

die Existenzangst ist ubiquitär und vorherrschend. Für die Bewertung der psycho-pathologischen Beeinträchtigungen ist die Begutachtung, gewissermaßen ein Querschnittsbild, wenig geeignet. Geeigneter erwies sich ein psychotherapeutisches Vorgehen, jedoch begegneten diesem, objektiv sicher unbegründet, nicht nur persönliche Aversionen, sondern auch zumindest bei älteren Menschen empfindbare Sorgen um den Entzug einer mühsam erreichten Rente. Diesen Verfolgten im vorgerückten Alter war tatsächlich nach allen Enttäuschungen das wenige Geld auf der Hand lieber, als die Möglichkeit, von den Krankheitssymptomen freizukommen. Dieses therapeutische Vorgehen hätte aber sicher vielen Entlastung gebracht und Brücken zur Erreichung einer menschlichen und sozialen Reintegration schlagen helfen. G. MÖLLHOFF

## Psychiatrie und gerichtliche Psychologie

● **F. Labhardt: Die schizophrenieähnlichen Emotionspsychosen. Ein Beitrag zur Abgrenzung schizophrenieartiger Zustandsbilder.** (Monogr. a. d. Gesamtgeb. d. Neurologie u. Psychiatrie. Hrsg. von M. MÜLLER, H. SPATZ u. P. VOGEL. H. 102.) Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1963. VI, 103 S. u. 21 Tab. DM 28.—.

Das von STAEHELIN erstmalig aufgestellte Krankheitsbild der „Emotionspsychose“, „eine durch Gemüterschütterung bedingte psychotische Reaktion von akut schizophrenem Gepräge, von raschem Verlauf und auffallend guter therapeutischer Beeinflussbarkeit“, wird anhand von 61 Beobachtungen „schizophrenieähnlicher Emotionspsychosen“ aus den Jahren 1938—1958 (Baseler Psychiatrische Universitätsklinik) näher erläutert. 50% der Kranken waren erblich völlig unbelastet, nur ein geringer Prozentsatz zeigte eine Belastung mit Schizophrenie, 51% gehörten zu den asthenisch-leptosomen Konstitutionstypen, in 46% trat die Erkrankung im Alter von 20—29 Jahren auf. Viele Patienten hatten eine gestörte Jugendzeit durchgemacht, bei vielen bestanden übermäßig starke Elternbindungen, andere mußten der Geborgenheit entbehren. Unter den psychischen auslösenden Traumen spielten eheliche Spannungen eine entscheidende Rolle, nur in zwei Fällen lagen religiöse Konflikte vor. Schuldgefühle und existentielle Bedrohungen waren weitere Auslöser. Es dominieren katatonieforme und paranoide Krankheitsbilder. Vielfach wurde eine kurze psychotische „Dramatisierung“ einer Konfliktsituation erlebt. Die Dauer der Erkrankung beträgt selten länger als 1 Monat. Meistens handelt es sich um einmalige Episoden. Die Abgrenzung der Emotionspsychosen von der Schizophrenie wird aus dem Krankheitsverlauf und der therapeutischen Beeinflussung ermöglicht, obwohl schizophrene Symptome 1. und 2. Ranges prinzipiell auch hier vorkommen können. Die Abgrenzung von schizophrenen Reaktionen macht häufig große Schwierigkeiten. „Jede Emotionspsychose entsteht aus einer ihr mehr oder weniger unmittelbar vorausgehenden traumatischen inneren Situation.“ Auch eine körperliche Störung kann zur seelischen Erschütterung Anlaß geben und dann eine Emotionspsychose hervorrufen. Die übersichtliche und zusammenhängende Darstellung vermittelt durch zahlreiche Beispiele und unter Eingehen auf die umfangreiche Literatur ein klares Bild dieser abgrenzbaren, offenbar nicht so seltenen geistigen Störung. HALLERMANN

**Walter Schulte: Zur Wiedereingliederung seelisch Kranker und Abnormer in Beruf und Familie.** [Univ.-Nerv.-Klin., Tübingen.] Z. Psychother. med. Psychol. 13, 209—218 (1963).

In den heutigen Organisationsformen psychiatrischer Einrichtungen spiegeln sich nicht nur die gewandelten geistigen und sozialen Verhältnisse wider, sondern auch die veränderten wissenschaftlichen Konzeptionen über Wesen und Behandlungsmöglichkeiten seelischer Leiden. Konstellative Psychiatrie und kommunikative Psychotherapie haben das Blickfeld und Arbeitsgebiet des Psychiaters bereichert und erweitert, die „Mauern“ der Anstalten werden langsam abgebaut, es zeigen sich erste Anzeichen dafür, daß auch Einbrüche in die Tabuschränken gelingen, die die Gesellschaft den psychisch Kranken gesetzt hat. Sinn und Aufgabe der Rehabilitation werden nicht nur in der Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit allein gesehen, sondern auch in der Wiedererlangung verlorenen Ansehens, der Selbstachtung, des Selbstgefühls und der angemessenen Wertung durch die Umwelt. Das Odium, das auch heute noch psychisch auffällige Menschen umgibt, kann ebenso wie auch die Voreingenommenheit weiter Bevölkerungskreise nur in mühsamer Arbeit verringert werden, Frustrationen und Rückschläge sind bei einem solchen Bemühen weit größer als bei der Wiedereinordnung somatisch Kranker, nicht zuletzt auch deshalb, weil die Fähigkeit und Bereitschaft der Gegenwartsgesellschaft zur Tolerierung und Annahme seelisch gestörter Patienten im Laufe der letzten Jahre nachgelassen hat. Probleme

und Schwierigkeiten der Wiedereingliederung von Schizophrenen, Depressiven, Epileptikern, Patienten mit organischem Psychosyndrom auf der Grundlage involutiver Hirnabbauvorgänge und Neurotikern werden im Überblick dargelegt, besonders zu begrüßen ist die kritische Bewertung der Grenzen und Möglichkeiten der psychiatrischen Therapie wie auch der fürsorgerischen Bemühungen in der Sozietät und am Arbeitsplatz. Neben der notwendigen Auflockerung der Krankenanstalten in baulicher und struktureller Hinsicht, einer Hebung des therapeutischen Niveaus, der Errichtung von Ambulanzen, Tag- und Nachtkliniken, industriellen Werkstätten, Übergangsheimen und Arbeitssiedlungen für chronisch Kranke, also dem Institutionellen, wird man Wert und Bedeutung der unmittelbaren ärztlichen Betreuung des einzelnen wie auch durch die Familie und das soziale Umfeld im Auge behalten müssen; die vorliegende Arbeit gibt hierzu viele Anregungen.  
G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

**Th. Kammerer: Süchtiges Verhalten bei Epilepsie. Photogene Epilepsie mit selbstinduzierten Anfällen.** [Nervenklin., Univ., Heidelberg.] Dtsch. Z. Nervenheilk. 185, 319 bis 330 (1963).

Zwei Fälle von Selbstausslösung einer photogenen Epilepsie mit ausgesprochenem süchtig-zwanghaftem Charakter bei einem 24jährigen Mann und einem 10jährigen Jungen werden eingehend geschildert. Die Handlungen zur Auslösung der Anfälle werden als autoerotische Betätigung bezeichnet, wobei ihr eine Bedeutung als Triebabfuhr wie bei Ersatzbefriedigungen oder Übersprungshandlungen zugemessen wird. Das Moment der Sucht in der Epilepsie erfährt eingehende Betrachtung. Es könne vom Surrogat sexuellen Erlebens bis zu religiös-ekstatischer Auserfahrung (DOSTOJEWSKI) reichen. Diese Fälle sind selten, aber im Widerstand gegen die medizinische Behandlung könne sich in sublimierter Weise eine süchtige Bindung an die Anfälle gelegentlich offenbaren.  
LEMPF (Tübingen)<sup>oo</sup>

**Ed. Juillard, L. Rothen et R. Henny: Les troubles du sommeil chez l'enfant.** (Die Schlafstörungen des Kindes.) Praxis (Bern) 52, 1079—1085 (1963).

Jüngere Kinder mit Schlafstörungen werden dem Kinder- oder dem Hausarzt gebracht; bei älteren Kindern bestehen gleichzeitig oft Schwierigkeiten in der Erziehung oder mit dem Charakter zusammenhängende Anpassungsstörungen, die das Kind dem mediko-pädagogischen Dienst zuführen. Kinderarzt und Kinderpsychiater sehen daher ein verschiedenes zusammengesetztes Krankengut und können daher ihre Befunde nicht verallgemeinern. Eine Bindung bestimmter Störungen wie Einschlafstörung, vorzeitiges Erwachen, Schlafwandeln, Pavor nocturnus und Agitation an das Alter war nicht nachzuweisen.  
A. PEIFER (Leipzig)<sup>oo</sup>

**Bernard Meer and Albert H. Amon: Photos Preference Test (PPT) as a measure of mental status for hospitalized psychiatric patients.** (Der Bilder-Bevorzugungstest [PPT] zur Feststellung des psychischen Status stationärer psychiatrischer Patienten.) J. cons. Psychol. 27, 283—293 (1963).

Mit diesem an 100 Gesichtsphotos nach Ähnlichkeit und Unähnlichkeit standardisierten Test wurden Untersuchungen durchgeführt, die statistisch signifikante Abweichungen der Patientengruppe gegenüber „Normalen“ und der Schizophrenen im Vergleich zu Nichtschizophrenen ergaben; auch ließen sich in prognostischer Hinsicht auswertbare Ergebnisse erzielen. Ob der vorwiegend im englischen Sprachbereich und in Schweden zur Anwendung gekommene PPT für die praktische Diagnostik eine wesentliche Bereicherung der bisherigen Wahlentscheidungstests darstellt, ist aus dieser Studie nicht zu schließen.  
DUCHO (Münster i. Westf.)

**Manfred in der Beeck: Zwangsunterbringung oder § 42b StGB.** Neue jur. Wschr. 16, 2358—2361 (1963).

Die gerichtliche Anordnung, gem. § 42b zu verfahren, setzt voraus, daß die öffentliche Sicherheit die Unterbringung erfordert. Bei lediglich als „gemeinlästig“ anzusehenden Geistesgestörten kann die Einweisung in eine Heil- und Pflegeanstalt nicht angeordnet werden. Straftaten, die zur Unterbringung führen, müssen symptomatisch in dem Sinne sein, daß sie „für einen Zustand von nicht lediglich vorübergehender Natur, der eine ungünstige Prognose zu begründen geeignet ist, typisch erscheinen“ (vgl. EXNER); die Gefahr muß einen gewissen Grad von Wahrscheinlichkeit besitzen, es darf nicht nur eine Möglichkeit erwogen, oder nur eine „latente Gefahr“ angenommen werden (BGH, NJW, 52, 836). Die ärztliche Anregung zur Anwendung des § 42 StGB wird oft gerichtlicherseits nicht aufgegriffen, besonders dann, wenn bis zur Hauptverhandlung eine mildere Maßnahme, wie z. B. eine vorläufige Vormundschaft eingerichtet und die Unterbringung vormundschaftsgerichtlicherseits genehmigt worden war. Eine Aufsichtsführung durch

Angehörige ist in praxi meist nicht möglich, der freiwillige Eintritt des Kranken in eine Anstalt wird wegen der bestehenden eingeschränkten Geschäftsfähigkeit, zumindest psychiatrisch gesehen, abwartend zu bewerten sein, wenn auch rechtlich der „natürliche Wille“ als hinreichende Grundlage für den Verbleib im Krankenhaus gewertet werden kann. Zudem besteht jederzeit Widerrufsmöglichkeit dieses Entschlusses und auch die Freiheit, jede Therapie abzulehnen. Zwangsunterbringungen gem. geltenden Landesunterbringungsgesetzen sind wegen der in ihnen nicht mit ausgesprochenen und erteilten Behandlungsgenehmigungen und der hieraus resultierenden eingeschränkten therapeutischen Möglichkeiten (selbst für Pharmakotherapie) in ihrer Auswirkung auf den Patienten oft nachteilig. Vormundschaftliche Unterbringungen (Gebrechlichkeitspflegschaft gem. § 1910, 2. BGB: unterschiedliche Rechtsauffassung über Aufenthaltsbestimmungsrecht des Pflégling durch den Pfléger), Anordnung einer Vormundschaft gem. § 1906 BGB (falls nicht sofort Vormund benannt und bestellt wird, kann Gericht nicht selbst den Aufenthalt bestimmen, erst die Errichtung der Vormundschaft gibt dieses Recht dem Vormund) oder Entmündigung gem. § 6 BGB wirken sich nicht selten ungünstig bei der Eingliederung in das Krankenhausmilieu und in der Reaktion der Umgebung aus, sie stellen nach Verf. nicht die mildesten Maßnahmen für den Patienten dar. Für den kriminell gewordenen Kranken wird aus formalen, therapeutischen und soziologischen Erwägungen wie auch wegen der besseren Möglichkeiten der Verlaufsbeobachtung die Anwendung des § 42b empfohlen. Leider werde der Sinn des Gesetzgebers oft nicht erfüllt, die kriminellen Geistesgestörten von den übrigen Patienten gesondert zu halten. Die Anwesenheit Krimineller auf den geschlossenen Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser mindert das Ansehen dieser Institutionen und die therapeutischen Möglichkeiten in ausschlaggebender Weise, den nichtkriminellen seelisch Kranken wird mit diesem Vorgehen ein justogenes Trauma zugefügt. G. MÖLLHOF (Heidelberg)

**H. Eder: Freih. EntzG § 3; BSeuchenG § 37 Abs. 2; Bay-VerwahrG Art. 1 (Unterbringung von an ansteckenden Lungen-Tbc erkrankten Geistesschwachen und Trunksüchtigen; Verfahrensfragen).** a) Ist ein an ansteckender Lungentuberkulose Erkrankter geistesschwach und trunksüchtig, so hat das Amtsgericht seine Unterbringung in derjenigen Art von Anstalt (Tuberkulose-Krankenhaus, Entziehungsanstalt oder Heil- und Pflégeanstalt) anzuordnen, die am geeignetsten ist, die für die öffentliche Sicherheit und Ordnung bestehende Gefahr nachhaltig zu beseitigen. Hierbei ist zu prüfen, auf welchen Grund die Gefahr in erster Linie zurückzuführen ist. b) Bei den Verfahren nach dem (landesrechtlichen) Verwahrungsgesetz und nach dem (bundesrechtlichen) Freiheitsentziehungsgesetz handelt es sich um zwei selbständige Verfahrensarten. c) Sind Anträge nach beiden Gesetzen gestellt, so können die Verfahren gleichzeitig durchgeführt und miteinander verbunden werden. Ist Antrag nur nach einem der in Betracht kommenden Gesetze gestellt und erweist sich dieser Antrag als ungebründet, so muß sich der Richter auf dessen Zurückweisung beschränken, selbst wenn ein Antrag nach dem anderen Gesetz Erfolg haben könnte. d) Ein Antrag auf Unterbringung nach dem Freiheitsentziehungsgesetz, der in einem Verfahren nach dem Verwahrungsgesetz erst im 2. Rechtszug gestellt ist, kann bei der Beschwerdeentscheidung nicht berücksichtigt werden. (BayObLG, Beschl. v. 3. 7. 1963 — WBeschwReg. 42/63.) Neue jur. Wschr. 16, 2373—2374 (1963).

**StPO § 265 Abs. 2; StGB § 42b (Hinweispflicht bei Möglichkeit der Unterbringung).** Will das Gericht die Unterbringung des Angeklagten anordnen, so hat es ihn auf diese Möglichkeit in der Hauptverhandlung ausdrücklich hinzuweisen, wenn der Eröffnungsbeschluß keinen solchen Hinweis enthalten hatte. — Die bloße Erörterung der Unterbringungsfrage in der Hauptverhandlung befreit nicht von der Belehrungspflicht (im Anschluß an BGHSt. 2, 85 = NJW 52, 434 und das Urteil v. 12. 3. 1963 — StR 54/63 = NJW 63, 1115). [BGH, Urt. v. 21. 5. 1963 — 1 StR 131/63 (LG Tübingen).] Neue jur. Wschr. 17, 459 (1964).

**Hans-Joachim Rauch: Über die Begutachtung der Testierfähigkeit.** [Psychiat. u. Neurol. Univ.-Klin., Heidelberg.] Med. Sachverständige 58, 1—6 (1962).

Verf. erörtert zunächst die wichtigsten Rechtsgrundlagen der Testierfähigkeit und verweist dann auf die von HADDENBROCK und WITTER geforderte klare Abgrenzung von psychiatrischem Wissen und rechtlichem Ermessen. Diese Abgrenzung sei theoretisch zwar durchaus berechtigt, in der gutachterlichen Praxis könne man sich aber — gerade bei zivilrechtlichen Fällen — von Grenzüberschreitungen in das juristische Gebiet nicht freihalten, ja, man sei hier sogar oft verpflichtet, eigene rechtliche Wertungen vorzunehmen, wenn man der gutachterlichen Aufgabe wirklich gerecht werden wolle. Verf. erläutert dies im Rahmen einer ausführlichen Besprechung eines Falles von arteriosklerotischer Demenz, bei dem die Testierfähigkeit beurteilt werden mußte. Abschließend gibt Verf. eine auf großer eigener Erfahrung aufgebaute instruktive Übersicht über die praktischen Gesichtspunkte, die im allgemeinen bei der Beurteilung der Testierfähigkeit zu beachten sind, und geht dabei besonders kritisch auf die vom Gericht immer wieder gefragten Intervalla licida ein.

WITTER (Homburg/Saar)<sup>oo</sup>

**K. Kolle: Der psychische Kranke im Versicherungswesen (einschließlich Halbierungserlaß und KVNG).** [Nervenklin., Univ., München.] Therapiewoche 13, 1103—1105 (1963).

Verf. tritt nachdrücklich und temperamentvoll gegen versicherungsrechtliche Benachteiligungen und eine Mißachtung seelisch Kranker durch den „anonymen Funktionsapparat“ in die Schranken. Ebenso wie bereits 1955 in Nauheim protestiert er gegen den „Ungeist und die mittelalterlichen Vorurteile“, die ihren Niederschlag auch heute noch in den Ausschlußklauseln bei der Kostenerstattung für Geistes- und Gemütskrankheiten in zahlreichen Krankenversicherungsverträgen gefunden haben. Dieses Vorgehen liege praktisch auf der gleichen geistigen Ebene wie die Mißachtung psychisch Kranker in der NS-Zeit. Man habe sich in vielen Versicherungen entweder noch nicht von den Denkschablonen jener Jahre gelöst oder aber die Tatsachen nicht registriert, daß eine Behandlung seelischer Leiden sicher nicht kostspieliger ist als die Therapie somatischer Leiden. Man müsse sich in breitesten Kreisen endlich von einer moralisierenden Betrachtungsweise seelischer Krankheiten lösen und auch den logischen Denkfehler korrigieren, der darin liege, die Gesamtheit seelischer Krankheiten unter dem Begriff der chronischen Krankheiten zu subsummieren. Auch die Chirurgie wertet man ja nicht nur im Hinblick auf die inoperablen Carcinome. Mit besonderer Entschiedenheit wendet sich dann gegen den sog. „Halbierungserlaß“ aus dem Jahre 1942, der auf Befehl Hitlers formuliert und vom früheren Reichsminister für Arbeit seinerzeit verkündet wurde. In ihm spiegeln sich die ganze nationalsozialistische Ideologie mit ihrer Verachtung aller psychisch Kranken wider, die man als Minderwertige ansah. Unverständlicherweise habe nun das Bundessozialgericht diesen Erlaß auch heute noch als rechtsverbindlich erklärt (BSG vom 29. 1. 59, AZ 3 BK 71/55), wiewohl dem schon allein der § 3 GG geradezu diametral entgegenstehe; in dieser Gerichtsentscheidung wird eine Durchbrechung der Rechtskontinuität der neuen Demokratie gesehen; auch in dem KVNRG, das jetzt dem Bundestag vorliege, finde sich ein § (227), der ein Ruhen aller Versicherungsleistungen für die Zeit vorsehe, während der sich ein Kranker aus Gründen der öffentlichen Sicherheit in einer Anstalt befinde. (Anmerkung des Ref.: Es sei hierzu auf §§ 119a RVO n.F., wie auch auf OVA-Rechtspr. zu 1254 a.F. No. 953 u. Breithaupt 30/156 hingewiesen!) — Echte psychiatrische Pflegefälle gehörten, gemessen am Gesamtkrankengut, de facto zu den Seltenheiten, an ihnen könne und dürfe sich keineswegs die Gesetzgebung orientieren. Alle Ärzte werden aufgerufen, gegen die Diskriminierung der Geistes- und Gemütskranken, die in den gegenwärtigen Gesetzen und Bestimmungen zum Ausdruck kommen, in der Öffentlichkeit energisch und nachdrücklich zu protestieren. (Halbierungserlaß des Reichsarbeitsministers v. 5. Sept. 1942 u. das angef. BSG-Urteil waren auszugsweise abgedruckt.)

G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

**S. Schnabl: Zur Psychodiagnostik des abnormen Rentenbegehrens.** [I. Med. Klin., Bergarbeiterkrankenh., „Dr. Georg Benjamin“, Erlabrunn/Erzgeb.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 18, 762—766 (1963).

**H.-J. Haase: Soziopsychiatrische Untersuchungen an alleinstehenden Frauen.** [Psychiat. Klin., Med. Akad., Rhein. Landeskrankenh., Düsseldorf.] Fortschr. Neurol. Psychiat. 32, 279—300 (1964).