

sind schon wegen der subjektiven Beurteilung größer. Bei der Messung sehr geringer Konzentrationen ist jedoch die Anwendung eines Skalenröhrchens nicht immer möglich. Dieses Skalenröhrchen, wie z. B. das Atemalkoholröhrchen, haben eine relative Standardabweichung von weniger als 10%. Auf die Probleme der Eichung und Lagerung — die Röhrchen sollen etwa 2 Jahre ohne Vergrößerung des Fehlers gelagert werden können — wird eingegangen. Die Spezifität der Röhrchen ist teilweise nur für Stoffgruppen gegeben. Durch Vorschalten von Adsorptionsröhrchen oder Nachschalten spezifischer Prüfröhrchen läßt sich die Spezifität erhöhen. So kann nach Passieren eines Alkoholröhrchens der aus Methanol entstandene Formaldehyd in einem Formaldehydröhrchen spezifisch nachgewiesen werden. Bei den speziellen Anwendungen wird ein interessantes Verfahren zur CO-Bestimmung in der Atemluft geschildert. Dies beruht darauf, daß die in dem Beutel ausgeatmete Luft mehrfach zurückgeatmet wird. Man erhält dabei Werte, die sicher im Gleichgewicht mit der CO-Konzentration im Blut stehen. Auch auf das Verfahren von SACHS zur Bestimmung des CO-Gehaltes in Blut wird eingegangen. Aus Messungen des CO<sub>2</sub>-Gehaltes in der Ausatemluft wurde ermittelt, daß in den Atembeutel etwa 70% Alveolarluft geblasen werden. Wegen der zur Verfügung stehenden Prüfröhrchen muß auf das Original bzw. die Listen des Drägerwerkes verwiesen werden. G. HAUCK

### Psychiatrie und gerichtliche Psychologie

**Friedrich Stumpfl: Motiv und Schuld. Eine psychiatrische Studie über den Handlungsaufbau bei kriminellen Verhalten.** Mit einem Vorwort von R. LANGE. (Psychiatrie u. Recht. Hrsg. von W. v. BAEYER, R. LANGE, H. LEFERENZ, F. STUMPF. H. 1.) Wien: Franz Deuticke 1961. VII, 75 S. DM 11.50.

Die heute bei den Richtern verbreitete Unsicherheit über die anthropologischen Grundlagen der Schuldfähigkeit führt oft dazu, daß im Strafprozeß die Kompetenzen falsch verteilt sind und der medizinische Sachverständige mit Verantwortung überbürdet wird. Dies hat unter anderen nach dem Vorwort von Prof. R. LANGE den Anlaß zur Herausgabe der Schriftenreihe „Psychiatrie und Recht“ gegeben, deren erstes Heft vorliegt. Die Arbeit STUMPFs befaßt sich mit Modifikationen und Störungsgraden des Willens als Maßstab der Schuldfähigkeit. Verf. knüpft hierbei an die Willenspsychologie von P. RICOEUR und W. KELLER an. Bei der Entstehung der kriminellen Handlung wird aus dieser neueren Sicht dem Trieb als solchem keine so überragende Bedeutung wie früher beigemessen. Vielmehr münde der kriminelle Antrieb erst nach einer willentlichen Zustimmung der Ichinstanzen in die vollendete Tat. Verf. legt, auch unter Berücksichtigung der Verhältnisse bei phasischen Psychosen, Defektschizophrenien und psychopathischen Persönlichkeiten dar, daß sich im Einzelfall begründete Aussagen über Freiheitsgrade bzw. Gestörtheiten der Willensbildung beim Vollzug krimineller Handlungen erarbeiten lassen. Besonders wichtig ist dabei die Entstehungsgeschichte der Tat, die sich über einen längeren Zeitraum erstrecken kann, aber manchmal auch nur Sekunden dauert. An den Einzelheiten der „Vorsetzung“ der Tat läßt sich nach Auffassung des Verf. die Anteilnahme der Ichinstanzen am besten abschätzen. Mit Nachdruck wird betont, daß die Aufgabe des Sachverständigen nicht in einer Wertung der Handlungen des Täters bestehen kann. Der Gutachter hat vielmehr dem Richter mittels psychiatrisch-klinischer, psychopathologischer und verhaltensanalytischer Untersuchungsmethoden Aufschluß darüber zu verschaffen, ob der Motivationsprozeß und der Entschluß zur kriminellen Handlung in formaler und verhaltensanalytischer Sicht intakt waren oder ob hier Störungen nachweisbar sind. Im letzteren Fall sind Art und Umfang der Gestörtheit des Motivationsprozesses näher darzulegen. — In dieser Studie werden zwar auch bisher übliche Kriterien der Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit herangezogen, doch gewinnen die geläufigen Gesichtspunkte durch die Einbeziehung neuer anthropologischer Aspekte an Klarheit. Es ist bemerkenswert, daß Verf. die Möglichkeit bejaht, Störungen der „Mikrostruktur des Willens“ auch im forensischen Einzelfall objektivieren zu können. Es sei ein Vorurteil zu glauben, „eine wissenschaftliche Motivanalyse habe mit Metaphysik mehr zu tun als physiologische Chemie oder Kernphysik“. — Wenn die Studie auch in erster Linie die Klärung prinzipieller Fragen zum Thema Motiv und Schuld anstrebt und nur wenige Beispiele aus der Gutachten-Praxis bringt, so bietet diese Schrift doch dem medizinischen Sachverständigen ebenso wie dem strafrechtlich tätigen Juristen für die Praxis wichtige Einsichten und Anregungen. BSCHOR (Berlin)

**José Sánchez-García: El psicólogo incompetente como desorientador de la justicia.** Rev. Med. leg. Colomb. 15, Nr. 85—86, 183—198 (1960).

**W. von Baeyer: Erschöpfung und Erschöpftsein.** [Psychiat. u. Neurol. Klin., Univ., Heidelberg.] *Nervenarzt* 32, 193—199 (1961).

Wieder greift der Verf. in einer feinsinnigen Studie ein fast banal anmutendes Thema auf, um es vom Standpunkt der phänomenologischen Anthropologie zu durchleuchten. Wieder erweist sich die Fruchtbarkeit dieser Betrachtungsweise, nachdem sich „mit Morphologie, Pathophysiologie und klinischer Symptombeachtung über Wesen und Entstehung menschlicher Erschöpfung nichts Entscheidendes“ aussagen läßt. Im psychophysischen Bereich des Menschlichen ist ja keine meßbare Seelen- und Nervenkraft, die sich erschöpfen und wieder aufladen ließe. Fünf Wesensmerkmale eines ganzheitlichen, leibseelischen Erschöpftseins werden typologisch herausgehoben: 1. Ohnmacht im Sinne leibseelischer Kraftlosigkeit unter dem Eindruck eines allseitigen „zu-viels“, 2. schlaffe Spannungslosigkeit, Atonie des Leibes wie des seelischen Binnenfeldes, der wichtigsten Erholungsquelle des Schlafes beraubt, fast immer durchzittert von quälender innerer Unruhe und Unrast, 3. negative Gestimmtheit — weniger traurig als lustlos, moros und resigniert, 4. Lähmung des Aus-sich-herausgehens zur Welt und Mitwelt — zurückgeworfen auf sich selbst, gebannt in eine spannungslose, mißbefindliche Leiblichkeit, 5. Fehlen einer letzten Zukunftserwartung und damit auch des wohligen Charakters, wie er dem Müdesein eigen sein kann. — Dieses Erschöpftsein darf nicht als zufällige Versammlung von Symptomen, sondern muß als anthropologische Einheit gesehen werden, die aus einem Unterliegen unter der Daseinslast entspringt. Erschöpftsein ist so viel wie unwillkürlich-willentliche Kapitulation vor dem „zu viel“, ein Versagen und in eins damit ein Sich-Versagen angesichts der zu schweren Daseinsforderung. Damit ist noch nichts ausgemacht über die jeweiligen Ursachen und Motive einer derartigen Kapitulation. „Zu viel ist zugleich auch immer das, was ich mir nicht mehr zumute und zutraue, was mir nicht der Mühe wert ist, was für mich kein sinnvolles Strebenziel darstellt, was mich langweilt, wofür ich bei keinem Menschen Beachtung und Anerkennung finde“. Erschöpftsein kann weiter nichts als das versteckte Eingeständnis der subjektiven Sinnlosigkeit des Daseins sein. Nicht-können und Nicht-wollen erscheinen im Erschöpftsein begrifflicherweise vielfach durchmischt. Es gibt freilich auch das Nicht-Wollen-Können. Den echten Notstand des Nichtwollens-könnens, die wahre Ohnmacht und Spannungslosigkeit des Erschöpftseins, vom trügerischen Notstand des Nichtkönnenswollens einigermaßen sicher zu unterscheiden, ist nur mit Hilfe der biographischen Methode und bei einer möglichst intimen Kenntnis der persönlichen Entwurfsstruktur möglich.

WALTER SCHULTZE (Tübingen)<sup>o</sup>

**Jacques Ley: Personnalité et personne.** (Persönlichkeit und Person.) *Rev. droit pénal Crimin.* 7, 651—670 (1961).

**Gerardo Paz Otero: La higiene mental en Rusia.** *Rev. Med. leg. Colomb.* 15, Nr 85/86, 137—140 (1960).

**Louis H. Gold: A psychiatric review of capital punishment.** [13. Ann. Meet., Amer. Acad. of Forens. Path., Chicago, 23. II. 1961.] *J. forensic Sci.* 6, 465—477 (1961).

**Cyril B. Courville: Forensic neuropathology. I. Introduction, technical matters.** [Office of Coroner-Med. Exam., County of Los Angeles, Cayal Laborat. of Neuropath., Los Angeles County Hosp., Los Angeles, Calif.] *J. forensic Sci.* 6, 445—458 (1961).

**H. Hoff: Die Persönlichkeit des Rentners.** *Wien. med. Wschr.* 111, 495—498 (1961).

Das Selbstwertgefühl des modernen Menschen stützt sich wesentlich auf berufliche Leistung und Arbeitseinkommen. Der Übergang zum Rentnerdasein ist deshalb stets problematisch, auch beim Altersrentner. Bei der Berentung wegen Invalidität ist zu trennen zwischen dem auch von der intakten Persönlichkeit angestrebten materiellen Ausgleich des erlittenen Gesundheitsschadens, der sehr seltenen Simulation und der Rentenneurose. Eine Rentenneurose kommt nur bei den entsprechend disponierten Persönlichkeiten in Gang, insbesondere bei jenen, denen die innere Verselbständigung und die Ablösung von Autoritätspersonen nicht geglückt war. Krankheit oder Unfall aktualisieren dann infantile Abhängigkeitsbedürfnisse, die auch in der Rekonvaleszenz nicht, wie gewöhnlich, überwunden werden. Es resultiert eine Persönlichkeitsregression mit ambivalenter Einstellung gegenüber dem Staat. Rentenneurosen lassen sich manchmal verhindern, wenn die rechtliche Klärung rasch erfolgt. Außerdem kommt es sehr auf die psychohygienische Führung während der akuten Erkrankungsphase an. Zum Schluß werden noch die Möglichkeiten einer Eingliederung von Rentenrentnern durch Wiederherstellungstationen mit Gruppenpsychotherapie, gezieltem Arbeitseinsatz und Arbeitstherapie

und nachgehender Fürsorge erörtert. Das Problem der Rentenneurose bleibe aktuell, da das geistige und soziale Gefüge unserer Zeit Neurotisierungen begünstige. BSCHOR (Berlin)

**Werner Schwidder: Charakterstörungen und neurotische Symptome im Jugendalter. Beitrag zur Diagnostik und psychoanalytischen Behandlung jugendlicher Patienten.** [Niedersächs. Landeskrankenh. Tiefenbrunn, Göttingen.] *Prax. Kinderpsychol.* **10**, 202—207 (1961).

**Jacques Berna: Zur Technik der Gesprächsführung mit Jugendlichen.** (*Prax. Psychother.* **6**, 145—150 (1961).

Im Gespräch mit den Jugendlichen soll der Psychoanalytiker auf systematische Fragen zur Erhebung einer lückenlosen Anamnese verzichten. Man sollte es auch vermeiden, den Patienten Mut zuzusprechen, ihnen gütig-väterlich zu begegnen oder Beispiele aus dem Leben anderer zu geben. Die Haltung des Arztes soll einer — nach FREUD genannten — „schwebenden Aufmerksamkeit“ entsprechen. — An Hand einiger Fälle wird gezeigt, daß man bei Jugendlichen durch Fragen oft Widerstände provoziert, während abwartendes Verhalten sie oft einer Therapie zugänglich macht. Bei diesem Vorgehen ist es wichtig, viel Zeit zu haben, die beim Allgemeinpraktiker oft nicht vorhanden ist. Jedoch haben bisherige Versuche — psychotherapeutische Behandlungen abzukürzen — stets enttäuscht. KLOSE (Heidelberg)

**A. Naftali: Analphabet oder Simulant?** *Kriminalistik* **16**, 29—33 (1962).

**Giovanni De Toni: Importanza medico-sociale del problema della tardività mentale.** [*Clin. Pediat.*, „G. Gaslini“, Univ., Genova.] *Difesa soc.* **40**, 62—71 (1961).

**Ludo van Bogaert: Sur une idiotie amaurotique tardive à évolution très prolongée, sans troubles visuels et se présentant, dans deux fratries, comme une hérédotaxie de type spastique avec oligophrenie.** (La famille Da. de Maere et Muyle.) [*Serv. de Neurol.*, Inst. Bunge, Berchem-Anvers.] *J. Génét. hum* **10**, 1—19 (1961).

**B. Cooper: Social class and prognosis in schizophrenia. I.** (Gesellschaftsklasse und Prognose bei der Schizophrenie, I. Teil.) [Glenside and Barrow Hosp., Bristol.] *Brit. J. prev. Med.* **15**, 17—30 (1961).

Die bisher hauptsächlich aus dem amerikanischen Schrifttum bekannten Untersuchungsergebnisse zum Thema gestatten keine bindenden Schlußfolgerungen und sind teilweise widersprüchlich. — Der I. Teil der hier vorliegenden Arbeit basiert auf der Analyse eines Krankengutes von 219 männlichen Schizophrenen, die innerhalb der Jahre 1949—1953 erstmals wegen eines Krankheitsschubes in der obengenannten Heilanstalt stationär aufgenommen worden waren. Die Zuordnung dieser Kranken zu bestimmten Gesellschaftsschichten erfolgte nach einer in England existierenden amtlichen Aufstellung über die „Klassifizierung der Beschäftigten“ aus dem Jahre 1951 mit der Einteilung in fünf Gesellschaftsklassen entsprechend den Einkommensverhältnissen sowie der Stellung und dem Ansehen, das deren Vertreter in der menschlichen Gesellschaft genießen. — Alle Teilergebnisse jeder einzelnen Fragestellung wurden in 14 Übersichtstabellen zahlenmäßig zusammengestellt und sind somit für den speziell interessierten Leser leicht zugänglich. — Aus den Krankenblattanalysen und meist auch persönlichen Nachuntersuchungen der Patienten durch den Verf. ergab sich folgendes: Der prozentuale Anteil der sozial tiefer stehenden Gesellschaftsklassen an der Ausbildung chronischer Krankheitsfälle mit langfristiger stationärer Aufenthaltsdauer von über 2 Jahren war bedeutend größer als bei den höheren Schichten. Dementsprechend nahm auch die durchschnittliche stationäre Krankheitsdauer innerhalb der Klassen I—V zuungunsten der niedrigeren Gesellschaftsklassen zu. — Bei Anwendung gleichartiger Behandlungsmethoden — unabhängig von der gesellschaftlichen Klassifizierung der Kranken — konnte auch bei Durchführung großer Insulinkuren sowie von EKT aus der jeweiligen Entlassungsquote und dem Remissionsgrad zur Zeit der Entlassung auf eine schlechtere therapeutische Ansprechbarkeit der Patienten aus niedrigeren Gesellschaftsschichten im Gegensatz zu jenen mit höherem sozialem Niveau geschlossen werden. Familienstand und Alter der Kranken beim Entlassungszeitpunkt vermochten diese Unterschiede nicht zu erklären. — Während die Art der Nachbetreuung des anstaltsentlassenen Schizophrenen von dessen Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gesellschaftsklasse unabhängig war, bestand eine Abhängigkeit vom sozialen Niveau durchaus sowohl für den Modus der stationären Einweisung als auch den der Unterbringung und nicht zuletzt für die Kooperationsbereitschaft des Patienten in seinem Behandlungsplan: Angehörige der niedrigeren Gesellschaftsklassen III—V kamen öfter durch

die Organe des öffentlichen Gesundheitsdienstes zur Aufnahme, blieben in geringerer Anzahl freiwillig in der Heilanstalt und verließen diese häufiger gegen ärztlichen Rat als die Patienten der Klassen I—II. — Auf die ungünstige prognostische Auswirkung sozialer Isolierung im Gegensatz zu dem oftmals positiven Einfluß familiärer Geborgenheit für den anstaltsentlassenen schizophrenen Kranken wird auch in dieser Arbeit hingewiesen. Von dieser „sozialen Isolierung“ wurden ebenfalls wieder die Patienten aus den sozial tieferstehenden Gesellschaftsschichten besonders häufig betroffen.

CHR. MOTHEES (Berlin-Nikolassee)<sup>oo</sup>

**B. Cooper: Social class and prognosis in schizophrenia. II.** (Gesellschaftsklasse und Prognose bei der Schizophrenie, II. Teil.) [Glenside and Barrow Hosp., Bristol.] Brit. J. prev. Med. 15, 31—41 (1961).

Im 2. Teil der vorstehend referierten Arbeit werden durch eine Längsschnittbeobachtung von mindestens 2—5 Jahren an 192 männlichen schizophrenen Patienten der Nervenheilanstalt Bristol, die nach erstmaligem stationärem Aufenthalt von dort in den Jahren 1953—1957 entlassen worden waren, die Aussagen über Beziehungen zwischen den katamnestischen Daten und der gesellschaftlichen Klassifizierung der Kranken erweitert und ergänzt. Alle übrigen Untersuchungsbedingungen gleichen dabei jenen des Vorreferates, und auch die zahlenmäßigen Teilergebnisse der einzelnen Fragestellungen sind wieder jeweils tabellarisch zusammengefaßt. — An zusätzlichen wichtigen neuen Ergebnissen im Vergleich zum 1. Teil der Arbeit sind folgende Beobachtungen zu nennen: Eine eindeutige Beziehung ließ sich nachweisen zwischen der Zugehörigkeit des Patienten zu einer der 5 Gesellschaftsklassen und dem mehr oder weniger guten Erfolg bzw. dem völligen Scheitern seiner Rehabilitation im 1. Jahr nach Anstaltsentlassung. Wieder waren dabei die niedrigeren Gesellschaftsschichten erheblich benachteiligt. Dasselbe gilt für die Erzielung einer Rückkehr in die früher ausgeübte Beschäftigung. — Während sich die Zugehörigkeit zu einer höheren oder niedrigeren Gesellschaftsklasse auf die Wahrscheinlichkeit der Wiederaufnahme in die Anstalt kaum auswirkte, hatte sie — erneut zuungunsten der sozial und wirtschaftlich tieferstehenden Klassen — einen beträchtlichen Einfluß auf die Gesamtdauer der von den Kranken in der Anstalt verbrachten Zeit. Auch aus dem Grad der sozialen Anpassung und Wiedereinordnung des Kranken zur Zeit der Nachuntersuchung in die Gesellschaft, der vor allem an der finanziellen Situation des Patienten, seinem Eindruck auf die Angehörigen und an seinem inneren und äußeren Allgemeinzustand gemessen wurde, war eine ausgeprägte Abhängigkeit von der gesellschaftlichen Klassifizierung erkennbar; diese fiel wiederum zugunsten der höheren Gesellschaftsschichten aus. Außerdem wird nochmals das Problem der stärkeren sozialen Isolierung mit seinem ungünstigen Einfluß auf den weiteren Ablauf des schizophrenen Krankheitsprozesses aufgeworfen und dabei erneut die Benachteiligung der niedrigeren Gesellschaftsklassen auch in dieser Hinsicht hervorgehoben. Die möglichen Ursachen für diese einseitige Benachteiligung werden vom Autor sowohl in familiären Faktoren der wirtschaftlich und sozial tieferstehenden Klassen gesucht, als auch in einer gewissen Schutzlosigkeit des Angehörigen dieser Gesellschaftsschichten gegenüber der Krankheit Schizophrenie durch Unwissenheit, Armut, Wurzellosigkeit, mangelnden Stolz auf einen erlernten Beruf und die damit verknüpfte geringe Wertschätzung ihrer beruflichen Stellung. Weiter wird auf das mangelnde Verständnis hingewiesen, das in den niedrigeren Gesellschaftsklassen häufig gegenüber Geisteskrankheiten und dem Erfordernis ihrer möglichst früh einsetzenden fachkundigen Behandlung besteht. Als konstruktive Schlußfolgerung aus den Ergebnissen seiner Untersuchungen setzt sich Verf. vor allem für einen weiteren Ausbau der Arbeitstherapie in den Heilanstalten ein. Er plädiert dabei insbesondere für die Schaffung von Einsatzmöglichkeiten für schizophrene Patienten nicht nur in ungelernter Beschäftigung, sondern für ein möglichst frühes Streben nach echter Resozialisierung in angelernter Tätigkeit und wirklichen Berufen, sowie die Ausdehnung dieses Programms auch auf den allgemeinen Arbeitsmarkt für die anstaltsentlassenen Kranken.

CHR. MOTHEES (Berlin-Nikolassee)<sup>oo</sup>

**Carlos A. León: Modalidades depresivas en las reacciones psiconeuroticas y psicoticas.** [Simposio Internac. sobre Estad. Depressiv., Buenos Aires, 23. III. 1960.] Rev. Med. leg. Colomb. 15, Nr 85/86, 203—215 (1960).

**Martin Aggernaes: A study of kleptomania with illustrative cases.** (Ein Beitrag zur Kleptomanie mit Kasuistik.) [Dept. A., Psychiat. Clin., Ministry of Justice, Copenhagen.] Acta psychiat. scand. 36, 1—46 (1961).

Verf. stellt eine auffällige Bereitschaft zu geistig-seelischen Erkrankungen, psychopathischen Besonderheiten und zur Trunksucht fest. Bei diesem Hintergrund sei es erstaunlich, wie gut

die meisten Patienten sozial integriert waren trotz Umweltschwierigkeiten in der Kindheit. Diese Auffälligkeit wird einer sthenischen Komponente zugeschrieben, die Schwierigkeiten leichter bewältigen läßt. Das Existenzniveau mit selbst gegebenen Normen und großen Ansprüchen macht diese Menschen jedoch bemerkenswert anfällig für somatopsychische Erkrankungen. Die Feststellung oder Annahme manifester oder latenter Homosexualität als Ausdruck für Konfliktspannungen in den Vater-Sohn- und Mutter-Tochterbeziehungen war bezeichnend. Praktisch alle Diebstähle waren unter sexuellen Spannungen oder Aggressionstendenzen ausgelöst. Dieser motivische Faktor war den Betroffenen nicht bewußt. Die Motive sind vielfältig. Meist haben die Diebstähle nur symbolische Bedeutung. Verf. stimmt jenen zu, die die Kleptomanie als ein Syndrom auffassen. Er hat nach Narkoanalyse usw. keine Rückfälle beobachten können.

GERCHOW (Kiel)

**Johannes Hirschmann: Die Indikation zur Psychotherapie bei Rechtsbrechern aus der Sicht des Psychiaters.** Neue jur. Wschr. A 14, 245—249 (1961).

Psychotherapie ist bei Rechtsbrechern nicht angezeigt, wenn es an ausformbarer Persönlichkeitssubstanz mangelt. Die ursprüngliche Anlage muß leistungsfähig sein. Kommt es auf diesem Hintergrund unter besonderen Umständen zu Fehlhaltungen und Fehlhandlungen, dann ist Psychotherapie geboten. Die Indikation kann sich nicht nach verständlich ableitbaren Zusammenhängen, aus denen die Tat erklärbar wird, richten; sie muß sich an der Persönlichkeit orientieren.

GERCHOW (Kiel)

**S. Haddenbrock: Die Unbestimmtheitsrelation von Freiheit und Unfreiheit als methodologischer Grenzbegriff der forensischen Psychiatrie. Vorschläge zur theoretischen und praktischen Bewältigung von § 51 StBG, insbesondere des forensischen Psychopathie- und Neuroseproblems.** [Baden-Württemberg. Psychiater, Winnental, 14. VII. 1960.] Nervenarzt 32, 145—152 (1961).

Das forensische Psychopathie- und Neuroseproblem ist nach wie vor weder theoretisch noch praktisch bewältigt. Die Vorschaltung wissenschaftlicher Gutachten vor den Richterspruch führt einerseits zu einer unangemessenen deterministischen Betrachtung mit der schiefen Parole „Heilen statt Strafen“ und andererseits zu einer ebenso verfehlten indeterministischen mit der Folgerung „Strafen statt Heilen“. Zunehmende Rechtsunsicherheit und die vor der Tür stehende Strafrechtsreform fordern eine methodologische Besinnung: Unsere Rechtsordnung hat ein Schuldvergeltungsstrafrecht, welches Schuldfähigkeit bei jedem psychisch normalen Erwachsenen voraussetzt und nur wo Zweifel an der Normalität des Täters auftauchen, muß die Schuldfähigkeit besonders geprüft werden. Bei dieser Prüfung kann der Sachverständige dem Richter durch ein Gutachten über den Geisteszustand eines Täters helfen, jedoch bleibt der Schluß von diesem Geisteszustand auf die Zurechnungsfähigkeit eine dem Richter vorbehaltene Wertung, die außerhalb jeglichen empirisch-wissenschaftlichen Urteils liegt. Der Sachverständige kann nur Determinationsstrukturen aufzeigen, während der Richter über den „Freiheitsgrad“ zu befinden hat. Entgegen dieser von den „Agnostikern“ (K. SCHNEIDER mit HADDENBROCK u. a.) vertretenen Auffassung sind die „Gnostiker“ (v. BAEYER u. a.) der Meinung, auch den Freiheitsgrad abnormer Täter wissenschaftlich bestimmen zu können. Verf. betont aber, daß auch v. BAEYER aus der dynamischen Wechselbeziehung zwischen dem „volontaire und involontaire“ (RICOEUR) lediglich eine willenspsychologische Differenzierung der Determinationsstruktur herzuleiten, nicht aber den faktischen Freiheitsgrad eines Täters zu bestimmen vermag. Es ist eben methodologisch unzulässig, den wissenschaftlich-empirischen Aspekt menschlicher Unfreiheit gegen den existentiellen Aspekt menschlicher Freiheit auszuspielen (Fehler der Deterministen) und ebenso wenig kann die menschliche Freiheit mit den unangemessenen Kategorien des empirisch-wissenschaftlichen Denkens erfaßt werden (Fehler der Gnostiker). Diese Einsicht führt zu dem praktischen Vorschlag, daß sich der psychologisch-psychiatrische Sachverständige auf eine rekonstruierende Analyse des Geisteszustandes des Täters zur Zeit der Tat beschränkt, allenfalls zusätzlich nur im Sinne einer Ermessensäußerung seine Meinung zur Zurechnungsfähigkeit kundtut, keinesfalls aber Gutachten über den Freiheitsgrad der Tatzeitpersönlichkeit abgibt. Neben der engeren gutachtlichen Aufgabe kann sich der Sachverständige auch zur Kriminalprognose und den Behandlungsmöglichkeiten eines Täters äußern. Verf. entwickelt ein eigenes schematisches Leitbild zur Struktur- und Dynamik der humanen Gesamtsituation, das entsprechend seinem Vorschlag der Analyse des Geisteszustandes eines Täters als Vorlage dienen kann.

WITTER (Homburg a. d. Saar)