. Außerdem wurden die Ergebnisse einer Befragung von 51 Heimkehrern berücksichtigt. Das in der Dystrophie-Literatur vielfach aufgezeigte Bild des chronisch hungernden Kriegsgefangenen und seiner extrem reduzierten Lebensbedingungen wird plastisch herausgearbeitet: körperlicher Schongang, Antriebs- und Interessesverlust, Verlangsamung und Erschwerung der Denkprozesse, Verschwinden sexueller Bedürfnisse, Reduktion menschlicher Beziehungen auf reine Zweckkontakte, Abnahme der Gedächtnisleistungen usw. Verf. zeigt weiter, wie sich unter diesen Lagerbedingungen alle Lebensregungen auf das Thema Nahrung konzentrieren. Es wird deutlich, daß der Abbau der Persönlichkeit durchaus selektiv erfolgt, daß sich nämlich bei aller Reduktion auf den erwähnten Teilgebieten die verfügbaren Kräfte scharf auf die eigentliche Lebenserhaltung, nämlich die Befriedigung des Hungers ausrichten. Besonders wertvoll sind genaue Schilderungen derjenigen sozialen Techniken, die sich unter Lagerbedingungen herausgebildet haben, um die Beherrschung der übermächtigen „Gier“ nach Nahrung einigermaßen befriedigend für alle zu regeln. Es werden ferner eindrucksvolle Beispiele für die Psychodynamik kurzschlußartiger Impulshandlungen bei nicht mehr kontrollierter Triebspannung gebracht. — Die Studie spricht sowohl durch ihren wertvollen Inhalt als auch eine klare, undogmatische Darstellungsweise an. Sie dürfte nicht nur für den an Heimkehrerproblemen interessierten Arzt und Psychologen, vielmehr für alle diejenigen von Bedeutung sein, die in weiterer anthropologischer Sicht Fakten über menschliche Existenz unter Extrembedingungen erfahren wollen.

BSCHOR (Berlin)

● **Der Hirnverletzte im Strafrecht.** Mit Beitr. von v. WINTERFELD, DUBITSCHER, LINDENBERG, LEONHARDT u. COSTA. 2. verb. u. erw. Aufl. (Bonner Hefte z. Hirnverletztenbetreuung. Nr. 5.) Bonn: Bund hirnverletzter Kriegs- u. Arbeitsopfer 1957. 67 S.

Verschiedene Verff. (Jurist, Regierungsdirektor und 3 Ärzte) nehmen zum Problem der Hirnverletzten unter strafrechtlichen Gesichtspunkten Stellung. Dabei fällt zunächst auf, daß die Meinungen, auch die ärztlichen untereinander, hinsichtlich der Frage, ob der Hirnverletzte häufiger als der Gesunde straffällig wird, auseinandergehen. Gemeinsam ist aber den einzelnen Stellungnahmen, daß der Hirnverletzte in erhöhter Gefahr ist, straffällig zu werden. Übereinstimmend wird auch hervorgehoben, daß zwar kein genereller Unterschied hinsichtlich der Deliktsart gegenüber dem Gesunden bestehe, daß aber bestimmte Delikte gehäuft gerade vom Hirnverletzten begangen werden. DUBITSCHER faßt seine Meinung dahingehend zusammen, daß er sagt: „Kriminell werden die Betroffenen meist erst indirekt, wenn auf die seelischen Veränderungen und die Dispositionen, die durch die Hirnverletzungen geschaffen werden, ein äußerer Reiz einwirkt, der normalerweise für eine kriminelle Betätigung noch nicht ausreichen würde.“ Hervorgehoben wird dann ferner, daß vielfach eine anlagebedingte Komponente als mitverursachend bei der Entstehung von Straftaten vorhanden sei. — Die Symptomatik der Hirnverletzten bzw. ihrer Folgen wird, soweit in den einzelnen Referaten darauf eingegangen wird, übereinstimmend dargestellt: Hirnleistungsschwäche, hirnorganische Charakterveränderungen und traumatische Epilepsie bzw. Äquivalente derselben. Auf eine eingehendere Schilderung der Symptomatik kann wohl, da bekannt, verzichtet werden. Ein relativ großer Raum wird von allen Verff. der Alkoholintoleranz Hirnverletzter und dem sog. pathologischen Rausch gewidmet. Dabei wird auch zur Frage der Anwendbarkeit des § 330a bei Annahme der Voraussetzungen des § 51, Abs. 1 Stellung genommen. Übereinstimmender Ansicht nach wird die Anwendung des § 330a nur dann für gerechtfertigt gehalten, wenn eine Straftat ausschließlich auf die Alkoholverwirkung zurückzuführen ist. — Ausführlich sind die Darlegungen zum § 51 bei straffällig gewordenen Hirnverletzten. Auch hier herrscht bei allen Autoren weitgehende Übereinstimmung in der Handhabung, naturgemäß vorhandene graduelle Abweichungen in der Auf-

fassung einkalkuliert. Der oben bereits zitierte Autor D. sagt: „Eine Hirnverletzung ist kein sozialer Freibrief. Aber dem Hirnverletzten soll sein Recht werden.“ Und an anderer Stelle führt er aus: „Ich habe keine Bedenken, auch einen Hirnverletzten mit erheblichen Störungen für voll zurechnungsfähig zu erklären, wenn er mit voller Überlegung seinem Nachbarn die Brieftasche stiehlt, um sich zu bereichern.“ Selbst der Jurist (Rechtsanwalt Dr. v. WINTERFELD), der aus der Sicht des Verteidigers spricht, warnt vor einer uferlosen Ausweitung in der Anwendung des § 51 und fordert strenge Maßstäbe. Regierungsdirektor H. L. COSTA hält die Anwendung des § 51, Abs. 1 nur bei tiefgreifenden Persönlichkeitsveränderungen für angezeigt, während der Abs. 2 öfter in Betracht komme, jedoch entsprechend dem Wortlaut des § 51 nur bei *erheblicher Verminderung* der Verantwortlichkeit. LINDENBERGS Einstellung ergibt sich aus den in seinem Ref. aufgeführten Zahlen. Von 187 Kriminellen (sie werden im Original nach Alter und Deliktsart aufgliedert) erhielten 9 den § 51, Abs. 1 (wegen meist epileptischer Verwirrheitszustände oder schwerer traumatischer Demenz) und 143 den § 51, Abs. 2 zugebilligt. — Zum § 42b wird übereinstimmend ausgeführt, daß auf Maßnahmen der Sicherung meist verzichtet werden könne. — Verschiedene Autoren nehmen auch zur Frage der Verhandlungs- und Haftfähigkeit Hirnverletzter Stellung. Wie bei allen Fragen der strafrechtlichen Behandlung Hirnverletzter könne nur eine individuelle Beurteilung zu einem allseits befriedigenden Ziele verhelfen.

GUMBEL (Kaiserslautern)

**StGB § 51 (Bewußtseinsstörung).** Eine Bewußtseinsstörung im Sinne des § 52 StGB kann bei einem in äußerster Erregung handelnden Täter auch dann gegeben sein, wenn er an keiner Krankheit leidet und sein Affektzustand auch nicht von sonstigen Ausfallerscheinungen (wie z. B. Schlaftrunkenheit, Hypnose, Fieber oder ähnlichen Mängeln) begleitet ist (im Anschluß an BGHSt. 3, 195). (BGH, Urt. v. 10. X. 1957; 4 StR 21t57, SchwurG Dortmund.) Neue jurist. Wschr., A, 1958, 266—267.

Der Angeklagte hatte mit seiner Ehefrau eine tätliche Auseinandersetzung gehabt und ihr mehrere Stiche in den Hals beigebracht. Dabei durchtrennte er ihr den Schilddrüsenschilddrüse. Die Frau verstarb alsbald an einer Lungenembolie. Der Vorgeschichte ist zu entnehmen, daß zwischen den Eheleuten jahrelange Streitigkeiten bestanden hatten, die angeblich durch Gehässigkeiten der Schwiegermutter des Mannes geschürt wurden. Nach mehrmaliger Trennung und Aussöhnung reichte schließlich die Ehefrau die Scheidungsklage ein. Wegen des zermürbenden Wechsels von Trennung, Aussöhnung und erneuten Streitigkeiten ergab sich der sonst sehr mäßige Angeklagte in zunehmendem Maße dem Trunk und trug sich mit Selbstmordgedanken. Bei einer erneuten Auseinandersetzung mit seiner Ehefrau kam es zu einem wütenden Handgemenge in der Küche der gemeinsamen Wohnung, in dessen Verlauf der Angeklagte seiner Ehefrau mit einem zufällig auf dem Küchentisch liegenden Kartoffelschälmesser die erwähnten Stiche beibrachte. An dem Abend der Tat betrug sein Blutalkoholgehalt etwa 1,36‰. — In Übereinstimmung mit 2 psychologischen Sachverständigen kam das Schwurgericht zu dem Ergebnis, daß infolge des hochgradigen Affektes möglicherweise sowohl die Einsichtsfähigkeit wie das Hemmungsvermögen des Angeklagten bei der Tat völlig ausgeschlossen waren. Die Entladung der Affektstauung sei von keinem gezielten Willen gelenkt gewesen. — Die Staatsanwaltschaft begründete ihre Revision unter Berufung auf die im Schrifttum vertretenen Ansichten (GRUHLE, HADAMIK) damit, daß der Standpunkt nicht gebilligt werden dürfe, wonach bei einem sonst gesunden, in äußerster Erregung handelnden Täter eine Bewußtseinsstörung im Sinne des § 51 StGB vorliegen könne. Ein hochgradiger, nicht auf krankhafter Grundlage beruhender Affekt verdiene nur dann Beachtung im Rahmen des § 51 StGB, wenn er mit Begleitumständen wie z. B. Schlaftrunkenheit, Hypnose, Hirnschädigung, Fieber oder Vergiftung verbunden sei. — Demgegenüber wies der BGH darauf hin, daß es schon dem Wortlaut des § 51 StGB widerspräche, wollte man den Begriff der Bewußtseinsstörung in dem von der Staatsanwaltschaft vertretenen Sinn einschränken. Aber auch der Sinn und Zweck des Gesetzes spräche dagegen, den Begriff der Bewußtseinsstörung derartig einzuzengen. Er umfasse nicht nur die Fälle des Mangels der geistigen Orientiertheit eines Menschen. Der Verlust der Selbstbestimmung könne auch im emotionalen Bereich der menschlichen Persönlichkeit wurzeln. — Der BGH übersieht dabei nicht die Gefahr, die sich aus dieser Auffassung gerade in Fällen schwerer und schwerster Kriminalität ergibt. Die Lebenserfahrung und der vorliegende Fall beweisen aber, daß einer so schwerwiegenden Tat in der Regel eine längere Entwicklung vorausgeht, die der Aufklärung zugänglich ist, so daß sich der Angeklagte im gegebenen Fall nicht leichtfertig darauf berufen könne, im Zustand höchster Erregung gehandelt zu haben.

ROMMENY (Berlin)

**Herbert Viefhues: Rehabilitation psychisch Kranker.** (Psychiatr. Landeskrankenb., Wiesloch bei Heidelberg.) Öff. Gesh.dienst 19, 265—273 (1957).

Verf. legt in einer konzentrierten, merklich aus der Fronterfahrung des Außenfürsorgearztes gewonnenen Übersicht die praktischen Probleme der sozialen Wiedereingliederung psychisch Kranker dar. Die Bedeutung dieser Frage erhellt der Hinweis, daß die Zahl der jährlich aus psychiatrisch-stationärer Behandlung Entlassenen der Einwohnerzahl einer Großstadt entspricht. Möglichst sei eine Wiedererlangung des alten Arbeitsplatzes anzustreben, da ein neues Milieu die Rehabilitation erschwere; nur besonderes Mißtrauen von Kollegen oder Arbeitgeber sollten Ausnahmen begründen. Immer ist mit vorübergehender oder auch dauernder Leistungsminderung zu rechnen, worauf leider bei der heutigen arbeitsrechtlichen Situation meist nicht Rücksicht genommen werden kann. Es fehlen Übergangsmöglichkeiten und Stellen für halbe Kräfte. Eine Vermittlung auf niedrigerem Berufsniveau ist oft unumgänglich. Das kann besonders tragisch bei akademischen Berufen sein; hier ist eine Verwendung im weiteren Rahmen der alten Berufswelt anzustreben (z. B. eines Naturwissenschaftlers als Hilfskraft im Museum, eines Fachschulingenieurs als Baustellenschreiber u. ä.). Von Interesse ist die Beobachtung des Verf., daß auf sozialen Abstieg mit Größengedanken in der Wahnwelt reagiert wurde, was die Anpassung an das niedrigere Tätigkeitsniveau nicht zu beeinträchtigen braucht. Schizophrene mit ihrer Starre und ihren Antriebsstörungen sind vielfach nur in monotonen, rhythmisierbaren und routinemäßig zu bewältigenden Arbeitsgängen verwendbar. Gemeinschaftsunfähige Paranoide geben oft noch sehr gute Alleinarbeiter ab. Der Neigung von Laien, Defektkranke und Schwachsinnige auf eine Stufe zu stellen, ist entgegenzutreten, da sich in der Regel nur letztere für unangenehme und ungünstig gelegene Arbeitsplätze eignen. Ein besonderes Problem stellen die invaliden psychisch Kranken dar, deren Restarbeitskraft nicht nur aus wirtschaftlichen, sondern auch aus therapeutischen Gründen beansprucht werden sollte. Untätiges Herumsitzen läßt aggressive Neigungen aufkommen; ein wenn auch anfangs ganz bescheidener Arbeitsplatz kann zu unerwarteter Entfaltung führen. Verf. schlägt vor, daß solche Kranke, in Gruppen zusammengefaßt, z. B. bei den großstädtischen Gartenbauämtern Tätigkeit finden und für Frauen von den caritativen Verbänden Nähstule eingerichtet werden könnten. Es soll bei den Fürsorgestellten eine Art „Börse für halbe Kräfte“ gebildet werden. Abschließend sieht Verf. die Problematik auch vom Betriebe aus, dem der Patient zugemutet wird. Die erforderliche Aufklärung des Arbeitgebers sollte geschehen, ohne kopfscheu zu machen. Das Gehänseltwerden durch Mitarbeiter, auch Neidreaktionen wegen einer gewissen Protektion durch die Betriebsleitung, könnten neue Probleme aufwerfen, die im Zusammenwirken mit einer wohlausgebauten psychiatrischen Außenfürsorge zu lösen sind. Wo sie wirksam ist, könne die Zahl der wieder erwerbstätigen männlichen Entlassenen auf über 65% erhöht werden.

HADDENBROCK (Schussenried)<sup>oo</sup>

● **Roda Wieser: Persönlichkeit und Handschrift.** München u. Basel: Ernst Reinhardt 1956. 206 S. u. 50 Schriftproben. Geb. DM 14.—

In bewußtem Gegensatz zum Wertungsprinzip von KLAGES „Biozentrik“ von Seele und Ich und im Gegensatz zu den materialistischen und existenzialistischen Maßstäben anderer Graphologen, die stets zur Überforderung und somit zum Irrealen führten, greift RODA WIESER zu einem gleitend-dynamischen Persönlichkeitsmaßstab für die Deutung von Mensch und Handschrift. Das bipolar-antithetische Welt- und Menschenbild läßt bisher für „ein selbsttätig wirkfähiges Ich“ keinen Platz, es bleibt nur ein „Entweder-Oder“, eine „Lösung“ oder eine „Bindung“ übrig. Entgegen den bekannten Wertungsprinzipien werden nicht die Lebensform, Anpassungschance, Lebensfülle, Lebensteilhabe, Leistung oder „ideale Forderung“ an das Persönlichkeitsbild des Menschen als Wertmaßstab angelegt, sondern die selbstlose Zuwendung zum Anderen, die uneigennütige Liebe. R. W. sucht für diesen Begriff ein nicht durch Sinneswandlung zweideutiges Wort, das keine Verwechslung zuläßt. Die Begriffe Eros, Amor und Liebe werden außer in philosophischen Gedankengängen in rein menschlicher Beziehung gebraucht, sie sind somit aus ihrer neutralen, ursprünglichen Stellung herausgerissen. (Aus diesem Grund fielen die Begriffe Eros und Amor der thomistischen Philosophie aus. Ref.) Der griechische Begriff „ἀγάπη“ stellt das verbindende Geistige zwischen den Menschen dar und wurde in dieser Eigenschaft allein vom Christentum übernommen. R. W. formuliert ihren allgemeinverbindlichen Persönlichkeitsmaßstab: „Was tut jeder einzelne, um im ‚strebenden Bemühen‘ die Agape als Werdeprozeß des Ich in sich zu stärken, zu fördern und zu festigen?“ Damit wird zum ersten Male in der Graphologie der gute Wille eines Menschen (hominitus bonae voluntatis) zur Basis seiner Beurteilung herangezogen. R. W. geht von einem anthroposophischen Weltbild aus und gelangt im Grunde zur Forderung der christlichen Nächstenliebe; hiermit ist ein

allgültiger, zeitlich nicht begrenzter Maßstab aufgegriffen worden. Die Richtigkeit der neuen Theorie wird in Beispielsreihen sehr ausführlich und kritisch überprüft, teils im Vergleich mit den bisherigen Möglichkeiten der charakterlichen Ausdruckskunde. Die eindeutige Auseinandersetzung und genaue Abgrenzung zum Früheren, die phantasievolle Sprache bei klarer Gedankenführung machen das Buch auch für interessierte Laien wertvoll. Schemata, Abbildungen und Begriffsabhandlungen im Anhang erleichtern das Studium des Buches. BOSCH (Heidelberg)

**W. Neugebauer: Behandlung, Prognose und Begutachtung hirngeschädigter Kinder und Jugendlicher.** [21. Tagg. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versicherungs- u. Versorggs.-Med., Köln, 6.—7. VI. 1957.] Hefte Unfallheilk. 1958, H. 56, 174—185.

**W. Döhner: Psychogene Reaktionen bei Hirnverletzungen.** Med. Sachverständige 53, 127—132 (1957).

**F. Dubitscher: Seelisches Trauma und Neurose.** Med. Sachverständige 53, 125—127 (1957).

**H. Hoff und E. Ringel: Über Prüfungsneurosen.** [Psychiatr.-Neurol. Univ.-Klin., Wien.] Wien. klin. Wschr. 1957, 485—490.

Bei 29 Studenten mit gehäuften Prüfungsversagern zeigten sich folgende 3 Haupteigenschaften: 1. angemessene Intelligenz; 2. hohes Arbeitsethos und vorbildlicher Fleiß; 3. gehäuftes Versagen bei Prüfungen. Hieraus ergab sich der Verdacht auf neurotische Verwicklungen. Die Fälle wurden psychotherapeutisch behandelt, wobei insbesondere die Einstellung zum Vater bzw. zur Autorität bearbeitet werden mußte. Es zeigte sich, daß durch diese Behandlung in der Mehrzahl der Fälle die Prüfungsschwierigkeiten überwunden werden konnten. Ein Bestehenbleiben neurotischer Fehlhaltungen im späteren Berufsleben sei meistens nicht zu erwarten. Die Erfahrungen sollen beweisen, daß eine wesentlich intensivere psychologische Betreuung der Studenten auf der Basis eines engeren Kontaktes zwischen Lehrer und Schüler künftig gefordert werden müsse.

W. KRETSCHMER jr. (Tübingen)<sup>oo</sup>

**Ernst Kretschmer: Die Begutachtung der Neurosen und psychopathischen Reaktionen in der Sozialversicherung.** [Univ.-Nervenklin., Tübingen.] Dtsch. med. Wschr. 1957, 433—435.

Bei der Begutachtung der Neurosen und psychopathischen Reaktionen in der Rentenversicherung muß ein präziser Maßstab angelegt werden. Bei charakterogenen und lebensreaktiven Schwierigkeiten kann eine Rente nur gewährt werden, wenn die Reaktion den Grad einer echten Psychose angenommen hat, etwa bei der echten Paranoia, oder wenn durch einen schwersten Affektstoß oder übermäßige Strapazierung eine vegetativ-endokrin unterbaute Gleichgewichtsstörung des Gesamtorganismus ausgelöst worden ist. Die gewöhnlichen vegetativen Dystonien kommen nicht in Frage, sondern nur substanziierte Organkrankheiten, die, nach Ansicht des Verf., selbstverständlich auch auf psychisch reaktivem Weg entstehen können. Diese echten Organkrankheiten am Herzen, Magen usw. können nicht mit Neurosen gleichgesetzt werden, sie ständen eher chronische Affektirradiierung über das Vegetativum. In den Neurosen stecke immer ein tendenziöser Faktor, wobei es gleichgültig sei, ob man ihn als bewußt oder unbewußt bezeichne. In der Begutachtung bestehe keine Möglichkeit über das „Bewußte“ solcher Tendenzen etwas auszusagen und es zu objektivieren. Noch viel weniger könne man beweisen, daß es sich um unbewußte Strebungen handle. Mit der Annahme der Unbewußtheit eines neurotischen Vorgangs sei auch nichts über seinen Krankheitswert ausgesagt. Gewährung einer Rente könne nur verstärkend und einschleifend auf die Symptomatik einer Neurose wirken, da dadurch ein Krankheitsgewinn gewährt werde. Eine Psychotherapie werde unmöglich gemacht und man schade dadurch nicht nur dem Kranken, sondern auch der Volkswirtschaft. Eine gerechte Prozepteinschätzung der Erwerbsminderung durch eine Neurose sei auch nicht möglich, da die Symptomatik situationsabhängig und unter der Wirkung innerer Tendenzen verschieblich sei. Eine theoretische Definition des Begriffes Krankheit sei nicht zweckmäßig. Die beste Definition sei in der Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 24. 9. 1926 enthalten, daß die Arten von Erwerbsunfähigkeit von der Rentengewährung auszuschließen seien, die ihren Grund lediglich in der Vorstellung krank zu sein oder in mehr oder weniger bewußten Wünschen haben. Eine Berentung sollte nur erfolgen, wo hinter einer neurotischen Fassade echte vitale Versagenszustände sichtbar würden, z. B. beginnende himatrophische Prozesse. Als Grundsatz müsse gelten: Sozialneurosen stehe ärztliche Einhilfe und Berufsberatung sowie Arbeitsvermittlung zu, prinzipiell keine Rente.

HANS JOACHIM RAUCH (Heidelberg)<sup>oo</sup>

**Kurt Kolle:** Psychosen als Schädigungsfolgen. Fortschr. Neurol. Psychiat. 26, 101—120 (1958).

**O. Roth:** Unfall und Anorexia mentalis. Z. Unfallmed. Berufskr. 50, 307—313 (1957).

Es wird über einen Fall berichtet, bei dem eine zu hysterieformen Reaktionen neigende Frau im September 1951 einen Unfall erlitt, worauf sich anschließend zwar Lähmungen entwickelten, neurologisch aber kein krankhafter Befund zu erheben war (Untersuchung 1952). 1953 beginnende Abmagerung, 1956 klinische Aufnahme wegen erheblichem Untergewicht, einige Wochen später Exitus. Bei der Sektion fand sich ein alter organisierter Prellungsherd im Schläfenlappen des Gehirns, ein ebensolcher im Bereich der Schläfenhirnwindungen und ein größerer im Markbereich. Die Ventrikel waren erweitert. Der ursächliche Zusammenhang der Anorexia mentalis wird erörtert und nach Diskussion verschiedener Auffassung die Ansicht vertreten, daß der posttraumatische Krankheitsverlauf nicht als Begehrungsneurose aufgefaßt werden könne, sondern zumindestens als Teilfolge des Traumas.

FRANZ PETERSOHN (Mainz)

**Georg Destunis:** Organische Grundlagen der Schwererziehbarkeit. I. Endokrinopathien. Med. Klin. 1957, 1867—1869.

Zunächst spricht der Verf. von der Gefahr der Neurotisierung der kommenden Generation durch die Schwierigkeiten sozialer und materieller Art. Er definiert den Begriff der Schwererziehbarkeit mit Anpassungsschwierigkeiten des Kindes an seine Umgebung, deren Ursachen entweder endogen-konstitutionell oder exogen-organisch bzw. milieu- und erziehungsbedingt sind. Verf. untersucht den ursächlichen Zusammenhang mit den Endokrinopathien und weist auf einige in Frage kommende Krankheitsbilder hin: die Dystrophia adiposogenitalis, das Akromegaloid, den Adiposogigantismus, den Kryptorchismus, die Gynäkomastie, die Hyper- und Hypothyreose und den hypophysären Zwergwuchs, sowie auf zahlreiche atypische Bilder endokriner Störungen. Bei 44 Kindern mit endokrinen Störungen ist zu beobachten, daß die Schwererziehbarkeit am häufigsten durch eine Bindungslosigkeit hervorgerufen wird, dann durch Nervosität, Hemmung, Ängstlichkeit, Schlaflosigkeit und Bettnässen. Eine besondere Beziehung zwischen der Art der Endokrinopathien und der Art der psychischen Reaktionen ist nicht festzustellen. Verf. meint, daß die Bindungslosigkeit beim Kryptorchismus und der Gynäkomastie besonders häufig sei, was wir auf Grund der vielen Fälle von Kryptorchismus, die wir gesehen haben, nicht bestätigen können. Eine gut gezielte Hormonbehandlung sowie der Zeitpunkt des Eingreifens mit ihr bleibt eine schwierige Aufgabe. Verf. weist mit Recht auf die Bedeutung der genauen Untersuchung der psychischen Verhältnisse bei endokrin gestörten Kindern hin.

BOSSERT (Essen)<sup>oo</sup>

**Georg Destunis:** Organische Grundlagen der Schwererziehbarkeit. II. Mechanische Verletzung und Anoxie des Gehirns, Encephalitis. [Kinderpsychiatr. Abt., Krankenh. im Friedrichshain, Berlin.] Med. Klin. 1957, 1905—1907.

In einem zweiten Teil geht der Verf. besonders auf die Geburtstraumen und die Anoxie des Gehirns ein und auf den dadurch bedingten Sauerstoffmangel mit schweren Erweichungen und Nekrosen führen kann, die neben anderen nervösen Erscheinungen zu Charakterveränderungen und Störungen der Persönlichkeitsstruktur führen können. Er beschreibt summarisch 24 Kranke seiner Poliklinik, wovon 22 Fälle Hirnschädigungen durch Encephalitis entweder embryonal oder postnatal bedingt, als Ursache haben. Bei diesen Kindern sind die gemeinsamen Züge Nervosität, Unruhe, Zappeligkeit, Sprunghaftigkeit, Unkonzentriertheit und Zerstreutsein, wobei differentialdiagnostisch bei Hirnverletzten Ängstlichkeit, bei encephalitischen Kindern die Aggressivität, durch fehlende Wirksamkeit der corticalen Steuerung in Frage kommen können. Bei der Therapie dieser Encephalopathien empfiehlt Verf. auf Grund seiner Erfahrungen eine Zwischenhirnimplantation, wovon er eine Beruhigung des Kindes hinsichtlich Antrieb und Motorik erwartet, ebenso eine Besserung des Spasmus der Muskulatur und der Koordination der Motorik und der Sprachfähigkeit. Falls eine Zwischenhirnimplantation aus technischen Gründen nicht möglich ist, wird eine Sicca-Zellenbehandlung nach NIEHANS empfohlen. (Alle 6 Wochen eine Hypothalamus- und eine Thalamusinjektion, wobei bemerkt wird, daß diese Injektion im Vorschulalter und in der Vorpubertät am besten wirken sollen.) Daneben darf eine heilpädagogische oder gruppentherapeutische Behandlung nicht fehlen und ebenso eine Beruhigungsbehandlung mit Sedativis. Die allgemeine schulärztliche Untersuchung reicht nach Auffassung des Autors nicht aus, und es ist unbedingt eine eingehende kinderpsychiatrische Untersuchung bei den Kindern mit oben genannten Symptomen notwendig.

BOSSERT (Essen)<sup>oo</sup>

**Wolfgang Straube:** Zur Psychopathologie jugendlicher weiblicher Fortläufer. [Jugendpsychiatr. Abt., Hamburg-Ochsenzoll.] Praxis Kinderpsychol. 6, 167—170 (1957).

Bericht über 3 Mädchen, deren dranghaftes Fortlaufen übereinstimmende Symptomatik zeigte: In der Präpubertät kurzdauernde unmotivierete dysphorische Zustände, die andeutungsweise cyclischen Charakter hatten; Fortlaufen in enger zeitlicher Koinkidenz mit den ersten Menses; Fehlen irgendwelcher Hinweise für Psychopathie, organische Störungen, Epilepsie oder Milieuschädigungen. Während autochthone Verstimmungen als auslösende Ursache des Fortlaufens bisher nur bei männlichen Jugendlichen bekannt sind, scheint derselbe psychische Vorgang bei diesen geschilderten Mädchen noch zusätzlicher „akzentuierender Faktoren“ zu bedürfen, um das dranghafte Fortlaufen manifest werden zu lassen: Die vegetative Labilität mit den während der Menses auftretenden, dem Individuum bisher unbekanntem Körpersensationen. So entsteht ein „unwiderstehlicher Impuls zur motorischen Entladung“, der sich in der plan- und richtungslosen dranghaften Wanderung ausdrückt. Die Prognose ist günstig, die Behandlung hat in erster Linie das Sicherheitsgefühl gegenüber dem eigenen amorphen Drang- und Spannungsgefühl zu vermitteln durch intensiven Kontakt mit dem Therapeuten, an den sich die Patienten jederzeit wenden können; im erwarteten Zeitraum der psychischen Labilität werden zur Vermeidung der Symptomauslösung sedierende Maßnahmen empfohlen. H. GÖTT<sup>oo</sup>

**H. Orthner:** Zur Psychopathologie endokriner Krankheiten. Wien. med. Wschr. 1958, 163—170.

Übersicht.

**H. Heyck und R. Hess:** Weitere Beiträge zur Klinik der Narkolepsie. [Neurochir. Univ.-Klin., Kantonspit., Zürich.] Psychiatr. et neur. (Basel) 134, 66—76 (1957).

Im Anschluß an die frühere Publikation ihrer Erfahrungen bei 30 Narkolepsiefällen (Fortschr. Neurol. Psychiatr. 23, 531 (1954)) berichten die Autoren über 14 weitere Fälle, die sie in der Zwischenzeit beobachtet haben. Der bisherigen Auffassung, daß ganz überwiegend Männer von der Narkolepsie betroffen werden, steht die Zusammensetzung ihres Krankengutes gegenüber (21 Frauen, 23 Männer). Bei 2 Kranken war die Narkolepsie hereditär. Zwei Patienten hatten im EEG nach photischer Stimulation hypersynchrone Ausbrüche ohne zeitlichen Zusammenhang mit narkoleptischen Attacken. Da beide Patienten auch unter Dämmerzuständen litten, werden mögliche, aber nicht zu verallgemeinernde Beziehungen zur Epilepsie erörtert, die in diesen Fällen als zufällig angesprochen werden müßten. Zur Therapie seien Weckmittel die Verordnung der Wahl. POECK (z. Z. Pisa)<sup>oo</sup>

**Hans J. Priester:** Ein technischer Hinweis zur Darstellung des Testprofils zum Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene. [Psychol. Inst., Univ., Hamburg.] Z. diagn. Psychol. u. Persönlichkeitsforsch. 5, 101—106 (1957).

Das Ergebnis des Hamburg-Wechsler-Intelligenztests für Erwachsene (HAWIE) kann graphisch in einem Profil durch 5 Kurven dargestellt werden. In ein Gitternetz sind einzutragen: 1. Kurve für die Wertpunkt(WP)-Ergebnisse der Versuchsperson (Vp.), 2. Kurve für die WP-Mittelwerte der Altersgruppe der Vp., 3. und 4. je eine Kurve für die obere und untere Standardabweichung der Altersgruppe der Vp., 5. Linien für die erwarteten Mittelwerte der Vp. im Verbal- bzw. im Handlungsteil. — Mittel- und Streuungswerte können WECHSLERS Buch „Die Messung der Intelligenz Erwachsener“ entnommen werden. Allerdings sind diese Werte für einen der 11 Untertests bisher noch nicht errechnet worden. Diese graphische Darstellung läßt zur klinischen Interpretation der gefundenen Testergebnisse sofort einen Vergleich mit Durchschnittswerten der entsprechenden Altersgruppe und eventuell mit bekannten klinischen Testmustern zu. Außergewöhnlich große Streuung ist besonders leicht erkennbar. HELMUTH SCHILLING<sup>oo</sup>

**J. Snijders:** Sprachfreie Tests für Taubstumme. Neue Bl. Taubstummenbildg. 12, 18—28 (1958).

**Gerhard Grundmann:** Knochenbrüche und Verrenkungen im Krampfanfall. [Chir. Univ.-Klin., Tübingen.] Erg. Chir. 41, 145—202 (1958).