

## DIE NABOOTSGING VAN GEESTESKRANKHEID ONDER BANTOE VERHOORAFWAGTENDE MANS VANAF DURBAN GEVANGENIS (NATAL)

P. H. HENNING, M.B., CH.B. (PRET.), D.P.M. (RAND), L.F.PSIG. (S.A.), *Mediese Superintendent,\* Fort Napier-hospitaal, Pietermaritzburg*

Op 12 Oktober 1916 is die Wet op Geestesgebreke in 'n buitengewone *Staatskoerant* geproklameer. Dit was die doel van die wetgewers om alle wette wat in die vier provinsies van die destydse Unie bestaan het, aangaande die aanhouding en behandeling van sielsieke pasiënte, te konsolideer en waar nodig wysiginge aan te bring.

In Hoofstuk II van die Wet op Geestesgebreke van 1916, soos gewysig in Wet No. 7 van 1944,<sup>1</sup> word daar spesiaal voorsiening gemaak en die prosedure uiteengesit waarvolgens opgetree moet word wanneer die vermoede bestaan dat 'n verhoorafwagte persoon of 'n gevangene, wat reeds 'n vonnis opgelê is, moontlik sielsiek is.

So 'n persoon mag deur 'n landdros na 'n gewone sielsieke hospitaal verwys word om te bepaal:

(i) Of hy/sy sertifiseerbaar is volgens die bepalings van bogenoemde wet. D.w.s. is hy/sy nie in staat om weens 'n sielsieke hom/haar belange (ook die hofsak) te behartig nie. Dit is dus duidelik dat in die geval waar 'n persoon verhoorafwagte is, die sertifiseerbaarheid nie noodwendig enige verband het met die aanklag nie, maar veral betrekking het op sy vermoë om die hofsak te volg en deel te neem aan sy verdediging.

(ii) Indien hy nie sertifiseerbaar is nie, is daar enige iets wat moontlik lig mag werp op sy verantwoordelikheid ten tye van die misdaad.

Hess en Thomas<sup>2</sup> waarsku dat dit die plig van die psigiater is om die hof te voorsien van 'n duidelike feitelike beskrywing van die beskuldigde se geestestoestand. Hy moet sy gevolgtrekkings duidelik motiveer.

Die meriete van die psigiater se getuies en die verwantskap tot die geregtelike beskouing van verantwoordelikheid is 'n saak wat deur die landdros, regter of jurie beslis moet word, want dit is 'n geregtelike konsep.

Dit is dan 'n voorreg wat alle howe in die Republiek en ander Westerse lande soos 'n kleinnood bewaar of die psigiaters dit wil aanvaar of nie.

Indien daar dan bevind word dat 'n verhoorafwagte, volgens wet sielsiek is, mag 'n paar beslissings deur die hof gevel word:

(i) Die saak word teruggetrek en die pasiënt word as 'n gewone pasiënt gesertifiseer.

(ii) Die saak word nie teruggetrek nie, maar ook nie verder verhoor nie. Die beskuldigde word as 'n pasiënt ter beslissing van die Staatspresident aangehou ('n S.P.B.). Geen vonnis word hier gevel nie.

(iii) Indien die beskuldigde normaal is tydens die verhoor, dog uit getuies blyk dit dat hy/sy moontlik sielsiek was ten tye van die misdaad, word so 'n persoon skuldig bevind maar sielsiek verklaar ten tye van die daad.

In nie een van die gevalle sal die individu in 'n straf-inrigting aangehou word nie, maar hulle word na 'n hospitaal vir sielsiekes gestuur vir aanhouding.

Terwyl hospitale vir sielsiekes nog net as plekke van

aanhouding funksioneer het, het hierdie reëlings waarskynlik bevredigend gewerk. Die nuwer ontwikkeling in die rigting van groter vryheid om vir pasiënte 'n terapeutiese gemeenskap te skep, het ook aan die Staatspresident-pasiënte groter vryhede besorg. Hierdeur het hospitale vir sielsiekes meer aantreklike plekke geword as bv. die gevangenis.

Dit is dus nie 'n ongewone verskynsel dat Blanke verhoorafwagtes probeer om sielsiek verklaar te word nie. Dit verskaf gewoonlik nie moeite nie, want die pleidooi is: 'dit het skielik swart geword en toe ek weer sien het dit of dát gebeur'. Die gedrag van die mense is verder as 'n reël heeltemal normaal. Die Bantoe-pasiënte, met wie ek in die Transvaal in aanraking gekom het, het geen nabootsingsprobleme opgelewer nie.

Aan die einde van 1962 het ek diens aanvaar by die Fort Napier-hospitaal te Pietermaritzburg. Ek het spoedig bewus geword dat hier 'n tipe kliniese sindroom onder verhoorafwagtes en selfs gevangenes bestaan wat ek nie in die Transvaalse hospitale teëgekomp het nie.

### Geval 1

J.M. is gedurende Desember 1962 die eerste keer deur myself gesien. Daar was 'n aanklag van verkragting teen hom. In die hospitaal-afdeling was hy afsydig en onaktief. Hy het net gepraat wanneer hy aangespreek is. Sy antwoorde was so ontwykend en ontoepaslik dat geen inligting van hom verkry kon word nie. Hy het homself verder opgetooi met lyne wat hy om sy kop vasgemaak het. Hierdie lyne was met stukkie papier versier.

Daar was 'n vorige geskiedenis van sielsieke en kriminele gedrag. In Julie 1961 was hy opgeneem met 'n klag van huisbraak en diefstal ter waarde van R800 teen hom. Hy was uitermate rusteloos en geen nuttige inligting kon van hom verkry word nie. Hy was sielsiek verklaar en gediagnoseer as 'n skisofreen (katatone opwinding). Hy het elektrokonvulsie-behandeling ontvang, feitlik onmiddellik herstel en ontsnap. Hy is weer tweekeer teruggebring onder Artikel 78 met nuwe aanklagte teen hom, en elke keer het hy weer ontsnap voordat hy ontslaan kon word.

Uiteindelik is hy in April 1962 ontslaan, dog in November 1962 was hy alweer terug in die hospitaal met die klag van verkragting soos hierbo uiteengesit. Hierdie pasiënt was vir 56 dae onder observasie, en sy kliniese beeld het niks verander nie. Weens die vorige aanhouding as 'n skisofreen het ek hom weer gesertifiseer—nodeloos om te sê, met dieselfde gevolge van herhaalde ontsnappings.

In die maande wat hierop gevolg het, het S.P.B. pasiënte herhaaldelik ontsnap, ten spyte van spesiale sekuriteitsmaatreëls wat getref was. Verskeie ontsnapte S.P.B. pasiënte is teruggebring nadat hulle gearrester was vir nuwe misdade. 'n Ontsnapte S.P.B. is 'relatief' immuun teen vervolging. Al wat hy doen wanneer hy gearrester word, is om te verklaar dat hy 'n ontsnapte S.P.B. is. 'n Ontsnapte S.P.B. moet outomaties onder Artikel 78(3) van die Wet op Geestesgebreke teruggebring word na die hospitaal.

Hierdie oënskynlike kranksinnige gedrag is spoedig herken vir wat dit moes wees, nl. die Ganser sindroom. Pogings om dié tipe pasiënte ontslaan te kry en na die gevangenis terug te stuur, is dadelik aangewend. Die prosedure daaraan verbonde is egters soms langsaam, en

\*Ook Ere Lektor, Departement van Psigiatrie en Geestesgesondheid, Universiteit van Natal.

party van die pasiënte het weer ontsnap nog voordat die ontslag goedgekeur is en hulle na die tronke kon teruggaan vir afhandeling van hulle sake.

#### Die Ganser Sindroom

Wertham<sup>3</sup> omskrywe hierdie sindroom as volg: 'A Ganser reaction is a hysterical pseudo-stupidity which occurs almost exclusively in gaols and in old-fashioned German textbooks. It is known to be almost always due more to conscious malingering than to unconscious stupefaction.'

Dit is interessant om te meld dat in die meeste psigiatrisiese handboeke hierdie toestand òf glad nie gemeld word nie, òf so terloops beskrywe word dat mens eintlik geen indruk kan vorm van waartoe so 'n pasiënt in staat is nie.

Goldin en MacDonald<sup>4</sup> het 'n omvattende samevatting van die mees bekende literatuur gemaak en sekere interessante feite aangestip.

Hulle het gevind dat toe Ganser hierdie sindroom in 1898 beskrywe het, dit as 'n uitsonderlike toestand beskou is. Teen 1913 rapporteer Flatau die toenemende aantal nie-kriminele gevalle van Ganser sindroom wat teëgekomp word en ook die afname in gepaste publikasies oor die onderwerp. In die Britse literatuur kon maar net 'n handvol gevalle gevind word. Daar bestaan egter twyfel by Goldin en MacDonald of almal werklike gevalle van Ganser sindroom was.

Hulle bespreek ook verskeie ander gevalle wat sedert 1913 tot 1953 publiseer is, en ook hier vind hulle beskrywings van gevalle wat nie altyd oortuigend is nie. Skynbaar is dit veral die skisofreniese toestande wat die meeste probleme veroorsaak om van die Ganser sindroom te onderskei.

Volgens hulle het Skottowe a.g.v. 'n studie van alle bekende literatuur 'n samevatting van die simptomatologie opgestel en 4 algemene trekke aangestip, nl.:

(i) Die simptome is 'n onvolmaakte verteenwoordiging van die toestand waarna dit moet lyk.

(ii) Die simptome kom ooreen met die beeld wat die pasiënt vir homself voorstel hoe die siekte of emosionele toestand, wat nageboots word, moet wees.

(iii) Die sindroom of die langtermyn algemene gedrag van die pasiënt dien 'n nuttige doel vir die pasiënt.

(iv) 'n Noukeurige geskiedenis sal vorige historiese episodes of historiese persoonlikheidsienskappe aandui.

Gross-Meyer *et al.*<sup>5</sup> gee nadere inligting aangaande die geartheid van die 'onvolmaakte kliniese beeld' wat gevind mag word, en stip aan:

(a) Sturnis van die geheue.

(b) Daar is 'n skynbare agteruitgang van die intellektuele vermoëns van die pasiënt. Wanneer vrae aan hom gestel word, mag hy naastenby korrekte antwoorde gee, bv.  $3 + 2 = 7$  en  $4 - 1 = 5$ .

Meer frustrerend vir die klinikus is egter dié antwoorde wat gegee word wat so 'n graad van onkunde verteenwoordig dat dit net nie by enige ander sindroom inpas nie. 'n 'Sleutel' wat aan so 'n persoon getoon word mag as 'n 'rewolwer' geïdentifiseer word en 'n telefoon as 'die ding waarmee ons gekom het'.

(c) 'n Verskeidenheid van gedrag wat kan wissel van aanvalle van opwinding tot stupor en 'n eenvoudige byna onsinne toneelspel.

Die skrywers waarsku egter dat wanneer 'n mens hierdie beeld teëkom jy steeds in gedagte moet hou dat onontdekte epileptiese, skisofreniese en selfs organiese breinstoestande ook so mag presenteer. U mag voel dat dit tog

geen probleem behoort te wees om te differensieer nie. Ek wil u egter verseker dat wanneer 'n pasiënt vir weke in so 'n toestand van stupor en opwinding verkeer en dit nie moontlik is om 'n stukkies samehangende geskiedenis uit hom te kry nie, dan word dit moeilik om jouself te oortuig dat so 'n persoon nie sielsiek is nie. Wanneer so 'n observasiepasiënt ook op 'n aanklag van moord verhoor word, is die uiteinde van die saak dat mens hom sertifiseer, net om kort daarna in die verleentheid te raak met die gedrag van so 'n beskuldigde, nl. dramatiese herstel en ontsnapping.

As voorbeeld van 'n geval van 'n organiese toestand wat 'n Ganser tipe beeld gegee het, wil ek 'n geval aanhaal:

A.M. was 'n volwasse Bantoeman en is as observasiegeval op 1 Mei 1962 tot die hospitaal toegelaat. Die aanklag teen hom was een van diefstal van kos en 'n paar nuttelose stukke kinderklere. Hy het 'n elle-lange misdaadgeskiedenis gehad en het baie jare in die gevangenis deurgebring. Na sy opname het hy hom geheel en al afsydig gehou en in niks en niemand belang gestel nie. Dit was geheel en al onmoontlik om onderhoude met hom te voer, bv. gevra of hy siek voel, antwoord hy: 'My suster het koeie met twintig horings. Ek weet nie wat ek moet doen nie'. 'n Ander dokter wat onderhoude met hom gevoer het, skryf: 'Sy antwoorde op vrae is sinneloos, en dit kom voor asof hy sy eie stories opmaak'. Hierdie pasiënt het egter 'n bloeddruk van 220/120 mm.Hg gehad en 'n aorta-inkompetensie. Serologiese bevindings het serebrale sifilis as die diagnose bevestig. Hy is tot S.P.B. verklaar.

Voordat 'n mens dus mag besluit dat 'n beskuldigde 'n Ganser sindroom vertoon, en dus nie sertifiseerbaar is nie, moet daar ten minste 'n volledige liggaamlike ondersoek, met spesiale ondersoeke soos lumbale punksie, röntgen-ondersoek van skedel en borskas en 'n elektro-ensefalografiese ondersoek gedoen word.

Hollander en Hirsch<sup>6</sup> bespreek die Ganser sindroom onder die titel 'Hysterical psychosis'. Dié beeld is skynbaar deur baie skrywers as 'brief schizophrenias' of 'hysterical manifestations in schizophrenic illness' beskryf. Dit is dan ook nie verbasend nie dat die meeste van ons gevalle wat foutiewelik gesertifiseer is, as skisofreniese gediagnoseer was.

Ten spyte hiervan word dit volgens Davidson<sup>7</sup> deur alle klinici aanvaar dat hierdie toestand verwant is aan 'n historiese reaksie en nie 'n sertifiseerbare sielsiekte is wat 'n beskuldigde vryskeld van sy misdaad nie. Dit tree in elk geval in nadat die misdaad gepleeg is en kan hom dus nie daarvan verskoon nie.

#### GEVALLEBESKRYWING

Die eerste geval teëgekomp was dié van J.M. wat reeds vroeër gemeld is.

#### Geval 2

J.D. was 'n volwasse Bantoeman. Hy is op 20 Februarie 1963, met 'n aanklag van moord teen hom, vir observasie opgeneem.

Die getuies beskikbaar was dat hy aan sy suster gesê het dat hy 'n man doodgemaak het. Hy het sekere besittings by hom gehad. Na sy arrestasie het hy die polisie gewys waar dié voorwerpe gebêre was. Toe hy egter in die voorlopige verhoor moet verskyn, het daar twyfel aangaande sy geestes-toestand bestaan en hy is na die hospitaal vir observasie gestuur.

Tydens die hele tydperk van sy observasie was hy stil en afsydig. Hy het gehurk gesit en heeldag met 'n kort stokkie op die grond gesit en krap. By 'n paar geleenthede was hy inkontinent en het net so bly sit. Geen nuttige inligting kon van hom verkry word nie. Sy antwoorde was onsinnig, ontwykend en nuttelos. Onder natrium amital het sy gedrag soos dag en nag verskil. Hy was vriendelik en opgeruimd, hy

het kommentaar gelewer oor sekere ongewenste toestande in die afdeling en openlik om sigarette gevra. Hy het vlot Afrikaans en Engels gepraat. Hy het egter voor mens se oë in 'n stupor gegaan sodra daar enige iets aangaande die aanklag opgehaal is.

Hy is nie gesertifiseer nie en teruggestuur vir verhoor. Daar was verbasing in die hof dat ek kon beweer dat hy nie sielsiek is nie—veral toe hy seker enkele pinte uriene loslaat en sy vingers in die plas doop en daaraan lek. Hy is egter ter strafsitting verwys.

Vyf maande later in die hoërhof verkeer hy nog steeds in dié toestand. Die hof hoor my getuies aan en is ook van mening dat ons nie oorspronklik met 'n psigose te doen gehad het nie. Die regters wil egter weet of hy nie dalk van daardie tyd af in 'n psigotiese toestand in kon gegaan het nie. Daar was geen feit wat ek kon aanhaal om die teenoorgestelde te beweer nie. Die gevangenis-personeel beweer hy was al die tyd so. Ten tye van die voorlopige verhoor het hy regop gesit, nou het hy plat op die grond gelê en glad nie op vrae of instruksies reageer nie. Die regters het beslis dat hy vir nog agt-en-twintig dae observasie moes gaan. Hy het steeds in die 'stupor' verkeer. Onder 'n 24-uur observasie het hy net drie keer in die tyd gepraat, nl. gevra dat hy geskeur moet word, gevra dat sy vuurhoutjies gebêre moet word en sonder rede aan die toesighoudende verpleër gesê: 'Ek is bekommerd, die regters glo my maar die dokter wil my nie glo nie'. Hierop is hy weer eens teruggestuur vir sy verhoor. Hy het deur die gehele verhoor nie 'n woord gepraat nie en net op die vloer bly lê. Hy is skuldig bevind.

### Geval 3

G.N., 'n jong volwasse Bantoeman. Hy word vir observasie opgeneem op 17 Mei 1963 met 'n aanklag van moord teen hom.

Die geskiedenis is kortliks dat hy 'n 'vriendin' van hom by haar vriende uit die huis gesleep het, nadat hy deur die venster ingeklim het toe hulle die deur toegemaak het. Later het hy teruggekomb en gesê hulle kan haar maar by die kraan gaan soek, hy het haar doodgemaak.

Toe hy die verhoor moes bywoon, was daar twyfel of hy normaal was en hy is vir observasie na die hospitaal verwys.

Tydens sy observasietydperk lê hy heeltdag in die sand en praat nie 'n woord nie. Hy voer homself onder toesig. Hy is nie inkontinent nie. Hy praat ook vrylik onder die invloed van natrium amital en gee 'n goeie verslag van homself. Sodra sy saak egter aangeroei word, sak hy weg in die stupor en geen inligting kan van hom verkry word nie. Hy is nie gesertifiseer nie, hoewel daar nooit 'n woord met hom gesels kon word nie, behalwe onder die amital.

Die oggend van die hofsak was hy nog steeds in die 'stupor'. 'n Uur later, toe hy in die hof verskyn, het hy skielik begin praat en gesê hy stem saam dat daar niks met hom verkeerd was nie. Hy is ook skuldig bevind.

### Geval 4

B. was 'n jong volwasse Bantoeman aangekla van diefstal en ontsnapping uit die tronk. Hy is gearrester en aangehou as verhoorafwagende. Saam met hom is ook 'n Bantoe wat voor die Bantoe-kommissaris vir 'n kleiner oortreding moes verskyn. Toe die bewaarder lg. kom haal, spring B. hom voor en sê dat hy voor die Kommissaris moet verskyn, en die eintlike persoon word toe teruggehou. B. word deur die Kommissaris onskuldig bevind en ontslaan en die 'onskuldige' word aangehou.

B. word later weer gearrester en toe hy in die hof verskyn, is sy gedrag so abnormaal dat 'n distriksgeneesheer ingeroep word en hy word dadelik as S.P.B. verklaar. In die hospitaal is hy stil en afsydig. Hy sit net op een plek en het 'n groot wit veer in sy hand. Hy streef dit voortdurend. Indien 'n vraag aan hom gestel word, kyk hy na die veer en gee totaal onsamehangende antwoorde wat altyd oor sy 'hoender' gaan. Ek het aan hom gesê ek glo nie dat hy sielsiek is nie en hy kan maar verbeter want hy is klaar 'n S.P.B. verklaar. Hy het ongeveer 3 maande so bly optree en toe spontaanweg verbeter. Voordat reëlings getref kon word om hom te ontslaan het hy egter ontsnap.

Hy is later met 'n nuwe klag heropgeneem onder Artikel 78(3). Die eerste week was hy weer abnormaal en het toe

herstel. Reëlings is hierdie keer getref, en hy is teruggestuur vir sy verhoor. Minder as vier-en-twintig uur nadat hy uit die hospitaal geneem is, het ek hom in die beskuldigdebank gesien. Sy klere was in repies geskeur, stukke lap was om sy kop vasgemaak en hy het 'n yslike been gehad waaraan hy op 'n bobbejaanagtige manier gestaan en kou het. Toe die landdros uiteindelik in die hof verskyn, kon die bewaarders hom alleen met groot moeite in die beskuldigdebank hou. Hy het geen aandag aan die hofverrigtinge gegee nie. Hy is egter skuldig bevind.

### Geval 5

J.K. was 'n gevangene aan wie 'n onbepaalde vonnis opgelê is ter voorkoming van misdaad. Hy is na die hospitaal oorgeplaas weens sy onbeheerbare gedrag in die Pietermaritzburg tronk. Hy het nie alleen bewaarders en medegevangenes aangerand nie, maar die selle met faeces besmeer en die enigste 'straight jacket' in die tronk geskeur. Hy het tot verbasing en ontsteltenis van die gevangenesbeampies verskeie stelle voetboeie aan stukke gebreek sonder om homself op enige manier te beseer. Met opname was hy aanvanklik baie rusteloos. Hy het egter stadigaan verbeter en kon weer later teruggestuur word na die gevangenis.

'n Ruk later vind ek hom by 'n psigiatriese buitepasiente kliniek by Edendale-hospitaal. Hy was na die Edendale-hospitaal met 'n hematurie gestuur. Die uroloog kon geen afwyking vind nie. Net toe hy moes terug gaan tronk toe het hy in 'n stupor gegaan en hy is na my kliniek verwys. In die buitepasiente afdeling het hy ineengekrimp gesit, sy lippe het aanhoudend beweeg, sy ooglede het geflikker en tussenin het hy sy voorkop gefrons. Hy het glad nie op vrae gereageer nie. Hy is later na Fort Napier oorgeplaas en het spoedig spontaan en volkome herstel. Voor hy kon ontsnap, het ons hom teruggestuur na die Pietermaritzburgse gevangenis.

Net voordat hy ontslaan is, het ek hom gesien en hy was in 'n eerste klas geestetoestand. Tien minute nadat hy vertrek het, was daar 'n oproep van die gevangenis af en is ek deur 'n desperate tronkbewaarder meegedeel dat die man alweer kranksinig was. Ek kon oor die telefoon hoor hoe hy gil en hoe daar gestruwel word om hom stil te hou.

### Geval 6

A.K., 'n Bantoeman, word toegelaat vir observasie op 4 Maart 1963. Hy het verskeie aanklagte teen hom, onder andere gewapende roof, verkragting en ontsnapping.

Hy het op die oog af heel normaal voorgekom, dog het 'n swak geheue gehad. Hy het homself 'n heeltemal ander naam gegee. Hy kon 'n persoonlike geskiedenis verskaf, maar ontken dat hy ooit in 'n gevangenis was. Hy kon eenvoudige probleemties nie oplos nie en gee naastenby korrekte antwoorde, bv. Februarie i.p.v. Maart, Donderdag i.p.v. Woensdag, wanneer hy na die maand en dag gevra word.

Ten spyte daarvan dat hy beweer het dat hy Std. IX geslaag het, kon hy eenvoudige probleme nie oplos nie. Hy het so konstant met sy storie volgehou dat hy iemand anders was dat ek die polisie gevra het om hom te kom identifiseer. Ek het aan gevalle soos dié van B. gedink, maar hy was sonder twyfel die beskuldigde.

Later het hy sy eie verdediging waargeneem en vanuit die beskuldigdebank my onder kruisverhoor geneem aangaande 'n hoofbesering wat hy sou gehad het en die nagevolge daarvan en baie duidelik bewys dat hy geen geheuesteurnis het nie. Hoewel daar 'n litteken aan sy voorkop was, was daar geen bewys van 'n organiese breintoestand nie. Ook hy is op sy aanklagte skuldig bevind.

Hierdie gevalle is die mees tipiese voorbeelde van die soort Ganser reaksies wat gereeld in hierdie hospitaal gesien word. Uitgesonderd die laaste is dit ook hoe die gevalle wat aanvanklik verkeerdlik gesertifiseer is, gepresenteer het.

### BESPREKING

Wanneer 'n mens psigiatriese getuies in die hof aflê, word dit dikwels deur die advokaat vir die verdediging of die Staatsaanklaer aan jou gestel dat die psigiatrie en die sielkunde newelagtige onderwerpe is en dat jy dus eintlik

nie enige gevolgtrekkings kan maak nie. Pasamanick<sup>8</sup> gaan so ver as om te skrywe:

'Psychiatric diagnosis at present is so unreliable as to merit very serious question when classifying, studying and treating patients' behaviour and outcomes.'

Omdat mens bewus is van hierdie tipe kritiek en omdat ek nie in die binnelandse hospitale van die probleem van die Ganser sindroom bewus was nie, het ek gevoel dat dit nodig is om groter sekerheid te kry aangaande die bestaan van die probleem in Natal.

'n Rondskrywe gerig aan die mediese personeel van siel-sieke hospitale dwarsdeur die land het bevestig dat nabootsing alleen by uitsondering voorkom en die Ganser sindroom nie bekend is nie. Die Town Hill-hospitaal wat egter ook hulle S.P.B. pasiënte van Durban af kry, ondervind dieselfde probleme en net so dikwels as ons.

Van die Komanie-hospitaal te Queenstown was berig dat daar redelik dikwels observasiegevalle is wat probeer om sielsiekte te pleit vir hulle verdediging. 'n Studie van elf van die gevalle aldaar opgeneem vanaf April 1964 tot Februarie 1965 dui aan dat daar 'n verskil is. Uit die elf het net een 'n mutisme nageboots, dog die res van sy gedrag was geheel en al normaal. Hierdie mutisme het vir weke voortgegaan. Hoewel die psigiater hom nie sielsiek verklaar het nie, het die hof dit wel gedoen. Die ander 10 gevalle het eintlik geen ernstige probleme opgelewer nie en 'n goeie verslag kon van die pasiënte verkry word.

Dit blyk dus uit die rondskrywe dat die Pietermaritzburgse hospitale die enigstes in die land is waar dit so algemeen en in so 'n erge mate voorkom.

Die volgende wat ek my afgevera het was of dit altyd so was en of hierdie verskynsel iets is wat nou aan die ontwikkel is en dus 'n probleem vir hede en die toekoms is.

Hiervoor het ek al die beskikbare gevalspapiere ondersoek van pasiënte wat van 1 Januarie 1944 tot 31 Desember 1963 opgeneem was en:

- (i) Vir observasie gekom het, maar nie sertifiseerbaar bevind was nie, en
- (ii) Van pasiënte wat wel gesertifiseer was in daardie tyd maar weer die hospitaal verlaat het.

Dié wat gesertifiseer was en nog steeds in die hospitaal was, is nie nagegaan nie omdat ek die meeste as krank-sinnig aanvaar.

In hierdie verband wil ek tog 'n paar syfers aanhaal:

In Tabel I word die aantal toelatings van gewone gesertifiseerde pasiënte uit die hele Natal (Kolom 'A') verge-

TABEL I. OORSIG VAN OPNAME VAN BANTOEMANS IN DIE TYDPERK 1 JANUARIE 1944 TOT 31 DESEMBER 1963

Tydperk	A	B	C
1 Januarie 1944 tot 31 Desember 1948	285	73 (25.6%)	6 (2.1%)
1 Januarie 1949 tot 31 Desember 1953	654	62 (9.4%)	15 (2.3%)
1 Januarie 1954 tot 31 Desember 1958	882	81 (9.5%)	21 (2.4%)
1 Januarie 1959 tot 31 Desember 1963	1,129	126 (11.2%)	77 (6.8%)

Kolom A—Totale aantal Bantoe-mans opgeneem in Fort Napier-hospitaal.

Kolom B—Bantoe-observasiegevalle opgeneem in Fort Napier-hospitaal vanaf gebiede ander as Durban.

Kolom C—Totale aantal Bantoe-observasiegevalle vanaf Durban opgeneem.

lyk met die aantal observasiegevalle uit die hele streek (Kolom 'B') en die observasiegevalle uit Durban (Kolom 'C'). Dit is duidelik dat daar in die afgelope 20 jaar 'n algemene toename was van toelatings.

Indien die getalle in Kolom 'C' egter as persentasies van Kolom 'A' uitgedruk word, is daar 'n verbasende konstant-

heid oor 'n tydperk van 15 jaar. Die toelatings van observasiegevalle vanaf Durban vorm  $\pm 2.3\%$  van die totale toelatings in Natal. In die laaste periode van vyf jaar neem die aantal observasies van Durban af egter só toe dat dit 6.8% van alle toelatings uitmaak—'n toename van 300%. Dit is my mening dat hierdie toename die direkte gevolg is van die pogings wat aangewend word deur gevangenes uit Durban om sielsiekte na te boots as verdediging.

Word die toelatingsdatums ondersoek van dié gevalle wat nabootsers was, vind mens inderdaad dat daar 'n vloedgolf van hierdie ongewone kliniese beelde sedert die begin van 1961 voorgekom het.

In Tabel II word 'n vergelyking getref tussen die aan-

TABEL II. MISDADE WAARVOOR PASIËNTE AANGEHOU WAS EN WAT HOSPITAAL LATER VERLAAT HET—1 JANUARIE 1944 TOT 31 DESEMBER 1963

Aanklagte	Aantal pasiënte gesertifiseer	Ontsnap	Metode uit hospitaal		Oorlede
			Ontslaan		
			Artikel 40	Artikel 36(i)	
Huisbraak en diefstal	32	15	16	1	
Motordiefstal					
Veediefstal					
Rowery					
Aanranding	29	7	16		6
Moord	23	10	11		2
Ander	17	9	8		
Totaal	101	41	51	1	8

'Ander' word opgemaak uit 'n verskeidenheid van aanklagtes soos brandstigting, oortreding, besit van gevaarlike wapens, ontvoering, beskadiging van eiendom, peuter met treinspoor-hefbome.

klag en die manier waarop S.P.B. pasiënte die hospitaal verlaat het. Hiervolgens het byna 40% van die S.P.B. pasiënte die hospitaal d.m.v. ontsnapping verlaat. Hierdie kennis mag waarskynlik die kriminele individu aanmoedig om sielsiekte te pleit, sodat hy maklik kan ontsnap indien hy suksesvol is en gesertifiseer word. Dit benadruk die feit dat 'n hospitaal vir sielsiektes baie swak toegerus is om as 'n plek van gedwonge aanhouding te dien.

In Tabel III word 'n vergelyking getref soos Tabel II, dog net die S.P.B. pasiënte wat die Ganser-tipe sindroom

TABEL III. NABOOTTERS EN VERMOEDELIKE NABOOTTERS SE ONTSLAG—1 JANUARIE 1944 TOT 31 DESEMBER 1963

Aanklagte	Aantal	Ontslaan		Ontsnap
		Artikel 40	Artikel 36(i)	
Aanranding	3			3
Moord	2	1		1
Huisbraak en diefstal	15	3	1	11
Ander	2			2
Totaal	22	4	1	17

getoon het en gesertifiseer is, is oorweeg. Hier sien ons dat die oorweldigende meerderheid ontsnap het. Die ontsnappers onder die nabootsers was veral dié groep wat weens huisbraak, diefstal en roof aangehou was, d.w.s. dié misdade waar 'n winsmotief baie ooglopend is.

Tabelle II en III handel oor pasiënte van die hele provinsie. Indien ons alle Durban S.P.B. pasiënte se optrede na opname nagaan, vind ons dat die Durban S.P.B. pasiënte meer dikwels ontsnap en so die hospitaal verlaat. Uit die totaal van 19 Durban S.P.B. ontsnappings sedert 1944 het 16 ontsnappings in die laaste vyf jaar voorgekom. Elf van die 19 ontsnappers het 'n reeks vorige veroordelings op die kerfstok gehad.

Vir my is dit baie duidelik dat ons van Durban 'n groep pasiënte ontvang wat waarskynlik doelbewus sielsiektes naboots om hulle straf te ontduik en maklik te ontsnap.

Ek is nie van plan om te probeer verklaar hoekom die Zoeloe-gevangenes uit Durban op so 'n groot skaal so reageer nie, terwyl daar skynbaar nie een ander hospitaal in die land buite Natal is wat hierdie probleem ondervind nie.

Wat van meer belang is, is om na te gaan wat ons kan doen om tot die korrekte gevolgtrekking te kom. Ons het hier te doen met 'n toestand waar geen moeite ontsien moet word om tot 'n korrekte gevolgtrekking te kom nie. Wanneer beskuldigdes se lewe op die spel is, soos in gevalle van aanklagte van moord en wanneer so 'n beskuldigde vir weke 'abnormaal' optree en in die hof pandemonium skep, is dit nie altyd maklik om te sê, 'Ek is bo alle twyfel seker dat die aangeklaagde nie sielsiek is nie.' Indien daar twyfel is, kry hy die voordeel en word as S.P.B. verklaar.

Die volgende prosedure kan van moontlike waarde wees:

#### 1. *Nabootsing Bewustheid*

Enige beskuldigde wat vir observasie kom, moet as 'n potensiële nabootser beskou word. Wanneer die aanklag diefstal of huisbraak is, volgens die inligting uit die tabelle verkry, is die kans dat jy met 'n nabootser te doene het baie goed.

#### 2. *Inligting Aangaande die Misdad en die Beskuldigde*

Dit is duidelik uit die inligting wat in die voorlopige verhoor verkry is dat die beskuldigdes J.D., B. en G.N. baie rasioneel opgetree het onmiddellik voor en/of na die beweerde misdade.

Dit was 'n baie gereelde bevinding by al die ander gevalle gewees. Wat meer is, hierdie mense het almal groot wins ingeoes of definitiewe motiewe gehad vir wat hulle gedoen het.

Die feit dat hierdie beeld van geestessteurnis eers na die misdad verskyn het, lei daartoe dat dit geen verdediging aan die beskuldigde bied sover as die misdad aangaan nie. Davidson<sup>7</sup> lê baie nadruk op hierdie punt. Ons Suid-Afrikaanse howe besef ook die belang daarvan, en die Landdros of regter gee dan ook 'n spesifieke instruksie in paragraaf (4) van M.S.17 (die vorm waarop die bevel vir observasie uitgemaak word) dat hofverslae tot die ondersoekende psigiater se beskikking gestel word.

Dit is my mening dat die howe net so ook outomaties voorsiening behoort te maak dat kontak tussen die ondersoekende psigiater en 'n familielid, vriend, werkgewer of enige iemand anders bewerkstellig moet word.

Davidson<sup>7</sup> lê ook veral nadruk daarop dat 'n misdad selde indien ooit, die eerste indikasie van 'n sielsiekte is. Daar is meesal 'n geskiedenis van 'n abnormaliteit voordat die misdad gepleeg word. Inligting van familie of iemand wat hom geken het, kan dus 'n verdere aanduiding gee of die beeld eg is of met agterdog bejeën moet word.

Indien daar geen afwyking bestaan het voor die misdad nie, mag die geskiedenis van 'n historiese tipe persoonlikheid mens ook 'n leiding gee. In die geval van J.D. was dit wel deur sy suster gerapporteer dat hy 'n humeurige persoon was, en 'n paar keer tydens rusies die skottelgoed gebreek het.

#### 3. *Die Algemene Gedrag van die Pasiënt*

Die oomblik dat die pasiënt se gedrag so is dat jy die gevoel kry dat hy toneelspeel, moet mens versigtig wees.

F.D. is 'n goeie voorbeeld. Hy is op 30 November 1961 onder observasie toegelaat op 'n aanklag van poging tot diefstal. Vir die eerste keer word hier in die pasiënt se kliniese stukke 'n nota deur die dokter gemaak dat 'my eerste indruk is dat die pasiënt probeer toneelspeel'. Hierdie eerste indruk is later verwerp en die pasiënt is gesertifiseer en as 'n skiso-

freen gediagnoseer. Hy het later ontsnap. Die vorige geskiedenis was dat hy veertien vorige veroordelings gehad het. Hy was heeltemal normaal met die aanvang van sy saak. Later het hy doeleloos in die hofsaal begin rondwaai, aggressief geword en selfs tot bo-op die Landdros se bank geklim. Om hierdie rede is hy vir observasie gestuur.

Die mees algemene manier van 'toneelspeel' wat in ons pasiënte gerapporteer was, is:

- (i) Die pasiënt het een of ander voorwerp waarop hy loop en kitaar speel.
- (ii) Ander het weer stokkies, lyntjies of papiertjies en hiermee hou hulle hulself aanhoudend besig, en wanneer hulle vir onderhoude kom en hulle praat sal hulle altyd probeer om dinge te sê wat hierdie voorwerpe onder die aandag bring.
- (iii) Nog 'n groep skeur hulle klere in repies en tooi hulleself op soos die ou Zoeloevegters.
- (iv) Die gevalle wat mutisties is, sit dikwels en roer hulle lippe aanhoudend en voer vinnige oogknip-bewegings en wenksbroufronsbewegings uit. Dit word vir lang tye aangehou en is veral prominent wanneer 'n onderhoud gevoer word.
- (v) Enkele gevalle soos J.D. mag selfs inkontinent wees. As 'n reël beskou die meeste outoriteite inkontinensie as 'n baie sterk aanduiding van 'n psigotiese toestand. Wanneer dit egter soos by J.D. veral vir onderhoude, en selfs in die hof, beplan word vir die oomblik wanneer die Landdros inkom, is daar tog 'n dramatiese element teenwoordig.

#### 4. *Mutisme*

Wanneer pasiënte soos J.D. en G.N. mutisties is, kan hulle mens hoofbrekens gee. Davidson<sup>7</sup> sê: 'Fortunately for the cause of justice, this monolithic silence is almost unbearable to the sane man.'

J.D. het bv. vir maande nie gepraat sover enige iemand weet nie. Tydens 'n tweede periode van observasie het hy net driekeer gepraat, terwyl hy onder 24-uur observasie vir die hele tydperk verkeer het. U sal u herinner dat hy eenkeer gevra het om geskeer te word, eenkeer gesê hy is bang want die dokter glo hom nie en 'n derde keer gevra dat sy vuurhoutjies gebêre moes word. Hierdie drie sinne het natuurlik ook bewys gelewer dat hy nie alleen bewus was van wat om hom aangaan nie maar ook 'n korrekte oordeel gevorm het en dat mens dus geen huiwering hoef te hê om te verklaar dat hy geestelik normaal is nie.

Dit is dus duidelik dat intensiewe observasie soms absoluut noodsaaklik mag wees.

#### 5. *Emosionele Toestand*

'n Baie algemene waarneming aangaande pasiënte se gedrag is dat hulle afsydig, emosioneel afgestomp voorkom en belangeloos is. Normaalweg bring so 'n waarneming of rapport 'n psigotiese toestand in die gedagte.

In meer as 30% van alle observasiegevalle wat sedert 1 Januarie 1944 nie gesertifiseer is nie, is hierdie tipe verslae uitgebring. Ek is geneig om hierdie tekens nie meer so ernstig op te neem by die Bantoe nie. Dit is 'n algemene ondervinding dat wanneer ons gewone Bantoe-pasiënte spreek, met die oog op ontslag, hulle daar sit met strakke gesigte en so ernstig as moontlik gesels. Die rede is natuurlik dat dit vir hulle goeie maniere is om bedaar te wees in die teenwoordigheid van hulle meerdere, nl. die dokter. Daarom verg dit skynbaar min inspanning om willekeurig ook dié beeld van afgetrokkeheid, afsydigheid en emosioneel afstomping aan te slaan. Wanneer hy dus in die moeilikheid is, is die reaksie eintlik nie abnormaal nie.

#### 6. *Voer van Onderhoude met die Pasiënt*

Die meeste psigiaters en mediese beamptes in Staatshospitale moet van tolke gebruik maak om onderhoude met die meer ongeletterde pasiënte te voer. In die ander hospitale waarin ek gewerk het, het ek gevind dat pasiënte die meeste van die tyd probeer om in een van die amptelike tale met die dokter te gesels.

Die gewone Zoeloe-pasiënt verkies om 'n tolk te gebruik maar sal soms in Engels oorslaan as hy versoek word. Die pasiënte vir observasie, veral die probleemgevalle, gee voor

dat hulle nie 'n woord anders as Zoeloe verstaan nie. Die voordeel vir die pasiënt is natuurlik dat hy enige bespreking tussen die personeel kan volg. Hyself het ook baie tyd om fantastiese antwoorde op te maak terwyl die vertaling plaasvind van 'n vraag wat hy in elk geval verstaan.

Hierdie feit is ontdek tydens natrium-amital onderhoude wat met mutistiese pasiënte gevoer was. Soos reeds gemeld kon J.D. en G.N. intelligente onderhoude in Engels voer. Meer verrassend was die bevinding dat party selfs Afrikaans goed praat.

Die gebruik van tolke en natrium amital tydens onderhoude lewer probleme op. Dit gebeur nou dikwels dat die hof navrae doen of onderhoude d.m.v. 'n tolk gevoer word. Aangesien die tolke nie voor 'n hof ingesweer is nie, word inligting op hierdie manier verkry as hoorsê getuies beskou en dit verloor dus baie van die waarde en werp twyfel op die gevolgtrekkings waartoe gekom was. Dit is dus my mening dat die tyd waarskynlik aangebreek het vir die hof om ingesweerde tolke te verskaf om tydens die observasieperiode as tolke op te tree. Dit is veral nodig omdat die hof dit vereis.

Die gebruik van natrium-amital onderhoude is natuurlik oorlaai met wetlike en mediese-etiese probleme. Die pasiënte waarby dit gewoonlik oorweeg word, kom stuporeus voor en kan dus oënskynlik nie skriftelik toestemming gee nie. Voor 'n inspuiting word aan hom net gesê dat die inspuiting hom sal help praat en hom sy storie laat vertel. As hy nie teëstribbel nie, word dit aanvaar as toestemming.

Inligting op dié manier verkry word nie in Suid-Afrikaanse hofe aanvaar om die onskuld of skuld te bewys nie. Die nut van die toets is dat mens kan bewys dat 'n persoon wel rasioneel kan praat.

Soos gerapporteer, het bogenoemde pasiënte geen aanduiding getoon van waanidees of hallusinasies tydens die onderhoude nie. Dit is interessant dat hulle onmiddellik in 'n stuporeuse toestand gegaan het sodra daar probeer was om hulle beweerde misdade te bespreek. MacDonald<sup>9</sup> lê nadruk daarop dat dié tegniek alleen in gevalle van 'n egte amnesie betroubaar is, d.w.s. by onbewuste repressie. In nabootsings het dit geen betroubare nut om erkennings te verkry nie.

In 'n geval van 'n katatone skisofrenie stupor kan die pasiënt ook praat. So 'n geval sal die aanklag bespreek, dog tydens amital-onderhoud ook bewys lewer van die bestaan van hallusinasies of waanidees.

Die feit dat ons gevalle selfs onder die amital in 'n stupor gegaan het indien mens die saak wou bespreek, het verdere aanduidings gelewer dat ons hier met 'n meer bewuste nabootsing te doen het.

Hoewel ons al hierdie bogenoemde prosedures kan aanwend om 'n nabootser te ontmasker, mag ons in sulke gevalle nie nalaat om 'n volledige kliniese liggaamlike ondersoek, selfs opgevolg deur spesiale ondersoeke, uit te voer nie.

Dit is ook uit ons bevindings duidelik dat selfs die S.P.B. pasiënte, wat nie van nabootsing verdink word nie, geneig is om te ontsnap. Die nabootser ontsnap met die eerste en beste geleentheid. Die egte geval ontsnap omdat hy moeg word om te wag totdat hy eendag ontslaan word. In gevalle van moord word 'n pasiënt so lank as vier jaar gehou voordat hy ontslaan word.

Dit is juis dié saak wat my as psigiater hinder. 'n Persoon wat verhoorafwagtend is, kom vir observasie met 'n aanklag van bv. moord of aanranding. Hy word gesertifiseer en herstel spoedig op behandeling. Hy is nog nie verhoor nie, maar word nou vir 'n onbepaalde tyd, selfs vir jare, aangehou in ooreenstemming met die klag teen hom, sonder dat hy ooit skuldig bevind is. Van die hof of gereg se kant word daar ook nooit weer navraag gedoen van wat met so 'n verhoorafwagtende gebeur het nie.

Hierdie is nie 'n probleem eie aan Suid-Afrika nie. Hess en Thomas<sup>2</sup> skryf onder andere: . . . it would seem that if the Court has any interest, it should be to ensure that the incompetent individual be tried as soon as he can be

considered competent. With this in mind we were amazed to learn of the almost total lack of interest the Court took in the defendant after his commitment.'

Ek mag u net gerus stel dat ons wetgewers wel voorsiening gemaak het dat pasiënte onder Artikel 36(i) van die Wet op Geestesgebreke ontslaan kan word en die verhoor dan heropen word. In die praktyk werk dit egter lomp en die geval wat wil ontsnap kan dit doen lank voordat daar besluit is dat dié masjinerie in werking gestel word.

Daar behoort geen rede te wees waarom die hof nie sy sitting outomaties kan voortsit, selfs in die hospitaal, nadat mediese getuies aangehoor is dat die beskuldigde nou in staat is om hofprosedures te volg nie.

Vir my is dit logies dat sodra 'n pasiënt tot dié mate verbeter het dat hy hofverrigtinge kan volg, die saak outomaties hervat en verhoor moet word en 'n uitspraak gegee word.

Sou die hof bevind dat hy nie die skuldige is nie, behoort hy ontslaan te word. Is hy skuldig moet daar 'n uitspraak gegee word deur die hof of hy sielsiek was ten tye van die misdaad en of hy eers na die misdaad so gevind het. In lg. geval moet hy sy regmatige straf kry. In e.g. geval moet die pasiënt nie teruggaan tronk toe nie, maar ook nie na 'n gewone hospitaal nie indien hy aangehou moet word. Daar moet 'n spesiale psigiatriese hospitaal vir verhoorde S.P.B. pasiënte opgerig word waaruit ontsnapping nie kan plaasvind nie maar waar 'n terapeutiese atmosfeer heers.

Hierdie tipe opset sal dit vir die voornemende nabootser minder aangenaam maak om deur nabootsing 'n uitkoms te soek.

U mag vra of dit dan werklik nodig is dat hierdie plek van aanhouding 'n hospitaal of terapeutiese-atmosfeer moet hê. Ek meen dit moet so wees.

In die bespreking word die terme 'nabootsing' en 'Ganser sindroom' as sinonieme gebruik. Dog die kwaliteit en kwantiteit van abnormale gedrag is sulks dat mens moet toegee dat hier iets meer is as net gewone nabootsing. Soos Goldin en MacDonald<sup>4</sup> dit stel:

'A Ganser state may be regarded as in a position intermediate between malingering and hysterical states of unconscious origin.'

Ons weet dat dit veral die mense met historiese tipes persoonlikheid is wat die Ganser sindroom kan ontwikkel. Dit wil dus voorkom asof ons hier 'n individu het wat uit 'n netelige toestand wil ontsnap. Deurdat hy 'n historiese persoonlikheid het, is hy in staat om 'n graad van abnormale gedrag te beoefen en daarmee so vol te hou as wat die gewone 'normale' persoon nie kan doen nie.

In al ons gevalle wat verkeerdelik gesertifiseer was, is gevind dat die toestand feitlik onmiddellik opklaar nadat hulle een of twee elektriese behandelings gehad het. Die eerste afleiding wat gemaak kan word, is dat sulke pasiënte net wag tot die eerste behandeling gegee word en dan verbeter hulle, want hulle voel dan dat hulle as S.P.B. verklaar is en alles is veilig.

Tyndel<sup>10</sup> se ondervindings is egter dat drie elektriese behandelings besonder nuttig was om die Ganser toestand te beëindig. Hy haal egter ook ander skrywers aan wat dieselfde ondervindings gehad het. Hy gaan egter verder en skryf:

The most important part of the treatment consists in a proper attitude of the physician and the environment.' 'n Gewone hospitaal vir sielsiekes is nie goed nie want dit gee aanleiding tot ontsnappings. In 'n gevangenis bly die simptome voortbestaan. Dus moet 'n plek opgerig word waar iets van albei is en waar hierdie tipe pasiënte en waarskynlik alle S.P.B. pasiënte aangehou kan word.

#### GEVOLGTREKKING

1. Daar bestaan geen twyfel dat nabootsing (Ganser sindroom) 'n algemene verskynsel onder die Bantoegevangenes is wat vanaf die Durban tronk vir observasie toegelaat word nie.

2. Enige psigiater of mediese beampte moet agterdochtig wees wanneer 'n ongewone kliniese psigiatriese beeld in 'n gevangene (voor, tydens of na verhoor) ontwikkel.

Behalwe intensiewe observasie is 'n rekord van die omstandighede waaronder die misdaad gepleeg is en ook inligting van die beskuldigde se gedrag voor en na arrestasie absoluut noodsaaklik.

3. Hospitale vir sielsiekes is geheel en al onvoldoende toegerus om enige persoon teen sy wil aan te hou. Ontsnappings vind maklik plaas en dit mag bydra tot die ontwikkeling van die nabootsingsprobleme.

4. Aangesien die Ganser sindroom egter iets meer as net nabootsing is en in 'n historiese persoonlikheid voorkom en

bowendien op sekere behandelingsprosedures reageer, behoort behandelingsgeriewe aan hierdie mense voorsien te word. 'n Spesiale sekuriteitshospitaal met 'n terapeutiese atmosfeer is dus hoogs nodig.

5. Die howe behoort nie alleen mense vir observasie te stuur nie, maar behoort ook 'n aktiewe belangstelling in die lot van dié mense te toon. Niemand behoort aangehou te word wat verbeter het sonder 'n volledige hofspraak en 'n hofbeslissing dat hy skuldig is nie. As hy onskuldig bevind word, behoort hy ontslaan te word.

Graag wil ek my dank teenoor dr. A. Lamont, Kommissaris van Geestesgesondheid, uitspreek vir sy aanmoediging en toestemming om hierdie artikel te publiseer.

#### VERWYSINGS

1. Wet No. 38 (1916): Wet op Geestesgebreken, soos gewysig deur Wysigingswet op Geestesgebreke, Wet No. 7 van 1944.
2. Hess, J. H. en Thomas, H. (1963): *Amer. J. Psychiat.*, **119**, 713.
3. Wertham, F. (1949): *Op. cit.*, bl. 168.
4. Goldin, S. en MacDonald, J. E. (1955): *J. Ment. Sci.*, **101**, 267.
5. Gross-Meyer, W., Slater, E. en Roth, M. (1955): *Clinical Psychiatry*, bl. 133. Londen: Cassell.
6. Hollander, M. E. en Hirsch, S. J. (1964): *Amer. J. Psychiat.*, **120**, 1066.
7. Davidson, H. A. (1952): *Forensic Psychiatry*, bl. 167. Oxford: Ronald.
8. Pasamanick, B. (1959): *Amer. J. Psychiat.*, **116**, 127.
9. MacDonald, J. E. (1958): *Psychiatry and the Criminal*, bl. 72. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
10. Tyndel, M. (1956): *J. Ment. Sci.*, **102**, 324.