

## **Psychiatrie und gerichtliche Psychologie**

● **Ernst Kretschmer: Der sensitive Beziehungswahn.** Ein Beitrag zur Paranoiafrage und zur psychiatrischen Charakterlehre. 4., erw. Aufl. hrsg. von WOLFGANG KRETSCHMER. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1966. V, 236 S. Geb. DM 36,—.

Das bekannte Werk von ERNST KRETSCHMER — der noch kurz vor seinem Tode das Vorwort dazu schrieb — hat auch in der 4. erweiterten Auflage seine ursprüngliche Geschlossenheit behalten. Als wertvolle Ergänzung erweist sich — im letzten Kapitel des Buches — die Analyse des Begriffes und der wissenschaftlichen Stellung des „Sensitiven Beziehungswahns“ durch den Herausgeber WOLFGANG KRETSCHMER. Die bald nach ihrem Erscheinen in die internationale Literatur eingegangene Habilitationsschrift hat die Neurosen- und Schizophrenielehre nachhaltig beeinflußt. Dadurch, daß der Autor einen verstehenden Zugang zu psychotischen Entwicklungen und Erlebnisweisen aufzeigen konnte, wurden die für unüberbrückbar gehaltenen Gegensätze zwischen geistig-seelischer Gesundheit und Krankheit immer mehr abgebaut und der „therapeutische Nihilismus“ bei psychotischen Erkrankungen abgelöst durch aktive, psychodynamisch ausgerichtete Behandlungsmethoden. Die Forschungsergebnisse von KRETSCHMER haben über deren wissenschaftlichen Gehalt hinaus eine richtunggebende Bedeutung für die ärztliche Haltung und Handlung gegenüber Psychisch-Kranken gehabt. Trotz der inzwischen in der Beurteilung wahnhafter Ausgestaltungen weitgehend beachteten psychogenetischen und anthropologischen Aspekte ist es die auch heute noch erzieherische Wirkung des Werkes, welche Mediziner und Psychologen — und allen an der geschichtlichen Entwicklung der Psychiatrie Interessierten — Gewinn bringen wird. CABANIS (Berlin)

● **Eckard Sperling: Die psychosoziale Lage von Hirnverletzten.** Vergleichende sozial-psychiatrische Untersuchungen bei Hirn- und sonstigen Körperverletzten. (Arbeit u. Gesundheit. Hrsg. von F. PAETZOLD, CL. DIERKES u. E. GOETZ. N.F. H. 78.) Stuttgart: Georg Thieme 1967. X, 118 S., 12 Abb. u. 26 Tab. DM 23,20.

Die Studie berichtet über 365 Probanden, 197 hirnerkrankte KB-Rentenempfänger (HV.) und 168 sonstige Körpergeschädigte, vorwiegend aus dem Bereich der Unfallversicherung. Halbstrukturierte Interviews, die auf eine Erhellung der biographischen Situation ausgerichtet waren, erbrachten 98 klinische und soziologische Daten, die korrelationsstatistisch ausgewertet wurden. 84,3% aller HV. zeigten keine oder nur geringe neurologische Ausfälle, Klagen über allgemeine Leistungsminde- rung, vegetative Beschwerden und seelische Veränderungen dominierten. Eine objektivierbare Zunahme der einmal eingetretenen psychopathologischen Ausfälle war nur in seltenen Einzelfällen zu belegen, die tatsächlichen Beeinträchtigungen dieser Pat. dürften vielmehr im sozial-kommunikativen Raum liegen und Projektionen auf die stattgehabte Traumatisierung erfahren. Die Ausgangspersonlichkeit ist für die Wiedereinordnung nach der Schädigung und die Lebensbewältigung von ausschlaggebender Bedeutung, vorgegebene Defizienzen erfahren durch das Trauma permanente Kaschierungen; eigene Idealvorstellungen, institutionelle und mitmenschliche Abhängigkeiten und soziale Realangst, Unverständnis der Umwelt, Vorurteile mit hieraus erwachsenden Aufstiegsbarrieren, schließlich eigene Resignation, sinkendes Selbstvertrauen und zunehmende Frustrationsintoleranz sind nur einige Aspekte solcher Entwicklungen. Oft täuscht wohl auch eine cerebrale Arteriosklerose, eine schädigungsbedingte Leidenszunahme vor. Besonders eindrucksvoll stellten sich die Analysen zweier, von Laien, oft als Kernsymptome hirntraumatischer Schädigungen angesehenen Störungen dar: die „Reizbarkeit“ war überwiegend auf wenige gleichartige auslösende Anlässe zu reduzieren, die zu affektiv überschießenden Reaktionen führten, sie treten immer dann zutage, wenn die Durchsetzung an sich erfüllbarer Wünsche der HV. mißlingt. Auch die „Impotenz“ ist überwiegend auf situative Gegebenheiten in der Intimsphäre und nur überaus selten ursächlich auf die Hirnschädigung zu beziehen. Die MdE-Festlegung basiert somit zum großen Teil auf der ärztlichen Einschätzung des Schweregrades subjektiver und vegetativer Störungen wie auch des Ausmaßes multifaktorieller Leistungsminde- rung im Alltag. Steigende Rentenhöhe ergab sich aus Änderungsfestsetzungen. 57,8% aller Hv. waren erwerbstätig, 13% langfristig arbeitslos. 6,1% hatten nach dem Trauma keine Arbeit wieder aufgenommen. Die Hälfte hatte den gleichen beruflichen Leistungsstand wie früher beibehalten, die Abstiegsquote lag bei 45%; allgemein bestanden kaum berufliche Aufwärtsentwicklungen. Der Sozialstatus der tätigen Nichthirnverletzten war besser, der der tätigen schlechter als jener der Vergleichsgruppe. Bei 57% aller HV. war eine

soziale Statusminderung zu konstatieren, soziale Isolation wurde oft als belastend empfunden. 56% der HV. wünschten die Einräumung einer Sonderstellung im öffentlichen Bewußtsein.  
G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

● **Robert J. Corboz: Spätreife und bleibende Unreife.** Eine Untersuchung über den psychischen Infantilismus anhand von 80 Katamnesen. (Monogr. a. d. Gesamtgeb. d. Neurologie u. Psychiatrie. Hrsg. von M. MÜLLER, H. SPATZ u. P. VOGEL. H. 117.) Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1967. IX, 123 S. u. 11 Abb. DM 42,—.

Es werden katamnestiche Untersuchungsergebnisse von 80 durchschnittlich und überdurchschnittlich intelligenten Pb. (18 Mädchen und 62 Jungen) vorgelegt, die in den Jahren von 1956—1961 unter der Diagnose „psychischer Infantilismus“ in der Psychiatrischen Poliklinik für Kinder und Jugendliche in Zürich erfaßt wurden. (Insgesamt von 1946—1961 827 Pb. = 7,8% des Krankengutes.) Von diesen wurden 55 einer eingehenden Nachuntersuchung unterzogen: Zwischenanamnese — erhoben von den Pb. selbst und ihren Angehörigen —, objektive Unterlagen, 1½—2stündige Exploration und Testuntersuchung (Baumtest, Tafel-Z-Test nach ZULLIGER) und schriftlicher Lebenslauf. 25 Pb. wurden ohne persönliche Nachuntersuchung auf Grund „anderer Quellen“ mit in die Auswertung einbezogen. Nach den so gewonnenen Ergebnissen gehören als „infantil“ bezeichnete Kinder überwiegend (80%) zu den Spätreifen, die etwa im 3. Lebensjahrzehnt einen charakteristischen Nachholbedarf in Bezug auf Allgemeinbildung und berufliche Ausbildung zeigen und — wenn auch verzögert — die Reife eines Erwachsenen erreichen. Psychopathologisch finden sich bei der untersuchten Gruppe häufig neurotische und psychosomatische Störungen, die nach Ansicht des Verf. auf Minderwertigkeits- und Benachteiligungsgefühle zurückzuführen sind. Verwahrlosungssymptome, Suicidversuche, endogene Psychosen und kriminelle Handlungen wurden nur selten beobachtet. Verf. schließt daraus, daß infantile Züge bei jugendlichen Rechtsbrechern überwiegend nicht konstitutionell bedingt sind, sondern ihre Ursache in ungünstigen Milieueinflüssen, affektiver Verwahrlosung, neurotischen Fixierungen und Regressionen, hirnorganischen Schädigungen und einer mangelhaften Integration der Gesamtpersönlichkeit im Sinne einer Psychopathie haben. Wird ein Kind mit einer Entwicklungsretardierung vorgestellt, so sind ärztlicherseits zunächst alle symptomatischen Formen des Infantilismus (infolge affektiver Vernachlässigung, neurotischer und psychosomatischer Störungen, organischer Krankheiten, Psychosen und Leptosomie) auszuschließen. Die verbleibenden konstitutionellen Formen seien zu unterteilen in Spätreife und dauerhafte Infantile. Die letzteren unterscheiden sich von den erstren durch den höheren Grad der Retardierung, die auch die intellektuelle Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und den körperlichen Kleinwuchs zwischen P 3 und P 10 (Schwankungsbreite bei Retardierten zwischen P 10 und P 25). Speziell auf forensischem Gebiet schlägt der Verf. vor, bei erheblich Retardierten die Maßnahmen, die für Jugendliche vorgesehen sind, bis zum 25. Lebensjahr anzuwenden und Entwicklungsverzögerungen bei der Zivil- und Verkehrsgesetzgebung zu berücksichtigen. Er weist darauf hin, daß von der eidgenössischen Invalidenversicherung laut Verordnung vom 10. 8. 65 der primäre, essentielle Infantilismus als Geburtsgebrechen anerkannt ist und Behandlungskosten übernommen werden. — Es ist dem Verf. zu danken, daß er in der vorliegenden Untersuchung an Hand einer kleinen Prob.-Gruppe übersichtliche Kriterien erarbeitet hat, die den Begriff des psychischen Infantilismus insbesondere auch im Hinblick auf die Prognose präzisieren. Über die Ätiologie der „konstitutionell“ genannten Entwicklungsretardierung ist jedoch die Diskussion noch nicht abgeschlossen. Psychotherapeutisch tätige Kinderpsychiater würden wahrscheinlich psychogene Faktoren stärker betonen. Die klare und eindeutige Stellungnahme des Verf. fordert einen so gearteten positiven Widerspruch geradezu heraus. Wer in der gerichtlichen Psychiatrie und bei Jugendgerichten tätig ist, wird begrüßen, daß forensische Aspekte mit einbezogen wurden, obgleich sie nicht direkt Gegenstand der vorgelegten Untersuchung sind.

HARDTMANN (Berlin)

**M. Bleuler: Neue Entwicklung des Schizophrenieproblems.** [Psychiat. Univ.-Klin., Zürich.] Praxis (Bern) 56, 326—331 (1967).

Ein Vortrag von der Schweizer Ärzteschaft, gehalten von dem kritischen, therapeutisch warmherzigen Schizophrenieexperten. Die Diagnose Schizophrenie wird in der Schweiz viel zu oft gestellt, dazu kommt der kenntnislose Gebrauch des Wortes durch Laien. B. bringt deshalb eine Begriffsbestimmung und Abgrenzung der Sch. Weder Anatomie, noch Endokrinologie haben eine körperliche Grundlage der Sch. ergeben. Ohne die Annahme einer erbten Disposition kommt man allerdings nicht aus. Den Glauben an einen wesentlichen Heilwert von Schlafkuren,

Insulin, Schockbehandlung und Neuroleptica muß man aufgeben. Wesentlich ist jetzt dagegen die Erkenntnis, daß die Entwicklung einer Sch. mit der Entwicklung menschlicher Beziehungen zusammenhängt. Ungünstige menschliche Beziehungen zwischen den Patienten einerseits und der familiären und sonstigen Außenwelt spielen bei der Entwicklung der Schizophrenie eine Rolle. Das schizophrene Geschehen steht neben dem Gesunden im Menschen, das zur Krankheit und zur Umgebung Stellung nehmen kann. Es ist nun zur entscheidenden Erkenntnis gekommen, daß die geduldige liebevolle Zuwendung zum Kranken einen großen Heilwert hat. Die Art dieser Zuwendung wird eingehend geschildert. Das gilt sowohl für den Arzt wie das Pflegepersonal. Man kann leicht feststellen, daß die Heilerfolge in Kliniken und Anstalten bei planvoller Beschäftigung mit den Kranken viel größer sind als in Instituten, die vorwiegend die oben erwähnte medikamentöse Behandlung ohne wesentlichen zielbewußten menschlichen Kontakt anwenden. Es ist daher zu bedauern, daß die Behörden so wenig Verständnis haben, so wenig finanzielle Hilfe zur Vermehrung von Ärzten und Personal leisten, obwohl ein großer Teil der Kranken sozial verwendbar wird, wenn die Schizophrenie auch ein ernstes, oft unheilbares oder rückfälliges Leiden bleibt. Dabei spielt dann die Ablehnung der Mitwelt, besonders der Familie, das Fehlen der Liebe eine mitbestimmende Rolle.

KARL PÖNTZ (Gundelfingen)<sup>oo</sup>

**E. V. Yanovskaya: Prevention of socially dangerous actions in delirious schizophrenic patients.** (Über die Verhütung gesellschaftsgefährlicher Handlungen Schizophrener aus Wahnmotiven.) [Zentrales wissenschaftliches Forschungsinstitut für gerichtliche Psychiatrie (Dir.: Prof. G. V. Morozov), Moskau.] Sudebnomed. eksp. (Mosk.) 9, Nr 3, 47—52 (1966) [Russisch].

Verf. begründet die Notwendigkeit einer unverzüglichen zwangsweisen Unterbringung von Schizophrenen, bei denen die Ausgestaltung ihrer paranoiden Vorstellungen darauf hinweist, daß sie gesellschaftsgefährliche Handlungen unternehmen könnten. — Neben der eigentlichen Behandlung der Krankheit ist auch die Lösung besonderer situativer Einflüsse und die Behandlung eines Alkoholismus anzustreben, da diese als realisierende Faktoren für die gefährlichen Handlungen wirken können. — Außerhalb der stationären Behandlung sind diese Kranken ärztlich besonders zu betreuen und zu beaufsichtigen, wobei auch ihre Verwandten über die möglichen Erscheinungen einer erneuten Verschlechterung und ihre Gesellschaftsgefährlichkeit aufgeklärt werden müssen.

WINTER (Berlin-Biesdorf)

**F. Anstock: Zur Problematik der Schwachsinnuntergliederung.** [Fachkrankenh. Kind.- u. Jugendneuropsychiat., Bad Reiboldsgrün.] Ärztl. Jugendk. 58, 23—32 (1967).

Verf. schlägt vor, einen festgestellten Leistungsrückstand beim Kind solange unverbindlich als Entwicklungsrückstand zu bezeichnen, wie die Annahme eines unterschiedlichen Reifungstemplos noch wahrscheinlich ist, jedoch maximal bis zum 6., 7., evtl. auch 8. Lebensjahr. Jenseits dieses Alters seien anstatt der dynamischen Entwicklungsgeschichtspunkte stärker statisch-quantitative zu berücksichtigen. Insbesondere im Schul-, Jugend- und Erwachsenenalter sei eine genaue Orientierung des Schwachsinngrades im Hinblick auf die zu ergreifenden „Rehabilitationsmaßnahmen“ erforderlich. Eine Tabelle gibt Hinweise über den schulischen und beruflichen Leistungsbereich bei Deblen (IQ 90—70 n. Lutz — voller Lernerfolg in der Hilfsschule, Hilfsarbeiten), Imbezillen (IQ 70—50 n. Lutz — unter besonderen Bedingungen schulisch förderungsfähig, Hilfsarbeiten unter Aufsicht, Lenkung und Anleitung) und Idioten (IQ unter 40 n. Lutz — Angewöhnung einfacher Lebens Elemente wie Sauberkeit, Selbstbedienung, Umgangsformen). Der Vorschlag der Weltgesundheitskommission die o.g. Unterteilung des Schwachsinn durch die einer leichten (IQ 50—69), mäßigen (IQ 20—49) und schweren (IQ 0—19) Unterentwicklung bei Kindern zu ersetzen, wird referiert unter Hinweis darauf, daß sich die zitierten Intelligenzquotienten nicht mit dem Konzept des Verf. decken.

HARDTMANN (Berlin)

**H. Hoff und E. Ringel: Gegenwärtige Problematik der Prüfungsneurosen in Wien.** [Psychiat.-Neurol. Univ.-Klin., Wien.] Wien. klin. Wschr. 79, 153—155 (1967).

Seit die Verf. 1957 eine 1. Arbeit über 30 Studenten veröffentlicht hatten, sind in Wien weiterhin Erfahrungen gesammelt worden. Unter Studenten und im Lehrkörper breitete sich zunehmend Vertrauen zur psychiatrischen Lösung der Prüfungsschwierigkeiten aus. Besonders im Lehrkörper wurde die Skepsis, daß es sich bei der psychiatrischen Beratung von Prüfungsnegotikern um ein trojanisches Pferd handeln könne, mit dessen Hilfe unbegabte und faule Studenten schließlich doch zum Staatsexamen gebracht werden sollen, überwunden. Die Klinik

erreichte dies durch einen rigorosen Auswahlmechanismus, nachdem nur überdurchschnittlich intelligente Studenten von hohem Arbeitsethos und entsprechendem Fleiß, deren Versagen eindeutig auf neurotische Mechanismen zurückzuführen war, in die psychotherapeutische Behandlung genommen wurden. Es gibt 3 zeitlich definierte Formen der Prüfungsneurose: 1. kann die Neurose bereits bei der Vorbereitung zur Prüfung auftreten. Der Neurotiker ist beim Lernen und beim Aufbau seines Selbstvertrauens behindert; 2. kann die Prüfungsneurose kurz vor der Prüfung in den Vordergrund treten und zum Rücktritt führen. Es gibt Studenten, die nicht weniger als 12mal zu Prüfungen nicht angetreten sind. Ein Prüfling flog in einem hysterischen Dämmerzustand von Wien nach Berlin, galt 2 Tage als vermißt, bis er sich mit einem Entschuldigungsbrief meldete; 3. kann neurotisches Versagen bei der Prüfung selbst im Sinne panischer Angst, des Erlebnisses, blockiert zu sein, des Nicht-Assoziieren-Könnens, des Nicht-mehr-weiter-Wissens, begleitet von Symptomen vegetativer Dysregulation auftreten. Auszuschließen sind in diesen Fällen Mediamenteneinwirkung, sowohl von Tranquilizern wie von Stimulantien. — Bei diesen Störungen handelt es sich z. T. um klassische Neurosen, die in der Person schon länger angelegt sind und die nur anlässlich der Prüfung in den Vordergrund treten. Hierbei wird der Prüfer zur dominierenden Vaterfigur und die Prüfung gewinnt einen aggressiven Charakter. Das Prüfungsversagen wird Ausdruck einer unbewußten Selbstbestrafungstendenz. Nach mißglückter Prüfung fühlen sich diese Studenten paradoxerweise eigenartig erleichtert. Ferner handelt es sich häufig um Aktualneurosen (60 %, die klassischen Neurosen machen etwa 40 % des Wiener Materials aus). Hierbei kommt es zum Versagen durch die verschiedensten äußeren Situationen, unter denen auch die Staatsprüfung eine Rolle spielt; z. B. Drängen der langjährigen Braut auf Eheschließung, Tod des Vaters und Notwendigkeit, dessen Praxis zu übernehmen, Furcht einer Studentin, schwanger zu sein, die zum Versagen in der gynäkologischen Prüfung führte (die Symptomatik manifestierte sich durch Unruhe und Nervosität bei der Prüfung am Phantom). — Nicht selten kommt es auch zu Suicidversuchen und Suiciden, allerdings trat dieses Problem in letzter Zeit in Wien durch die sachgemäße Behandlung weitgehend zurück. Unter den ausländischen Studenten fielen vor allem Prüflinge aus den Vereinigten Staaten auf. Die Verf. nehmen an, daß es sich um eine negative Auslese im Sinne von Neurotikern handelt, die das schon zu Hause aufgetretene Studienhindernis im Ausland zu überwinden trachtete. Studenten aus Entwicklungsländern zeigen primitivere neurotische Mechanismen, wie konversionshysterische Phänomene, neurasthenische Bilder, psychosomatische Reaktion, paranoide Züge, während die mehr differenzierten Abwehrleistungen der typischen Prüfungsneurose einheimischer Studenten hier kaum beobachtet werden. Eine besondere Häufung von Prüfungsversagen unter ausländischen Studenten wird nicht beobachtet. — Die Betreuung dieser Prüfungsneurosen ist eine wichtige psychohygienische Aufgabe, die schon durch prophylaktische Maßnahmen oder zumindest frühzeitige Erfassung und Behandlung in Angriff genommen werden sollte. J. M. BURCHARD (Hamburg)<sup>oo</sup>

#### **H. Witter: Der Anfallskranke in der Rechtsprechung. Therapiewoche 17, 108—112 (1967).**

Verf. bespricht hauptsächlich den statistischen Aspekt der Frage der Epilepsie und Strafrecht. — In der Literatur findet er bei ALSTRÖM, daß die Kriminalität der „geistig ungestörten Anfallskranken“ ungefähr derjenigen der Durchschnittsbevölkerung entspricht, während sie bei den geistig gestörten Epileptikern um etwa 5 % höher liegt. — Nach der Erhebung von COOPER in England geht hervor, daß allerhöchstens 10—20 % der Anfallskranken entsprechende psychopathologische Veränderungen aufweisen, dann ergibt die Gesamtzahl der Anfallskranken eine kriminelle Belastung, die die der Durchschnittsbevölkerung um nur 0,5—1 % übersteigt. — Im Laufe der Jahre hat sich bekanntlich die schwere epileptische Erkrankung dadurch vermindert, daß sie heutzutage ätiologisch behandelt werden kann, und es bleiben nur noch die Restzustände der epileptischen Dämmerzustände und Verstimmungen übrig. — In der forensischen Praxis ist dies zu beachten und fallen so unter die Bestimmungen des Paragraphen 51 Abs. 1 StGB (Deutschland). — Um diese genauestens zu erfassen, braucht es eine fachärztliche psychiatrische Untersuchung, um dem einzelnen gerecht zu werden. — Demente Zustände bei der Epilepsie sieht man heute nur noch sehr selten und sind in den zuständigen Anstalten untergebracht. — Besonders wichtig erscheinen dem Verf. die leichten und mittelschweren Dämmerzustände und Wesenveränderungen in bezug auf die Kraftfahrtauglichkeit des einzelnen (s. Heft 5—67, S. 134), was was ja von großer Bedeutung ist. LISELOTTE MEIER (Zürich)

#### **W. Franke: Die Anstaltsunterbringung psychisch und Suchtkranker als rechtliches und ärztliches Problem in juristischer Sicht. Med. Klin. 62, 1143—1146 (1967).**

Juristisch gesehen sind auch seelisch Kranke und krankgeborne Menschen, etwa geistig schwerst Gebrechliche, rechtsfähig (§ 1 BGB.), schon das Leben des Nasciturus genießt strafrechtlichen Schutz; die Rechtsfähigkeit hat auch über den Tod hinaus Wirksamkeit. Psychisch Kranke sind mithin auch grundrechtsfähig. Bei der Anstaltsunterbringung psychisch Kranker und Süchtiger ist abzuwägen, ob es unumgänglich ist, die Grundrechte der körperlichen Bewegungsfreiheit und körperlichen Unversehrtheit (Art. 2., Abs. 2, Satz 2 und 1 GG.) wie auch die Rechte auf Wahrung des Brief-, Post- und Fernmeldegeheimnisses (Art. 10 GG.) zu beeinträchtigen und ob tatsächlich keine Freiheitsschutzbedürftigkeit vorliegt (vgl. Art. 104 GG.). — Alle Eingriffe bedürfen der Sonderregelung mit Richtervorbehalt, das gilt nicht nur für die öffentlich-rechtliche Anstaltsunterbringung durch öffentliche Gewalt (Ausnahmen: dringliche, zeitlich befristete und vorübergehende Anstaltsaufnahmen), sondern auch für die Anstaltseinweisung nicht geschäftsfähiger psychisch Kranker gegen ihren Willen durch den Vormund (B Verf.G., Urteil v. 10. 2. 60 — BvR 526, 532, 50, 58 B Verf. GE 10, 302, NJW 1960, 811). — Die Freiheitsschutzbestimmung des Art. 104 GG ist auch bei der privatrechtlichen Unterbringung Entmündigter zu beachten. Der Wille des geschäftsunfähigen, psychisch kranken Mündels wird also als rechtserheblich gewertet. Gleichsinnige Bestimmungen hat das Familienrechtsänderungsgesetz v. 11. 8. 61 gebracht. Nach § 1800 Abs. 2 ist Mündelunterbringung nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes zulässig; bei Volljährigen ist diese Bestimmung, wie auch § 1897 BGB zu beachten; gleiches gilt für die Verbringung von Nichtgeschäftsfähigen in Anstaltspflege durch den gerichtlich bestellten Pfleger gem. § 1915 Abs. 1 BGB. Nur wenn die Eltern die Einweisung vornehmen ist keine vormundschaftsgerichtliche Regelung nötig (Art. 6 GG — Familieneinheit, Elterngrundrechte usw.) Ausnahmen ergeben sich dann, wenn die Eltern ihre Rechte mißbrauchen oder ihr Kind vernachlässigen (§ 1666 BGB.). Einwänden gegen diese Regelung, wie sie ärztlicherseits immer wieder vorgebracht sind, werden hier juristische Zweckmäßigkeitserwägungen, Interessenabwägungen, das allgemeine Bedürfnis nach Rechtssicherheit und Rechtsschutz; wie auch die für eine Änderung des § 104 GG erforderliche Zweidrittel-Mehrheit der Bundestagsabgeordneten entgegeng gehalten, die wohl de facto nicht zu erreichen ist. G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

**BGB §§ 249, 823 (Grenzen der Schadensersatzpflicht bei Rechts- und Renten neurosen).** Die für Rechts- und Renten neurosen geltende Haftungseinschränkung (vgl. BGHZ 20, 137 = NJW 56, 1108) ist nicht davon abhängig, daß im Einzelfall die Feststellung getroffen werden kann, der Renten neurotiker werde nach Aberkennung der Schadensersatzansprüche in der Lage sein, seinen Versagenszustand zu überwinden. [BGH, Urt. v. 28. 9. 1965 — VI ZR 87/64 (Schleswig).] Neue jur. Wschr. 18, 2293—2295 (1965).

In dieser Entscheidung werden die vom BGH seit längerem entwickelten Grundsätze über die Einschränkung der Ersatzpflicht bei Tendenz neurosen noch einmal interpretiert. Danach entfällt dann eine Ersatzpflicht, wenn die Schäden im wesentlichen einer Rechts- oder Begehrens neurose entsprungen sind. Bekanntlich hat der BGH dahingehend entschieden, daß die Folgen des neurotischen Versagenszustandes zu entschädigen sind, wenn sie in einem näher festgelegten adäquanten Verhältnis zu der Schwere der vorausgegangenen körperlichen oder psychischen Einwirkung stehen, auch wenn das schädigende Ereignis bei einer anderen, etwa seelisch robusteren Persönlichkeit nicht derartige Folgen hinterlassen würde. Eine Einschränkung der Schadenspflicht erfahren solche Neurosen in den Fällen, wenn sie ihr charakteristisches Gepräge als Tendenz neurosen erst später im Gefolge von Rechts- und Begehrensvorstellungen erhalten. — In dem zitierten Urteil wird ergänzend zu der vorausgegangenen Rechtssprechung des BGH dargelegt, daß es zur Abweisung des Schadensersatzanspruches nicht im Einzelfall der Feststellung bedarf, daß etwa die vorausgegangene Schädigung einen willkommenen Anlaß abgegeben hat zum Aufbau einer Renten neurose. Ebenfalls als nicht erforderlich für den Einzelfall wird die Feststellung bezeichnet, wonach etwa der Renten neurotiker nach Aberkennung seiner Schadensansprüche seinen Versagenszustand überwinden und sich nach einem solchen gewissermaßen therapeutischen Effekt richtiger Entscheidung wieder der eigenen Arbeit zuwenden werde. Es heißt hier, daß derartiges dann daraus hinauslaufen würde, „daß die Position eines renten neurotischen Klägers mit der Dauer der rechtlichen Auseinandersetzung immer stärker würde“. Nach früheren Entscheidungen ist aber die Ablehnung von Schadensersatzansprüchen, die auf renten neurotischen Wunschtendenzen beruhen, ebenso im Anfangsstadium wie auch in einem subjektiv immer mehr verhärteten und endgültig fixierten Endzustand der Tendenz neurose gerechtfertigt.

REDHARDT (Frankfurt a. M.)

**FGG §§ 15, 19, 33 Abs. 2; ZPO §§ 402 ff.; BGB § 1910 (Anfechtung von Zwischenbeschlüssen; Vollstreckbarkeit der Verpflichtung zum Erscheinen vor dem Sachverständigen).** a) In einem Verfahren betreffend die Anordnung der Gebrechlichkeitspflegschaft kann ein im Beschwerdeverfahren ergehender Zwischenbeschluß, daß der Betroffene auf seinen Geisteszustand zu untersuchen ist, mit der Beschwerde angefochten werden. b) Die Verpflichtung, vor dem Sachverständigen zu erscheinen, ist gegebenenfalls unter Anwendung unmittelbaren Zwangs vollstreckbar. [BayObLG, Beschl. v. 28. 10. 1966—I a Z 63/66.] Neue jur. Wschr. 20, 1284—1285 (1967).

**H. Engelhardt: Die neurologisch-psychiatrischen Indikationen zur Sterilisation.** [Univ.-Nervenklin., Münster/Westf.] Hippokrates (Stuttg.) 37, 357—359 (1966).

**Kurt Pawlik: Probleme der Kontrolle psychologischer Tests.** [Psychol. Inst., Univ., Wien.] Med. Mschr. 20, 113—118 (1966).

Während sich die allgemeine Psychologie mit den Gesetzmäßigkeiten des Seelenlebens und des Verhaltens beschäftigt, die für große Personenskollektive generell gelten, sind die Aufgaben der Persönlichkeitspsychologie darin zu sehen, interindividuelle Differenzen im Erleben und Verhalten zu erkennen, ihre plurikausalen Voraussetzungen und Entwicklungen zu studieren, wie auch zur Erklärung der Einzelphänomene beizutragen. Die Entwicklungsgeschichte der Testpsychologie zeigt eine rasche Abkehr von den ungebundenen Verfahren und einen anhaltenden Trend zu standardisiertem Vorgehen. Während die Studien von 1900 an zunächst den verschiedenen psychischen Funktionen (Sinnesleistungen, Reaktionsfähigkeit, Gedächtnis, Denken usw.) galten (W. STERN), wendete sich das Interesse von 1920 ab zunehmend den Persönlichkeitstests i. e. S. zu, die Temperament, Affektivität, Einstellung und Motivation zu erfassen suchen. Verf. stellt unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur am Beispiel eines Wortschatztests für 12—14jährige Kinder sieben Gütekriterien heraus, die ihrerseits von verschiedenen statistischen Auswertungsmethoden und Koeffizienten, z. B. der statistischen Theorie psychologischer Tests von C. SPEARMAN, hergeleitet werden. — a) *Standardisierung* (Unabhängigkeit von der Person des Versuchsleiters und der Testsituation, verbindliche Testinstruktionen). b) *Objektivität* (Kontrollmöglichkeit durch andere Untersucher, selektive Tests). c) *Normierung* (Entwicklung empirischer Normtabellen, Feststellung von Gruppenmittelwerten und -streuungen). d) *Trennschärfe* (abhängig von der Zahl der Aufgaben —  $N+1$  —, aber Eignung nur für bestimmte Personengruppen, optimale Werte in den Extrembereichen, weit geringer im Bereich des Mittels). e) *Homogenität* (gezielte Auswahl der Aufgaben, die einheitlich interpretierbar sind, zugleich aber damit auch Einengung auf sehr spezifische Methoden, die geringeren diagnostischen und prognostischen Aussagewert haben, verminderter Informationsgehalt — Homogenitätsgültigkeitsprobleme nach J. LOEVINGER). f) *Zuverlässigkeit* (Rückführung der erhaltenen Testwertdifferenzen auf wahre Merkmalsunterschiede, Miterfassung anderer Faktoren, Verallgemeinbarkeit, L. J. CRONBACH). g) *Gültigkeit* (Grad in dem das zur Rede stehende Merkmal erfaßt wird), Außen- und Innenkriterien, differentielle Gültigkeit, etwa bei Neurotikern und „Normalen“, Moderator-kriterien, die Aussagen darüber erlauben, in welchem Ausmaße ein bestimmtes Kriterium für eine bestimmte Person gültig ist; so können z. B. individuelle Interessenmerkmale konkret etwas über die Verwendbarkeit eines Intelligenztests in prognostischer Hinsicht, etwa den zukünftigen Schulerfolg eines Kindes, aussagen.

G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

**H. Vatankhah: Die Bedeutung der psychologischen Testverfahren für die psychiatrische Diagnostik.** [Univ.-Nervenklin., Münster.] Psychiat. et Neurol. (Basel) 151, 102 bis 113 (1966).

Verf. gibt einen geschichtlichen Überblick der Entwicklung und Vervollkommenung diagnostischer Testverfahren und stellt deren zunehmende Bedeutung für die Psychopathologie heraus. Des Zeitfaktors wegen muß ihre Anwendung in der Psychiatrie unter strenger Indikationsstellung dem Einzelfall vorbehalten bleiben. Der psychologische Test gewinnt seine Aussagekraft und erzielt seine höchste Brauchbarkeit als Adjuvans und im Zusammenklang mit den herkömmlichen biographisch-klinischen Methoden, denen zur Gewinnung des Persönlichkeitsbildes des Untersuchten die tragende Bedeutung zukommt. Damit sind auch die Grenzen der kombinativ („Testbatterie“) anzuwendenden psychologischen Verfahren abgesteckt.

W. KÖHLER (Heiligenhafen)<sup>oo</sup>

**StPo §§ 244 Abs. 2 und 4, 261 (Aufgaben des psychologischen Sachverständigen bei der Wertung von Aussagen Jugendlicher). Zu den Aufgaben des psychologischen Sachverständigen, dessen Hilfe sich das Gericht bei der Beurteilung von Aussagen jugendlicher Zeugen bedient.** [BGH, Urt. v. 23. 2. 1966 — 2 StR 15/66 (LG Köln).] Neue jur. Wschr. 19, 1873—1874 (1966).

In einem Strafverfahren wegen Unzucht mit Abhängigen hatte die StrK einen Psychologen als Sachverständigen über die Glaubwürdigkeit einer jugendlichen Zeugin gehört und war in Übereinstimmung mit diesem von der subjektiven Glaubwürdigkeit des 13—14jährigen Mädchens überzeugt. Die StrK bejahte auch die objektive Richtigkeit der Angaben, obgleich von dem Sachverständigen in dieser Hinsicht Bedenken geäußert wurden. Nach seiner Meinung sei nicht auszuschließen, daß der Angeklagte in Wirklichkeit „objektiv weniger, d. h. Unverfänglicheres tat, als die Zeugin nach ihren subjektiven Vorstellungen und ihrem Erinnerungsvermögen, gesehen bzw. erlebt hat“. In der Revision wurde vorgetragen, die StrK hätte nicht von der Meinung des Sachverständigen abweichen dürfen ohne einen weiteren zu hören, denn hierzu habe ihr die erforderliche Sachkunde gefehlt. Die Revision blieb jedoch erfolglos. In dem Urteil des BGH wird hervorgehoben, daß der Sachverständige bei der Begutachtung jugendlicher Zeugen nicht darüber zu befinden habe, ob deren Aussage wahr ist oder nicht. Glaubwürdigkeit und Wahrheitsgehalt abschließend für den Schuldspruch zu beurteilen, gehöre vielmehr zum Wesen richterlicher Urteilsfindung und sei daher dem Tatrichter vorbehalten. Der Sachverständige habe sich darauf zu beschränken, die Wesenszüge der jugendlichen Zeugin darzustellen und diese sowie das Verhalten der Jugendlichen im besonderen Falle und ihre Aussage selbst nach Inhalt und Entwicklung aus psychologischer Sicht zu erläutern. Dazu gehöre, daß er auf Grund seines Fachwissens auf diejenigen Umstände hinweist, die für die Aussagetüchtigkeit und Glaubwürdigkeit der Jugendlichen sprechen oder Bedenken hiergegen erwecken könnten. Damit sei die verfahrensrechtliche Aufgabe des Gutachters erfüllt. Gehe er in seinen Ausführungen über diesen Rahmen hinaus, nehme er selbst die dem Richter zustehende abschließende Beweiswürdigung vor, so sei dieser Teil seiner Darlegungen verfahrensrechtlich bedeutungslos. Daher liege in der Abweichung von der Meinung des Sachverständigen noch kein Widerspruch zu dem Gutachten.

PHILLIP (Berlin)

**G. Machill und H.-H. Heilmann: Eine einfache mikrobiologische Methode zur Frühdiagnose des Phenylbrenztraubensäure-Schwachsinn.** [Forschungsst. f. Med. Ernährungslehre, Hautklin., Univ., Greifswald.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 20, 1190—1194 (1965).

Phenylalanin (Pa.) oder dessen Metaboliten (Phenylbrenztraubensäure, Phenylmilchsäure) heben die wachstumshemmende Wirkung des Pa-Antimetaboliten  $\beta$ -2-Thienylalanin auf *Bacillus subtilis* in einem Minimalnährmedium auf. Dieses Prinzip des „Inhibitionstests“ nach GUTHRIE (Pediatrics 32, 338, 1963) haben Verff. zu einer Methode ausgearbeitet, die detailliert beschrieben wird. Erforderlich ist die Einsendung einiger Blutflecken von 10 mm Durchmesser auf Filtrierpapier. Ausgestanzte Filtrierpapierscheibchen mit den eingetrockneten Blutproben und Vergleichsblutproblem werden auf den mit Thienylalanin und Sporensuspension von *Bacillus subtilis* gutvermischten speziellen Agarnährboden aufgelegt und nach 15 Std Bebrütung Größe und Dichte des Bakterienwachstums in Form sichtbarer Höfe mit den Kontrollhöfen verglichen. Blutproben mit einem Pa.-Gehalt von mehr als 4 mg-% sind zu erkennen, und durch anschließende weitere Untersuchungen kann die Diagnose so bereits in der 3. Lebenswoche gestellt werden. Im Gegensatz hierzu sind mit dem Ferriehlorid-Windelttest positive Ergebnisse vielfach nicht vor der 4.—6. Lebenswoche bzw. erst bei einem Pa.-Blutspiegel von 15 mg-% und mehr zu erwarten. Da unter 10000—30000 Neugeborenen 1 phenylketonurisches Kind, in der DDR somit jährlich etwa 20 Kinder zu erwarten seien, schlagen Verff. lückenlose Reihenuntersuchungen vor, die angesichts der dortigen Säuglingsfürsorge-Organisation ohne großen finanziellen Mehraufwand durchgeführt werden könnten.

DIETRICH HABECK (Münster/Westf.)<sup>oo</sup>

**W. H. Price, J. A. Strong, Q. B. Whatmore and W. F. McClellom: Criminal patients with XYY sex-chromosome complement.** (Kriminelle Patienten mit einem XYY-Geschlechtschromosom.) [M.R.C. Clin. Effects of Radiat. Res. Unit, Western Gen. Hosp., Edinburgh.] Lancet 1966, I, 565—566.

Bericht über physische Befunde bei neun kriminellen männlichen Insassen einer Nervenheilanstalt mit einem XYY-Geschlechtschromosom. Acht Patienten waren geistesgestört, einer

schizophren. Untersucht wurden Körpermasse, Körperbau, äußere Genitalien, Urin, Hämoglobin und Leukozyten. Sechs von neun Patienten waren signifikant größer als andere Anstaltsinsassen; ihre Körpergröße betrug mehr als 6 ft. (181 cm). Sonst waren keine abnormen Befunde zu erheben. Über die Fertilität der neun Patienten war nichts bekannt. Es wird auf einen Fall von HAUSCHKA et al. (1962) hingewiesen, bei dem es sich um einen Vater von sieben Kindern handelte.

R. E. H. (Düsseldorf)

**H.-H. Meyer: Psychiatrische Symptomatik bei cerebralen Durchblutungsstörungen.** [Univ.-Nervenklin., Homburg/Saar.] Med. Welt 1965, 733—738.

Nach GRÜHLE ist für die Wesensergründung psychischer Phänomene die Feststellung morphologischer, chemischer oder physikalischer Gegebenheiten ohne Bedeutung. Es sei lediglich bekannt, daß Beziehungen bestehen. BONHOEFFER sagt, daß die Zustandsbilder körperlicher Erkrankungen („exogene Reaktionsformen“) unspezifischer Art sind. Dagegen gilt jetzt durch erfolgreiche Therapie das Auftreten psychischer Störungen bei körperlichen Erkrankungen nicht mehr als „Signum mortis“. Die „körperlich begründbaren Psychosen“ (KURT SCHNEIDER) haben obligate Symptome, nämlich Störungen des Bewußtseins verschiedener Grade, im chronischen Zustand Abbau der Persönlichkeit und Demenz. Die Übergänge nennt WIECK „Durchgangssymptome“. Sog. fakultative Symptome erschweren die Situation. Die Art der Durchblutungsstörung ist schwer zu fassen. Bei plötzlichen Durchblutungsstörungen (Apoplexien) kommt es zu Bewußtseinsstörungen. Nur in 15% des Homburger Krankenguts wurden apoplektische Formen festgestellt. Bei chronischer Durchblutungsstörung folgt häufig ein Persönlichkeitsabbau mit Merkfähigkeitsstörungen sowie Demenz. Wichtig ist festzustellen, ob es sich nur um eine exogene Reaktionsform handelt oder ob eine Mischung mit Symptomen „körperlich nicht begründbarer“ Psychosen (Schizophrenie, Cyclothymie) vorliegt. Für die Therapie ist die Erfassung der Art der Durchblutungsstörung wichtig. Ein zweispuriges diagnostisches Verfahren ist notwendig, wenn es auch nicht immer eine Klärung bringt. Depressive Störungen sind bei Arteriosclerosis cerebri häufig. Hinweis auf Suicide. Manische Zustände sind sehr viel seltener. Bessprechung paranoider Psychosen sowie diagnostische Erwägungen bei schizophrenen Symptomatik und psychogenen Störungen. Mitunter kommt es, besonders bei alten Ehepaaren zum Induzieren psychopathologischer Phänomene. Schließlich wird davor gewarnt, neurologische Symptome wie aphasische und apraktische, als seelisch zu verkennen.

KARL PÖNITZ (München)<sup>oo</sup>

**H. Prokop: Das Problem des Aufenthaltes im Ausland in psychiatrischer Sicht, im Speziellen gezeigt an den Ausländeraufnahmen der Universitäts-Nervenklinik Innsbruck 1948—1957.** [Psychiat.-Neurol. Univ.-Klin., Innsbruck.] Nervenarzt 36, 212 bis 218 (1965).

Das Anschwellen des Fremdenverkehrsstroms in Österreich bringt zwangsläufig auch eine Zunahme der Aufnahmen von ausländischen Gästen in der Univ.-Nervenklin. Innsbruck (in den Jahren 1948—1957: 183 Fälle). Dabei ergeben sich Einblicke in die „Psychologie und Psychiatrie des Urlaubs“. Die Zahl der psychiatrischen Aufnahmen ist doppelt so groß wie die der neurologischen. Die Berufsverteilung zeigt eine Betonung der gehobenen und intellektuellen Berufe bei psychiatrischen Patienten, nicht dagegen bei neurologischen. Besonders ungünstig scheint sich die mangelhafte Kenntnis der Sprache des Urlaubslandes auszuwirken. Den größten Anteil bilden die schweren endogenen Psychosen, und zwar überwiegend erste Schübe mit katatonen und paranoiden Formen. Hysterische und psychogene Störungen finden sich erwartungsgemäß bei Frauen mehr als bei Männern; Sucht und Alkohol im umgekehrten Geschlechtsverhältnis; die Selbstmordversuche überwiegen bei Frauen. Die Analyse der die Krankheit begünstigenden und mitauslösenden Momente ergibt: 1. Faktoren, die bereits in der Heimat Konflikte verursacht und Auswirkungen auf den Urlaub hatten; 2. solche, die erst während des Urlaubs Bedeutung gewannen, z.B. a) mangelnde Deutschkenntnis, b) Ablehnung des Urlaubslandes, c) Differenzen weltanschaulicher, politischer oder ethnologischer Art, d) Heimweh, Verlassenheitsgefühl, e) Liebeserlebnisse im Ausland, f) Zerwürfnisse mit Mitreisenden (besonders in Reisegesellschaften), g) dramatische Ereignisse im Ausland (Verkehrsunfälle, Absturz von Bekannten usw.), h) Schwierigkeiten am Urlaubsort (keine Unterkunft, finanzielle Sorgen usw.). 3. Somatische Zustände und Erkrankungen im Ausland: a) senile Zustände, die in fremder Umgebung dekomensieren, b) psychiatrische Begleitzustände von Gravidität und Menstruation, c) im Ausland auftretende Erkrankungen. Dagegen spielten Belastungen durch Landschaft und Klima nur eine untergeordnete Rolle. Für die Therapie ergeben sich keine wesentlichen spezifischen Probleme.

W. SCHULTE (Tübingen)<sup>oo</sup>