

Forensisch-Psychiatrische Abteilung am Institut für gerichtliche und soziale Medizin  
der Freien Universität Berlin (Vorstand: Prof. Dr. med. E. NAU)

## Forensisch-psychiatrische Beurteilung und Psychopathologie der Narkolepsie

D. CABANIS und H. BAYREUTHER

(Eingegangen am 29. April 1965)

Als klinischer Symptomenkomplex ist die *Narkolepsie* schon seit geraumer Zeit, zuerst von WILLIS (1672), später durch GRAVES (1851) und WESTPHAL (1876), vor allem aber von GÉLINEAU (1880) unbeschadet einer befriedigenden ätiologischen Klärung — sowohl hinsichtlich der paroxysmalen Phänomene als auch der Psychopathologie — von anderen „Anfalls“-Erkrankungen abgegrenzt worden.

Ohne Frage handelt es sich um ein relativ seltenes Leiden. Es fehlen bislang zusammenfassende Darstellungen über die kriminogene Bedeutung dieser Erkrankung, obgleich strafwürdiges Verhalten und Straffälligkeit von Narkoleptikern in kasuistischen Mitteilungen hin und wieder erwähnt werden.

Feststellungen über die Zurechnungsfähigkeit sind, solange es sich um klare, auf anfallsbedingte Zustände zurückgehende Delikte handelt, einfach zu treffen: Bei narkoleptischen, kataplektischen und kataleptischen Anfällen ist ohne Zweifel eine „Bewußtseinsstörung“ gegeben und „einsichtsgemäßes Handeln“ aufgehoben.

Problematisch sind dagegen solche Tatbestände, die durch besondere oder abnorme Züge der Täterpersönlichkeit geprägt sind bzw. von triebdeterminierten Verhaltensweisen im engeren oder weiteren Sinne getragen werden; wenn also eine „krankhafte Störung der Geistestätigkeit“, „Geistesschwäche“ oder auf „geistiger Störung“ beruhendes Versagen in bezug auf die narkoleptische Wesensänderung beurteilt werden muß.

Rechtlich handelt es sich dabei nicht nur um den § 51 Abs. 1 oder 2 StGB (gelegentlich kommt § 330a StGB in Betracht), sondern auch um §§ 18; 32; 44; 45 Ehegesetz, §§ 6; 104; 105; 114; 1865; 2229 Abs. IV BGB und §§ 1246; 1247 RVO.

Über den Stellenwert der anfallsweise auftretenden pathologischen Veränderungen der Bewußtseinslage und des Handlungsvermögens für die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit bestehen in der forensischen Psychiatrie kaum Meinungsverschiedenheiten, wenn der diagnostischen Erkennung dieser Zustände häufig auch das mangelnde Krankheitserleben sowie ein unzulängliches Mitteilungs- und Darstellungsvermögen der Patienten entgegensteht.

Besondere Anforderungen an den medizinischen Sachverständigen stellt die retrospektive Bewertung z. B. einer somnambul-hypnagogen Einengung des Bewußtseins (THIELE, BERNHARDT, WILSON, CAVE) mit entsprechend beeinträchtigter Steuerungsfähigkeit in Form „automatischen Handelns“ oder einer postparoxysmal-phasenhaften, depressiv-geötönten Verstimmung (CAVE, BERNHARDT, WILSON, HEYCK, HESS, DUUS).

Nicht zuletzt müssen schließlich die außerhalb von anfallsartigen oder episodisch-psychischen Störungen habituell gegebenen Persönlichkeitsmerkmale der Probanden erfaßt und in ihrer Bedeutung für das Zustandekommen der strafrechtlichen Tatbestände gewürdigt werden: Gilt doch der Narkoleptiker allgemein als gutmütig, zufrieden, initiative-arm, phlegmatisch, indolent, affektiv stumpf, modulationsunfähig, träge, apathisch, schlaff oder „pomadig“ (STIEFLER, CURSCHMANN, PRANGE, SKALWEIT, HARTWIG u. a.), im wesentlichen also antriebsverändert, so daß die Abweichungen zwar meistens die Richtung der Gehemmtheit, bisweilen aber auch die der Enthemmung (ROTH) einschlagen können.

Das Zusammenwirken von Einbußen des inneren Schwunges und der Umstellungsfähigkeit mit dem Nachlassen der Energie und des psychischen Tempos sowie die Beschränktheit des Interessenkreises sind als Ausdruck einer Reduktion vitaler, der Triebphäre zugehöriger Bedürfnisse und damit als Erscheinungen einer Abwandlung entsprechend determinierter Haltungen aufzufassen.

Bei dem Versuch einer ätiologischen Interpretation wurde daher auch ein Psychosyndrom endokriner Genese erwogen (BEYERMANN, CAHNA, TATINA, CATAN, CAVE, DAVIES, DEUTSCH, ESSELEVIC, HENNENBERG, KAHLER, LOPEZ, MARROY, SAINTRON, SALUS, SCHEER, SCHUHMACHER, SPITZ, STAUB, SOUQUES, TANNER, THIELE u. a.), d. h. ein durch hormonale Fehlleistungen modifiziertes Verhalten unterstellt, wobei allerdings offenbleibt, welche somatischen Funktionskreise im einzelnen für die Fehlsteuerungen verantwortlich sein mögen und in welcher Weise cerebrale Strukturen triebhafte Reaktionsmöglichkeiten als angeborene Verhaltensmuster bereithalten und freisetzen.

Für die forensisch-psychiatrische Fragestellung müssen derartige Betrachtungen von nachgeordneter Bedeutung bleiben, solange nicht unbestreitbare, objektive Befunde vorliegen.

Die Stimmungslage der Narkoleptiker wird vielfach als „wurstig“, euphorisch oder gleichgültig, das Denkvermögen allgemein als erschwert und verlangsamt geschildert (BENEDETTI, JOLLY, SCHEER, BEYERMANN, KAPLINSKI).

Am augenfälligsten sind endokrine Dysregulationen im Bereich des Genitalapparates (Cyclusstörungen, Impotenz). Die korrespondierenden Erlebnis- und Verhaltensweisen sind — da der sog. „Intimsphäre“ zugehörig — weniger zugänglich, zumal wenn es sich um Vorgänge wie „Partnerwahl“, „Brutpflege“ oder dergleichen handelt. Sexuelle

Aberrationen werden zudem oft erst dann offenkundig, wenn Straftatbestände erfüllt sind und Anzeigen erstattet werden. Diese sind vor allem in jenem engen Bereich zu erwarten, in welchem die Dynamik innerhalb der Hierarchie der Triebe interferiert und zusammenbricht, z. B. wenn Potenz und Libido asynchron erlöschen.

In Anbetracht der grundsätzlichen Schwierigkeiten ist es nicht verwunderlich, daß bisher aus der Empirie abgeleitete, verbindliche Zahlenrelationen bezüglich der Kombination klinischer Merkmale fehlen. Immerhin wurden von ROTH bei etwa 20% der Männer Einbußen der Triebkapazität und bei der Hälfte der Frauen Cyclusstörungen gefunden.

Für die Ausbildung des Psychosyndroms scheint die Ätiologie der Narkolepsie nicht gleichgültig zu sein. WILDER fand z. B. nach Ausschluß postencephalitischer, traumatischer und anderer symptomatischer Fälle unter den idiopathischen Narkoleptikern nur 5—10% Psychisch-Veränderte.

Trotz der Mannigfaltigkeit der mit der Narkolepsie gekoppelten psychopathologischen Abweichungen wurde das Leiden als kriminogener Faktor in der überblickbaren forensischen Literatur, außerhalb der durch das paroxysmale Geschehen unmittelbar verursachten Delikte, wie Wachvergehen (im Kriege), Verkehrs- und Betriebsunfälle und deren Auswirkungen im ärztlichen und rechtlich-sozialen Bereich bisher kaum beachtet.

Deshalb soll anhand von sechs Fällen die Bedeutung der Narkolepsie für abnormes, „sozialpathologisches“ oder kriminelles Verhalten untersucht werden.

Die Kranken wurden in der Forensisch-Psychiatrischen Abteilung der Freien Universität Berlin (Vorstand Prof. Dr. med. E. NAU), in der Universitäts-Nervenlinik Marburg a. d. Lahn (Direktor Prof. Dr. med. H. JACOB) und im Allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Ochsenzoll (Direktor Prof. Dr. med. H. Büssow) begutachtet.

Zunächst mag ein einfach gelegener Fall demonstrieren, wie wenig ein Narkoleptiker sich selbst vor Weiterungen seiner Krankheit zu schützen vermag und wie gering das Verständnis ist, das diesem Leiden von der Umwelt entgegengebracht wird, selbst wenn es bekannt ist.

#### *Fall 1.*

A. litt seit seinem 15. Lebensjahr an postencephalitischen „Schlafanfällen“. Trotz seines in typischer Weise unverkennbar und erheblich veränderten Habitus und des Hinweises auf seine Erkrankung anlässlich der Musterung, wurde er als Rekrut zum Militär eingezogen. Den dienstlichen Anforderungen unterzog sich A. gern und widerspruchslos. Da er ohne körperliche Betätigung — selbst auf fahrenden Lastkraftwagen — stets schnell einschlief, war er alsbald unter dem Spitznamen „der Penner“ in der ganzen Batterie bekannt. Die Freizeit verbrachte er meist schlafend, für Mädchen zeigte er kein Interesse.

Angesichts seiner gutmütigen Trägheit erwiderte A. den Spott seiner Kameraden nicht und versuchte auch niemals, sich wegen seines Leidens krankzumelden oder dienstliche Erleichterungen zu verschaffen. Als A. während eines Unterrichtes — wie üblich — einschlief, wurde er von seinem Unteroffizier grob angefahren. Bestenfalls etwas gereizt, entschuldigte er sich mit der Unausweichlichkeit seiner Erkrankung. Dessen ungeachtet wurde A., obwohl allen Vorgesetzten seine Schlafsucht bekannt war, zu einer 14tägigen Arreststrafe verurteilt, die er ohne Widerspruch akzeptierte und „im Schlaf“ verbüßte. Erst danach wurde A. einer ärztlichen Begutachtung unterzogen, die zu seiner Entlassung aus der Wehrmacht führte.

Zweifellos sind einfach gelagerte Vorkommnisse dieser oder ähnlicher Art nicht selten. Sie zeigen den Kranken nicht agierend, sondern den Zufällen der Umwelt passiv ausgeliefert. Der Situation entsprechend können Randzonen strafbarer Handlungen gestreift werden, ohne daß es die Betroffenen in der Hand haben, sich vor den rechtlichen Folgen ihres Krankseins zu schützen. In welchem Umfang den Kranken ein relevant-strafbares Verhalten unterstellt wird, bleibt in weiten Grenzen dem Ermessen der Umwelt überlassen, von der eine Einsicht in das Pathologische nicht oder nur begrenzt erwartet werden kann. Lebensgeschichtlich resultiert aus derartigen Konstellationen nicht selten ein Scheitern im Arbeitsfeld, in der Ehe oder in sonstigen sozialen Bezügen.

Rechtsfragen werden dabei um so weniger aufgeworfen, je indolenter sich der Kranke verhält und je unwidersprochener er alles das hinnimmt, was ihm geschieht. Hierfür mag noch ein weiterer Fall angeführt werden, in dessen Mittelpunkt ein Versagen in Beruf und Ehe steht.

*Fall 2.*

B. stammt aus einer hessischen Bauernfamilie. Ein Bruder der Mutter hat vermutlich an einer amaurotischen Idiotie gelitten und starb 30jährig. Weitere Besonderheiten, vor allem Anfallsleiden, waren in der biologischen Familie nicht bekannt.

B. hatte in den ersten Schuljahren vorübergehend gestottert und soll angeblich wegen mangelnder Beteiligung am Unterricht zweimal sitzengelassen sein.

Den Lebensunterhalt verdiente sich B. nach seiner Schulentlassung zunächst als Bau-, Land- und Waldarbeiter.

Weil er nach dem Tode des Vaters — infolge seines Intelligenz- und Initiative-mangels — nicht in der Lage war, dem ererbten Besitz vorzustehen, mußte der Hof verpachtet werden. Seit seinem 48. Lebensjahr lebt B. daher vom Pachtzins und gelegentlichen Hilfeleistungen.

Außer zwei Stürzen im Alter von 30 und 44 Jahren (vom Pferd bzw. Fahrrad) mit fraglichen Hirnerschütterungen und einer Dystrophie-Erkrankung während der 2jährigen Kriegsgefangenschaft will B. immer gesund gewesen sein.

Zur Sexualanamnese gab B. an: Erster Geschlechtsverkehr mit 19 Jahren. Mit 41 Jahren wurde B. Vater eines unehelichen Kindes, dessen Mutter er 2 Jahre später heiratete, von der er aber wegen völliger Impotenz nach 2jähriger Ehe — als schuldiger Teil — wieder geschieden wurde. Schon mit 20 Jahren will er sexual-neurasthenische Erscheinungen beobachtet haben.

Narkolepsieanamnese: Seit seinem 38. Lebensjahr käme es ohne erkennbaren äußeren Grund etwa zwei- bis dreimal wöchentlich zu „Schlafanfällen“. B. schlafe

fast täglich bei der Arbeit ein, verschlafe oftmals auch seine Freizeit, habe an nichts Interesse und würde alles vergessen.

Forensisch: Anlässlich des Ehescheidungsstermines (1955) war es ihm nicht möglich, dem Gang der Verhandlung zu folgen oder sich zu rechtfertigen, also seine Interessen wahrzunehmen.

1957 wurde B. zur Unterhaltszahlung verurteilt. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte er sich um sein Kind nicht gekümmert.

Körperlich wies der 52jährige, vorgealterte B. vergrößerte Gesichtszüge und einen adipös-dysplastischen Habitus mit pyknischem Einschlag auf. Neben einem hypotonen Symptomenkomplex bestand eine Bradykardie (58 Puls pro min).

In neurologischer Beziehung waren mäßig lebhaft Reflexe und eine fragliche Blickparese (nach oben) vorhanden.

Das EEG zeigte keine Krampfpotentiale, jedoch niedrige Amplituden, periodenweise  $\beta$ -Wellen-Einstreuungen und vereinzelte  $\theta$ -Wellen.

Psychisch erschien B. stumpf, schwunglos und ohne Antrieb. Affektiv herrschte eine subdepressive Niedergestimmtheit mit dysphorischer Komponente vor, zeitweilig bestand eine mißtrauische Grundhaltung paranoider Prägung. B. fühlte sich aufgrund seiner Wesensänderung, Unbeholfenheit und Langsamkeit von seiner Umgebung mißachtet und angefeindet.

Außerhalb dieser gesteigerten Empfindlichkeit für die eigene Person war seine Beobachtungsgabe eher eingeschränkt, auch das Konzentrationsvermögen, die Auffassungsgabe und die Gedächtnisleistungen schienen reduziert.

Der Intelligenz-Quotient betrug 65 (HAWIE). Auffällig war eine Diskrepanz zwischen dem Verbal-IQ (71) und dem Handlungs-IQ (63). B. zeigte einen vorzeitigen Persönlichkeitsabbau sowie eine allgemeine Verlangsamung und Viscosität in allen geistig-seelischen Bereichen.

Dem Rentenanspruch von B. entsprechend, erfolgte unter Würdigung des Umfangs der psychischen und somatischen Abweichungen seine Invalidisierung.

Wenn sich ohne Frage ein großer Teil der Narkolepsie-Fälle auch nur in zivilrechtlichen Belangen auswirken mag, so lassen sich doch auch eine Anzahl von Beispielen finden (sie überwiegen sogar in unserer Kasuistik), in denen Rechtsgüter verschiedenster Art durch die Auswirkungen der Krankheit erheblich verletzt werden. Die Beurteilung dieser Delinquenten-Gruppe erweist sich stets in rechtlicher, medizinischer und psychiatrischer Hinsicht als besonders kompliziert und soll daher nachfolgend im Zusammenhang dargestellt werden.

### Fall 3.

C. — 1907 als Sohn eines Kapitäns geboren — stammte aus einer hereditär unbelasteten Familie.

Angeblich mußte er das Gymnasium vorzeitig verlassen, weil er im Laufe einer tätlichen Auseinandersetzung seinen Klassenlehrer „in den Schrank geboxt“ hatte.

C., der es im Verwaltungsdienst bis zum Regierungsinspektor „gebracht“ hatte, war während des Krieges Hauptfeldwebel bei der Marine.

Nach dem Zusammenbruch war er zunächst als Landarbeiter, später als Vertreter und Buchhalter beschäftigt.

1950 versuchte C. — ohne eigenes Geschäftskapital — eine Schokoladenfabrik zu betreiben. Nachdem dieser Versuch gescheitert war, arbeitete C. wieder als Vertreter.

Sexualanamnese: C. datiert sexuelle Erfahrungen nach dem 20. Lebensjahr. Seine erste Frau verlor er 1944 durch Kriegseinwirkungen. Die Ehe war kinderlos

geblieben. 1946 wurde C. Vater eines illegitimen Sohnes, dessen Mutter er nur flüchtig kannte, sie soll bald nach der Geburt des Kindes tödlich verunglückt sein.

Seit 1953 will C. eine erhebliche Gewichtszunahme, völlige Desinteressiertheit auf sexuellem Gebiet und eine zunehmende Impotenz bei sich beobachtet haben.

Narkolepsieanamnese: Während eines Kinobesuches (1950) hatte C. nach heftigem Lachen zum ersten Mal das Gefühl völliger Bewegungsunfähigkeit. Derartige Zustände seien in der Folgezeit bei traurigen oder freudigen Gelegenheiten, aber auch ohne äußere Anlässe, mehrmals täglich aufgetreten. Der Schlaf wäre zu dieser Zeit häufig durch nächtliches Aufschrecken, phantastische Traum inhalte, Trugwahrnehmungen und innere Unruhezustände gestört worden. Die Anfälle würden, über den ganzen Tag verteilt, auch bei intensiver Tätigkeit auftreten. Nachts könne er gut arbeiten, habe selten Hunger, verspüre aber oft starken Durst. Gegen Kälte sei er unempfindlich, Hitze belästige ihn. Obwohl die Narkolepsie bereits 1950 diagnostiziert wurde, hat C. nie versucht, eine Invalidenrente zu erhalten.

Forensisch: Nach Übernahme der Schokoladenfabrik (1950) waren ein Strafverfahren wegen Lebensmittelfälschung und Ermittlungsverfahren wegen Scheck- und Kreditbetrügereien gegen ihn anhängig. Aufgrund seiner Verstöße gegen die Lebensmittelgesetze wurde C. im gleichen Jahr zu einer Gefängnisstrafe von 9 Monaten mit 3jähriger Bewährungsfrist verurteilt.

Nach einer vorübergehenden Vertretertätigkeit versuchte C., ein Import-Export-Unternehmen zu gründen. Er mietete zu diesem Zweck ein repräsentatives Büro, ließ imposante Briefköpfe drucken, kaufte umfangreiches Büromaterial ein, engagierte einen Chauffeur und eine Sekretärin. Die erheblichen Unkosten wollte C. durch die zu erwartenden Einkünfte abdecken. Seine Angestellten entlohnte er zunächst mit Werbepremien von Versicherungen, die er für sie abgeschlossen hatte. Durch den Verkauf des nichtbezahlten Inventars glaubte C., seine Gläubiger vorerst befriedigen zu können.

Den bald folgenden Strafverfahren wich C. vorläufig durch die Flucht nach A. aus. Dort übernahm er eine Vertretung, obwohl er wußte, daß die Firma unmittelbar vor dem Konkurs stand.

C. begann sogleich — angeblich um seine Schulden zu tilgen — die übernommenen Waren zu Schleuderpreisen zu verkaufen. Aus dem Erlös wurden jedoch keine Zahlungen geleistet. Auch jetzt konnte sich C. der Strafverfolgung noch durch eine überstürzte Abreise entziehen. Trotz ständiger Geldverlegenheit nahm er weder die Arbeitslosenunterstützung noch die Fürsorge in Anspruch. Schließlich ermittelt, mußte C. vor dem Amtsgericht in F. den Offenbarungseid leisten. Bei dieser Gelegenheit unterließ er die Angabe einer Schreibmaschine, deren Unterschlagung Gegenstand eines Strafverfahrens war. Deshalb wurde C. am 28. August 1959 wegen Betruges und fahrlässigen Falscheides zu einer Gesamtgefängnisstrafe von 4 Monaten verurteilt.

Zur Überprüfung seines Geisteszustandes in dem Berufungs-Verfahren vor dem Landgericht in M. gab ein kataplektischer Anfall Veranlassung, den C. während des Offenbarungseides im Gerichtssaal erlitten hatte.

Körperlich war C. vorgealtert, er wies einen pyknischen Habitus, Stammadipositas, einen pastösen Hautturgor und spärliche Sekundärbehaarung auf.

Die Blutdruckwerte betragen R.R. 110/170 mm Hg. Seine Bewegungsabläufe waren langsam und unbeholfen. Der „müde“ Gesamteindruck wurde durch schlaffe Gesichtszüge, Ptosis der Lider und eine mimische Facialisschwäche noch unterstrichen.

Im Laufe der klinischen Beobachtung (§ 81a StPO) kamen mehrfach paroxysmale Zustände von affektivem Tonusverlust, oft auch in abortiver Form mit zum

Teil weitstanzähnlichen Hyperkinesien, undeutlicher Sprechweise und gedanklichen Ungereimtheiten zur Beobachtung.

Während der neurologischen Untersuchung trat ein kataplektischer Anfall von etwa 30 sec Dauer auf. Die Pupillen waren miotisch und reaktionslos, Sehnen- und Periostreflexe erloschen, Atem- und Pulsfrequenz deutlich verlangsamt.

Das EEG erwies sich durch häufige Einstreuung von Müdigkeitsveränderungen als pathologisch.

Psychisch bestand eine zuversichtlich-optimistische und jovial-generöse Haltung. Von den zahlreich eingehenden Geldforderungen nahm C. keine Notiz. Er führte dagegen nach dem Studium von Heiratsannoncen eine rege Korrespondenz mit vielen Frauen, bei denen er offenbar in bezug auf seine Person falsche Vorstellungen erweckt hatte.

Testpsychologisch konnte eine gute Intelligenz (HAWIE: IQ=112) ermittelt werden, lediglich das kombinatorische Denkvermögen schien etwas eingeengt.

In der Klinik machte C. den Krankenschwestern unangemessen hohe Geldgeschenke. An dem Schicksal seines Kindes, von dem er weder den Namen noch das Geburtsdatum oder den Aufenthalt wußte, schien C. dagegen ebensowenig interessiert zu sein, wie an einem Kontakt mit seinen Verwandten.

Psychiatrisch wurde für das C. zur Last gelegte Delikt: „Fahrlässiger Falscheid“ — weil sich eine forensisch-relevante Bewußtseinsstörung infolge des erlittenen kataplektischen Anfalles nicht ausschließen ließ — Zurechnungsunfähigkeit im Sinne der Vorschriften des § 51 Abs. 1 StGB angenommen.

Im Hinblick auf das angeklagte Betrugsdelikt lagen wegen der krankheitsbedingten Persönlichkeitsveränderung die Voraussetzungen des § 51 Abs. 2 StGB vor.

Auf die Berufung des Angeklagten wurde das Urteil des Amtsgerichtes in F. aufgehoben. Aus den Urteilsgründen des Landgerichtes M. vom 25. Juli 1960 ergibt sich, daß C. von der Anklage des fahrlässigen Falscheides infolge seiner Zurechnungsunfähigkeit freigesprochen wurde. Bezüglich des zweiten Anklagepunktes erfolgte keine Verurteilung, und zwar aus rechtlichen Gründen, weil C. eine Betrugsabsicht nicht nachgewiesen werden konnte.

#### *Fall 4.*

D., 1920 in Hessen geboren, stammt aus einer erblich unbelasteten Handwerkerfamilie.

Nach normaler Geburt und Kindheitsentwicklung wurde er rechtzeitig eingeschult. Trotz angeblich guter Lernfähigkeit mußte er die vorletzte Grundschulklasse wegen „Desinteressiertheit“ wiederholen.

D. beendete die Dachdeckerlehre termingemäß und meldete sich 1939 zur Fallschirmtruppe. Nach 8jähriger Kriegsgefangenschaft in Rußland, während der er eine Ruhrerkrankung durchgemacht und an Dystrophie gelitten haben will, wurde D. 1953 entlassen. Versuche, sich in dem erlernten Beruf selbständig zu machen, schlugen fehl.

Sexualanamnese: Angeblich erst nach dem 20. Lebensjahr vereinzelte Frauenbekanntschaften. Trotz erheblicher Bedenken der Familie gegen den übereilten Schritt schloß D. 1953, unmittelbar nach seiner Heimkehr aus der Gefangenschaft, die Ehe mit einem jungen Mädchen, das er erst wenige Wochen vorher kennengelernt hatte. Sexuell will D. immer wenig vital gewesen sein.

Anlässlich seiner ersten psychiatrischen Begutachtung (1956) bestätigte die Ehefrau sexual-neurasthenische Erscheinungen, Potenzmangel und orgasmo-leptische Zustände.

Narkolepsieanamnese: Bei der Untersuchung im Heimkehrerlager (1953) gab D. an, er litte seit „längerer Zeit“, etwa drei- bis viermal am Tage, an „Schlafanfällen“.

Auch nach seiner Entlassung würden diese Zustände bei der Arbeit, beim Lesen, Schreiben oder Essen auftreten. Er habe die Anfälle aber auch bei starker Gemütsbewegung, sei es nun Freude oder Zorn, und während des Sexualverkehrs nach Eintritt des Orgasmus, beobachtet.

Forensisch: Während seiner Militärzeit erhielt D. mehrfach Disziplinarstrafen, hauptsächlich, weil er den Zapfenstreich überschritt, aber auch wegen Demolierung der Kantineneinrichtung. Durch kriegsgerichtliches Urteil mußte er eine 6wöchige Arreststrafe verbüßen; er hatte ein geliehenes Fahrrad veruntreut, d.h. „vergessen“, es zurückzugeben. D. wurde, weil ihn seine Vorgesetzten schätzten und er allgemein beliebt war, trotzdem zum Unteroffizier befördert.

Während der Kriegsgefangenschaft kam es ebenfalls mehrfach aus disziplinarischen Gründen, aber auch nach verschiedenen planlosen Fluchtversuchen, zu Bestrafungen. Eine tätliche Auseinandersetzung mit einem Vorgesetzten in der Internierung wurde mit 10 Jahren Arbeitslager geahndet.

Nach Deutschland zurückgekehrt, entwickelte D. eine auffällige Betriebsamkeit und unternahm zahlreiche Geschäftsfahrten mit geliehenen Kraftwagen. Bei einer solchen Gelegenheit — D. hatte aus Gefälligkeit einen Fremden mitgenommen — geriet er ohne erkennbaren äußeren Anlaß von der Fahrbahn ab und fuhr gegen einen Brückenpfeiler. Der Wagen wurde total zertrümmert. D. erlitt eine Gehirnerschütterung und der Mitfahrer erhebliche Verletzungen.

Bei seiner Verurteilung wegen „fahrlässiger Körperverletzung“ erwähnte D. seine Krankheit nicht. Den Kraftfahrzeugschaden blieb er schuldig. Inwieweit D. den Regreßansprüchen seines Mitfahrers später entsprochen hat, ließ sich nicht mehr feststellen.

Der Geschäftseröffnung als selbständiger Dachdecker (1956) blieb der Erfolg versagt. Im gleichen Jahre wurde D. wegen mehrerer Sittlichkeitsdelikte, die er an 10—12jährigen Mädchen verübt hatte, verhaftet.

Die geschädigten Kinder schilderten D. als „guten Onkel“, der mit ihnen schäkere und musizierte.

Nach dem Gutachten der Anstaltsärzte, die D. stationär beobachtet hatten (§ 81a StPO), wurden die Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 Abs. 1 StGB aufgrund eines bei ihm vorliegenden hirnatrophischen Prozesses als gegeben angesehen. Nicht zuletzt auch in Anbetracht der langen Kriegsgefangenschaft und des guten Eindruckes, den D. durch sein reuevolles Geständnis auf das Gericht hervorrief, erfolgte die Einstellung des Strafverfahrens.

1956 wurde D. zu einem Monat Gefängnis (mit Bewährung) verurteilt, da er seiner Unterhaltspflicht nicht nachgekommen war. Er hatte sich weder um seine Frau, noch um das Kind gekümmert.

Ein Strafverfahren wegen Überschreitung der Leihfrist für einen Personenwagen mußte eingestellt werden; es war nicht gelungen, den Aufenthaltsort von D. vor Ablauf der Verjährungsfrist zu ermitteln.

Es kam in der Folgezeit noch mehrfach zur Benutzung von Leihwagen, für welche D. die Kosten meist schuldig blieb. Einen weiteren Unfall ohne nennenswerte medizinische, aber mit entsprechenden Rechtsfolgen, erlitt D. 1957, ebenfalls wieder mit einem geliehenen Wagen.

1957, 4 Jahre nach der Eheschließung, wurde D. schuldig geschieden.

Ein Jahr später, 1958, führte D. in einem Mietauto mit zwei 11jährigen Mädchen Gespräche lasziv-sexuellen Inhaltes und masturbierte vor den Kindern. Kurze Zeit später verhaftet, gab er seine Straftaten zu, versuchte aber, seine Handlungen — wie bereits im ersten Strafverfahren — damit zu erklären, daß ihn die Kinder durch ihr Verhalten geschlechtlich gereizt hätten.

Die körperliche Untersuchung ergab bei dem 39jährigen, älter aussehenden Pykniker einen Blutdruck von RR 120/85 mm Hg. Außer einer vegetativen Erregbarkeitssteigerung vagotoner Prägung waren keine Besonderheiten festzustellen.

Während der stationären Beobachtung nach § 81a StPO kamen auf der Krankenabteilung fast täglich kataleptische Zustände zur Beobachtung.

Das EEG war durch rasch aufeinanderfolgende, verlangsamte Kurvenstrecken gekennzeichnet. Der  $\alpha$ -Rhythmus von 9 sec wurde durch Perioden von 5 sec hoch-amplituder  $\theta$ -Aktivität überdeckt.

Pneumoencephalographisch stellte sich der linke Ventrikel gegenüber dem rechten als deutlich erweitert dar. Eine Progredienz im Vergleich mit den 4 Jahre vorher durchgeführten Untersuchungen in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus, bei denen ein hirnatrophischer Prozeß angenommen wurde, lag nicht vor.

Psychisch verhielt sich D. freundlich und zugewandt. Im Rohrschach-Test war eine Tendenz zur Perseveration unverkennbar. Trotz guter intellektueller Fähigkeiten ließ D. eine Zentrierung auf verpflichtende innere Werte vermissen und versuchte, seine mangelhafte assoziative Anpassung konfabulatorisch-kombinatorisch auszugleichen. Affektiv herrschte eine flach-euphorische Gestimmtheit mit Neigung zur Selbstüberschätzung und optimistischer Lebenseinstellung vor. Die Explorationen machten die Interessen- und Bedenkenlosigkeit des Untersuchten deutlich, der weder die Höhe seiner beträchtlichen Schulden, noch die Anzahl seiner Gläubiger nennen konnte und auch über das Schicksal von Frau und Kind nichts wußte.

Die Intelligenz-Prüfung zeigte ein durchschnittliches Niveau (HAWIE: IQ = 105). Bemerkenswert waren Einbußen im Bereich der Gedächtnis- und Merkfähigkeit sowie eine Erhöhung des physiologischen Abbauquotienten um 20%.

Psychiatrisch wurden für die Sittlichkeitsdelikte an den beiden Mädchen — in Hinblick auf die organische Persönlichkeitsnivellierung, zu der es bei D. im Verlaufe seiner Erkrankung gekommen war — die medizinischen Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 Abs. 2 StGB bejaht.

Am 6. Mai 1960 erhielt D. wegen Unzucht mit Kindern eine Gefängnisstrafe von einem Jahr und 3 Monaten, die durch die Untersuchungshaft als verbüßt galt. D. wurde die Fahrerlaubnis entzogen und der Führerschein gemäß § 42 m StGB einbehalten, weil er sich durch die in seinem Kraftfahrzeug begangene Tat als ungeeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen erwiesen hatte.

Nach der Urteilsverkündung begab sich D. zu einer 11 Jahre älteren Witwe (mit minderjähriger Tochter), die er lediglich durch eine während der Haft geführte Korrespondenz kannte, und zwar als deren „Verlobter“.

#### *Fall 5.*

E. wurde 1904 in der Mark-Brandenburg als Sohn eines Schuhmachers geboren. Innerhalb der biologischen Familie überwogen handwerkliche und bäuerliche Berufe.

Seinen Vater bezeichnete E. als „gemütlichen Trinker“, die Mutter als „etwas nervös“ und wenig belastungsfähig. Ein Vetter väterlicherseits sei beschränkt gewesen und eine Schwester des Vaters habe in jüngeren Jahren „aus Liebeskummer“ Selbstmord verübt. Mit seinen beiden 45 und 50 Jahre alten verheirateten Schwestern, den übrigen Verwandten und seinen Kindern hat E. seit Jahren keinen Kontakt mehr.

In der Schule will E. wegen „Faulheit“ und „Interessenlosigkeit“ einmal sitzengeblieben sein. Nach bestandener Gesellenprüfung als Installateur (1922) war E. bis 1928 in seinem Beruf, danach nur noch als ungelernter Arbeiter tätig.

Sexualanamnese: Spermarche mit 20 Jahren. Vor seiner Eheschließung (1933) erinnert sich E. nur an zwei flüchtige Kontakte mit Frauen. Im Laufe der beiden letzten Jahre rasch fortschreitender Potenzverlust, seit etwa einem Jahr kein

ehelicher Verkehr mehr. (Die Ehefrau bestätigte geringes sexuelles Interesse und ein Nachlassen von Potenz und Libido in dem genannten Zeitraum.)

Außer den üblichen Kinderkrankheiten und einem Schädelbasisbruch war E. bis zu seinem 45. Lebensjahr immer gesund. Danach Gichtleiden und seit 1956 eine chronisch rezidivierende Oberlappentuberkulose.

Narkolepsieanamnese: Die ersten narkoleptischen Anfälle will E. mit 24 Jahren bemerkt haben. Er beschreibt diese Zustände als mehrminütiges Zusammensinken, das öfter am Tage, besonders häufig aber bei warmer Witterung aufträte. Seine Bewußtseinslage charakterisiert E. als „unwirklich-traumhaft“.

Der Hausarzt behandle ihn wegen seines Leidens mit dreimal täglich zwei Pervitin-Tabletten.

Die Aufgabe seines erlernten Berufes begründete E. damit, daß er mehrmals mit der Lötlampe in den Händen eingeschlafen sei und sich die Finger verbrannt hätte.

Forensisch: 1943 wurde E., weil er auf seiner Arbeitsstelle (einem Rüstungsbetrieb) ständig verspätet eintraf, zu einer 6wöchigen Gefängnisstrafe verurteilt. (In den Akten wird er als „unpünktlicher Gefolgschafter, der nachts als Schlagzeugspieler tätig sei, ein notorischer Bummler und Lügner wäre und insgesamt als eines jener unverbesserlichen Elemente bezeichnet werden müsse, für welche die härteste Strafe am Platz erscheint“, dargestellt.)

Die in einem Militärlazarett anlässlich seiner Begutachtung zur Frage der strafrechtlichen Verantwortlichkeit vorgenommene Pneumoencephalographie ergab (1943) einen mäßigen Hydrocephalus internus, rechts ausgeprägter als links, und eine vermehrte periphere Luftansammlung über frontalen Bereichen.

Die Revisionsverhandlung führte zum Freispruch, da psychiatrischerseits der § 51 Abs. 1 StGB bejaht wurde.

1944 — nach einer Verwarnung, weil er anstelle von „Heil Hitler“ mit „halber Liter“ begrüßt hatte, erfolgte schließlich seine Einstufung als wehrdienstuntauglich und die Entlassung aus der Wehrmacht.

Nach dem Krieg (von 1947—1952) wurde E. sechsmal wegen Diebstahls und Steuerhehlerei zu hohen Gefängnis- bzw. Zuchthausstrafen verurteilt.

Unzuchtshandlungen an einer 12jährigen Schülerin, der er pornographische Bilder gezeigt und die er unter dem Vorwand, sich von ihrem „Reifezustand“ zu überzeugen, unzüchtig berührt haben soll, bewirkten seine erneute psychiatrische Untersuchung.

Der körperliche Befund ergab bei dem 57jährigen vorzeitige Verbrauchtheit, einen hypotonen Symptomenkomplex und Zeichen allgemeiner Adynamie. Konstitutionsbiologisch entsprach E. einem „mageren Pykniker“. Die sekundären Geschlechtsmerkmale wiesen involutive Veränderungen auf.

Psychisch war E. seinen Mithäftlingen dadurch aufgefallen, daß er oft beim Essen einschliefe, von seiner Umgebung kaum Notiz nahm und sich manchmal ganz „närrisch“ aufführte, indem er z.B. Musikinstrumente, hauptsächlich ein Saxophon, imitierte.

Der behandelnde Arzt des Untersuchungs-Haft-Krankenhauses — E. war dort wegen seiner Lungentuberkulose untergebracht — bestätigte, daß er den Häftling während der Visite häufig in sich zusammengesunken oder schlafend angetroffen hätte. Man habe ihn zwar aufwecken können, E. sei dann aber mürrisch und abweisend gewesen.

Die Ehefrau schildert ihren Mann primärcharakterlich als lebenslustig, gesellig, einfallsreich und humorvoll, er sei früher eine regelrechte „Stimmungskanone“ gewesen.

Der psychische Befund war durch eine Reduktion der Gedächtnis- und Merkfähigkeit und eine deutlich verlangsamte Psychomotorik gekennzeichnet. Im

Gemütsbereich herrschte eine subdepressive Initiativlosigkeit mit apathisch-gleichgültiger Note vor. E. wirkte müde, schwunglos, gelegentlich affektinkontinent. Ein oberflächlicher Kontakt ließ sich mit ihm zwar rasch herstellen, mußte aber ständig angeregt werden, um nicht zu versiegen.

Bei der experimental-psychologischen Untersuchung zeigte E. eine durchschnittliche Intelligenz (HAWIE: IQ = 103). Im Rohrschach-Test: Perseverationstendenzen und eine Neigung zu impulsiv-triebgesteuerten, unreflektierten Verhaltensweisen. Die ihm zur Last gelegten strafbaren Handlungen gab er in vollem Umfang zu, durch das Strafverfahren schien E. ebensowenig beeindruckt, wie später durch die Gerichtsverhandlung.

Psychiatrisch waren aufgrund des Umfangs des Persönlichkeitsabbaues bei E. die Voraussetzungen des § 51 Abs. 2 StGB zu bejahen.

Am 10. 7. 62 wurde E. vom Landgericht in B. zu einer Gefängnisstrafe von 9 Monaten mit 3jähriger Bewährungsfrist verurteilt.

*Fall 6.*

F., 1923 in Berlin geboren, stammt aus einer erblich unbelasteten Handwerkerfamilie.

Wegen seines bedächtig-altklugen Wesens sei er in der Schule „Großvater“ genannt worden.

Kurz vor Kriegsausbruch bestand F. nach normalem Schulbesuch die Gesellenprüfung als Lithograph. Er wurde einige Monate später eingezogen und war bis 1947 in englischer Kriegsgefangenschaft. Heimgekehrt, nahm er seinen erlernten Beruf wieder auf, in letzter Zeit Leistungsrückgang und mehrfacher Arbeitsplatzwechsel.

Sexualanamnese: Spermatheke mit 17 Jahren. Während der Militärzeit häufigere, nach dem Kriege seltenere sexuelle Beziehungen. Die erste Ehe (1949—1951) wurde angeblich wegen wirtschaftlicher Unfähigkeit der Ehefrau geschieden. Für den aus dieser Verbindung stammenden Sohn, dessen Aufenthalt er nicht kennt, will sich F. nie interessiert haben.

1956 heiratete F. seine jetzige Frau, die eine damals 5jährige, uneheliche Tochter in den Haushalt mitbrachte.

Frau F. gab an, daß in den letzten Jahren eine zunehmende Potenzschwäche bei ihrem Manne aufgetreten wäre und er während des Geschlechtsverkehrs schon mehrfach eingeschlafen sei. F., den sie durch eine Heiratsannonce kennengelernt hatte, wird von der Ehefrau als von jeher „sexuell träge“ bezeichnet.

F. besitzt eine große Sammlung obszöner Aufnahmen. Er war jahrelang Mitglied eines FKK-Vereines und will dort auch „sexualwissenschaftliche“ Vorträge besucht haben. In seiner Freizeit verfaßte F. einen umfangreichen fiktiven Briefwechsel, in dem er sexuelle Erlebnisse von Pensionatsmädchen mit in kindlich-unbeholfener Weise verstellter Schrift und in vulgärer Form schildert. F. fertigte auch „Fragebogen“ für filminteressierte Teenager an, in denen neben dem Platz für Aktfotos in verschiedenen Positionen indezente Fragen beantwortet werden sollten.

Von seiner 10jährigen Stieftochter hat F. eine Reihe von Fotografien angefertigt, die das Kind in einer unsittlichen Pose zeigen.

Außer den üblichen Kinderkrankheiten will F. nie ernstlich krank gewesen sein.

Narkolepsieanamnese: Im Alter von 18 Jahren sollen erstmals „Schlafanfalle“, deren Dauer mit einer Minute bis zu einer halben Stunde angegeben werden, etwa fünf- bis sechsmal am Tage aufgetreten sein. F. sei zwar durch starke Reize aus diesem Zustand erweckbar, leide aber nach dem Aufwachen noch längere Zeit unter erheblicher Konzentrationsschwäche und Müdigkeit. Bei seinen Anfällen sinke er in sich zusammen, halte meistens die Gegenstände, wie z. B. sein Arbeitsgerät, weiter fest, wäre aber noch niemals zu Boden gestürzt.

Forensisch: 1955 Geldstrafe wegen groben Unfugs: F. hatte den Hund einer „eingebildeten“ Nachbarin von seinem Fenster aus mit einer Handschleuder beschossen, das Tier ließ vor Schreck die Einkaufstasche aus dem Maul fallen und verstreute den Inhalt auf die Straße.

Ein Jahr später wurde F. zu 400.— DM Geldstrafe wegen Exhibitionismus in einem U-Bahn-Abteil verurteilt.

Die psychiatrische Untersuchung erfolgte zu diesem Zeitpunkt wegen eines Beleidigungsdeliktes auf sexueller Grundlage gegenüber zwei minderjährigen Mädchen, denen F. Aktmagazine gezeigt und sie aufgefordert haben soll, sich gegen Entgelt unbedeckt von ihm fotografieren zu lassen.

Körperlich wies der 39jährige, älter aussehende F. einen pyknischen Habitus auf. Der Blutdruck betrug RR 120/90 mm Hg. Die Sekundärbehaarung war gelichtet. Außer einer vegetativen Erregbarkeitssteigerung und einer extrapyramidal wirkenden Hypomimie mit angedeutetem Salbengesicht und allgemeiner Bewegungsarmut konnten keine Abweichungen festgestellt werden.

In seinem psychischen Verhalten war F. redselig, weitschweifig und nur mit Mühe auf ein Thema zu fixieren.

Die Stimmungslage erschien gehoben, teilweise indifferent. In seinem Benehmen wirkte F. unbekümmert, kritiklos und selbstbewußt, besonders, wenn er umständlich und wichtigtuerisch über sein „Hobby“ (Streichholzschatel-Sammlung) berichtete.

Im Rohrschach-Test fiel eine leicht mobilisierbare und sehr bewegliche Antriebsenergie in allen psychischen Bereichen auf. Die Affektivität imponierte als äußerst labil und schwankte in schnellem Wechsel zwischen wohlgelaunter Heiterkeit und reizbar-empfindsamen Zuständlichkeiten.

In der Kontaktaufnahme, die bei F. offensichtlich erleichtert war, kam eine gewisse Distanzlosigkeit zum Ausdruck.

Im rationalen Sektor erwies sich trotz guter formaler Intelligenz (HAWLE: IQ = 109) der exakt-logische Denkprozeß durch ständig produktives Assoziieren als gehemmt. Im Verhalten dominierten unbewußte Impulse.

Frau F. meinte, ihren Ehemann könne man nicht „für voll nehmen“, er wäre ihr zweites Kind. Wenn sie ihm einmal Vorwürfe mache, z. B. wegen der in den Teppich gebrannten Löcher, betreibe er eine „Vogel-Strauß-Politik“, d. h. er ginge sogleich zu Bett und schlafe sofort ein (affektiver Tonusverlust?).

Ihr Mann greife viele Projekte auf, ohne auch nur eines davon zu verwirklichen. Für zahllose Lehrgänge habe er schon Geld ausgegeben, das Material kommen lassen, ohne damit zu arbeiten.

Psychiatrisch lagen in Hinblick auf die hirnorganische Wesensänderung bei F. die Voraussetzungen zur Anwendung des § 51, Abs. 2 StGB vor.

Am 2. Oktober 1963 wurde F. vom Landgericht in B. wegen „Beleidigung auf sexueller Grundlage“ zu einer Geldstrafe von 400.— DM verurteilt.

### *Besprechung*

Bei dem Vergleich der sechs mitgeteilten Fälle überwiegen — psychiatrisch und forensisch — die Übereinstimmungen in einem solchen Maße, daß trotz des Nuancenreichtums der einzelnen Lebensläufe und klinischen Syndrome ein fast typisierter Eindruck entsteht.

Die Hereditätsverhältnisse ergaben stets keine Belastung mit Anfallsleiden oder Kriminalität. Alle Kranken entstammten sozial geordneten

Verhältnissen, dem handwerklich-bäuerlichen Milieu bzw. dem bürgerlichen Mittelstand, wurden rechtzeitig eingeschult und beendeten termingerecht ihre Lehren.

Beruflich konnte mit zunehmendem Alter jedoch das der Herkunft und Ausbildung entsprechende Niveau nicht gehalten werden.

Der Beginn des Leidens erstreckte sich bei unseren Patienten von der Adoleszenz bis in das 4. Lebensjahrzehnt (mit 15, 18, 24, 30, 38 und 43 Jahren). Die Anfallsfrequenz der narkoleptischen bzw. kataplektischen Zustände war bei allen initial gesteigert, um allmählich abzuflauen, bis sich der für die Krankheit typische, monoton-stationäre Verlauf einspielte.

Die diagnostische Einordnung der Erkrankung stieß — mit Ausnahme von C. — auf Schwierigkeiten. Die Narkolepsie wurde erst viele Jahre nach der Anfallsmanifestation erkannt. Alle Kranken nahmen ihr Leiden nicht ernst, allein E. ärztliche Hilfe in Anspruch.

Die sexuelle Entwicklung wurde — außer bei F. — als verzögert und die prämorbid Triebspannung als gering geschildert. Im Verlauf der Erkrankung traten bald Einbußen in der Sexualsphäre auf, die bei C. und D. bereits wenige Jahre nach Krankheitsbeginn zu einem völligen Verlust von Libido und Potenz, bei den anderen zu sexual-neurasthenischen bzw. orgasmoleptischen Erscheinungen, schließlich auch zu Sittlichkeitsdelikten an Kindern führten.

Körperbaulich handelte es sich um Pykniker, von denen nur E. einen reduzierten Allgemeinzustand infolge seines chronischen Lungenleidens aufwies. Bei hypotonen Blutdruckwerten dominierte eine vagotone Regulationslage. Die bei B., C., D. und E. vorgenommenen Pneumo- bzw. Elektroencephalographien ergaben pathologische Befunde.

Psychisch bestanden generell Affektivveränderungen, die von unmotivierter Gehobenheit bis zur melancholischen Bedrücktheit mit abnormen Vorstellungstendenzen reichten. Bei C., D. und F. herrschte eine ungefüllt-heitere, submanisch-gefärbte Habitualstimmung vor. E. zeigte darüber hinaus gelegentlich eine depressive Resigniertheit, während bei B. ein paranoides Syndrom nachgewiesen werden konnte.

Die ausnahmslos hypomanisch veränderten Kranken ließen einen ausgeprägten Mangel an Distanz und eine unkritische Selbstüberschätzung mit großspurig-wichtigtuertischem Gehabe erkennen. Die Interessengestaltung war allgemein oberflächlich und augenblicksbeschränkt. Die labile Antriebsdynamik war hyperprosektisch bestimmbar und rational-ungesteuert. Der erleichterten Kontaktfindung stand eine Unfähigkeit zu echten inneren Bindungen, der freundlichen Zugewandtheit eine indolente Gleichgültigkeit, besonders für Familie und eigene Kinder, gegenüber.

Vielfach war eine unernte Lebenshaltung mit Neigung zu infantil-regressiv anmutendem Ulk und Schabernack vorhanden. E. führte sich in der Haft als Saxophonimitator „nährisch“ auf, F. verübte groben Unfug und wurde von seiner Frau als „ihr zweites Kind“ bezeichnet. Auch die sittlichen Verfehlungen, die bald die Grenze harmloser Neckereien überschritten, enthielten vor allem im Fall D. Sexual- und Spieltriebelemente.

Außer B., der mit einem IQ von 65 nach HAWIE eindeutig debil war, besaßen alle Kranken ein gutes Intelligenzniveau (C.: IQ = 112; D.: IQ = 105; E.: IQ = 103; F.: IQ = 109).

Der Intellekt wurde jedoch nicht als Kontrollinstanz, bestenfalls zur Sekundärmotivation der unreflektiert-impulsiven Aktionen eingesetzt.

Die beobachteten psychopathologischen Eigentümlichkeiten sind ohne Frage in ihrer Gesamtheit als Einbußen zu beurteilen: Die „rücksichtslos“ erscheinenden Betrugsdelikte und das hemmungslose Erwerbssstreben stellen ein Unvermögen zur realistischen Lebensplanung dar. Ebenso dokumentieren die beruflichen Mißerfolge und zahlreiche Vorstrafen eine Unfähigkeit zu erfahrungsgesteuertem Handeln.

Es drängt sich bei diesen Feststellungen die Frage auf, ob in dem Verlust ursprünglich vorhandener Funktionen und Fähigkeiten eine spezifische Krankheitswirkung erblickt werden kann. Sieht man in der Manifestation der Anfallsphänomene den Beginn des Leidens, dann spräche die Tatsache, daß gerichtliche Verfolgungen erst nach diesem Zeitpunkt einsetzen, für die Annahme, daß Krankheitsprozesse und größere Verhaltensauffälligkeiten korrelieren.

Die biographischen Analysen geben in unseren Fällen aber auch Hinweise auf primärcharakterliche Wesenszüge, die den jetzt nachgewiesenen psychopathologischen Symptomen zu entsprechen scheinen. F. wurde bereits in der Kindheit wegen seines altklug-phlegmatischen Wesens „Großvater“ genannt. B., D. und E. mußten infolge ihrer „Interessenlosigkeit“ eine bzw. zwei Schulklassen wiederholen, unüberlegt- Augenblicksbestimmte Reaktionen bereiteten C. und D. in der Schul- und Militärzeit erhebliche Schwierigkeiten.

Die spätere Entfaltung, zum Teil Kariikierung und Auflockerung des primärpersönlichen Charaktergefüges legt bei dem Fehlen ähnlicher Anomalien in der Aszendenz in Verbindung mit dem beruflichen Versagen, vor allem aber auch durch die weitgehende Übereinstimmung der Psychosynndrome, deren krankheitsgebundene Genese nahe.

Die Vielgestaltigkeit der Psychosynndrome, das Mißverhältnis zwischen gutem Intelligenzniveau, sozialem Abstieg und primitivem Verhalten (C., D., E., F.) sowie die in sich widerspruchsvoll erscheinenden Persönlichkeitsmerkmale im Charakteraufbau müssen zur Erklärung der

Heterogenie der verschiedenen Verhaltensstörungen und Straftatbestände herangezogen werden.

Neben Verkehrs-, Eigentums- und Betrugsdelikten standen Falschcid, Körperverletzung, grober Unfug, Unterschlagung, Vernachlässigung der Unterhaltspflicht, Eheverfehlungen, Beleidigung, öffentliches Ärgernis und Unzuchtshandlungen zur Diskussion.

Über die gerichtlich verfolgten Straftaten hinaus enthielten einige Manipulationen Tendenzen, die in die Richtung von Heiratsschwindel, Urkundenfälschung, Scheck- und Kreditbetrug wiesen.

Eine Trennung der Delikte, ihrem Entstehungsmodus gemäß, in Anfalls-Folgen und solche, die als Ausdruck krankheitsbedingter Persönlichkeitsveränderungen aufzufassen sind, kann — da sich beides häufig vermischt — nicht immer eindeutig durchgeführt werden.

Das Verkehrs- und Körperverletzungsdelikt — offenbar Folge eines paroxysmalen Zustandes am Steuer — war nur dadurch möglich, weil D. aufgrund seiner Bedenkenlosigkeit trotz seines Leidens weiterhin ein Kraftfahrzeug lenkte und auf diesen Fahrten fremde Personen mitnahm.

Der fahrlässige Falschcid, der zunächst als Anfallsfolge imponiert — C. hatte unter der emotional belastenden Situation einer Gerichtsverhandlung einen kataplektischen Anfall erlitten —, kam ebenfalls nur durch die geschäftlichen Unternehmungen, die zu dem Offenbarungseid führten, zustande.

Die forensisch-psychiatrische Beurteilung ist bei Delikten, die als mittelbare oder unmittelbare Anfallsfolge aufzufassen sind, unproblematisch. Infolge der Bewußtseinsstörung ist bei den Tätern Zurechnungsunfähigkeit im Sinne des § 51 Abs. 1 StGB anzunehmen (Fall C.).

Jene kriminell auffälligen Persönlichkeiten dagegen, deren Straftaten Ausdruck einer krankheitsbedingten Charakterstörung sind, werden meistens — ohne die Bedeutung organ-psychischer Abweichungen zu überschätzen — im Sinne der Vorschriften des § 51 Abs. 2 StGB zu beurteilen sein, falls ein psychoseähnliches Syndrom oder konstellative Faktoren (akute Krankheiten, Intoxikationen) nicht die Anwendung des § 51 Abs. 1 StGB erfordern.

Schwierig gestaltet sich die Beantwortung der Frage nach der Zurechnungsfähigkeit von narkoleptischen Delinquenten, wenn die krankheitsspezifischen Persönlichkeitsveränderungen — größtenteils in Form von Hemmungsverlust oder Insuffizienz — weder zum greifbaren Schrittmacher der Kriminalität werden, noch sich augenfällig von der Primärstruktur abheben.

Bei einer Akzentuierung ursprünglicher Charaktermerkmale nach dem Auftreten narkoleptischer Erscheinungen werden sich Einwirkungen auf das Handlungs- und Einsichtsvermögen unseres Erachtens nicht mit Sicherheit ausschließen lassen.

In der mitgeteilten Kasuistik konnte den „narkoleptischen“ Persönlichkeitsveränderungen sogar eine entscheidende kriminogene Bedeutung beigemessen werden.

Eine spezifische Deliktart ließ sich dagegen für die Narkolepsie ebensowenig wie für andere Cerebropathien herausstellen. Selbst bei den in ihrer Mechanik übersehbaren Anfallsdelikten kann es zu sehr unterschiedlichen strafrechtlichen Tatbeständen kommen.

Abschließend sollen die zivilrechtlichen Konsequenzen im Gefolge der Erkrankung nicht unerwähnt bleiben. In unseren Fällen wurden z. B. die Kranken ausnahmslos als schuldiger Teil geschieden, offenbar, ohne daß die Voraussetzungen der §§ 18 und 45 Ehegesetz geprüft worden waren.

Bei der Klärung von Sorgerechtsfragen, Pflegschafts- und Entmündigungsangelegenheiten, Unterhaltsklagen und Erteilung der Fahrerlaubnis oder anlässlich der Begutachtung für das Sozialgericht kann die Feststellung des Vorliegens einer Narkolepsie — die stets bei unklaren Müdigkeitssymptomen oder paroxysmalen Zuständlichkeiten in den Kreis diagnostischer Erwägungen einbezogen werden sollte — für die Rechtsfindung richtungweisend sein. In Hinblick auf die mangelnde Krankheitseinsicht der meisten Narkoleptiker dürfte sich bei ausgeprägten Einbußen die Einleitung vormundschaftsgerichtlicher Maßnahmen empfehlen.

#### *Zusammenfassung*

Anhand von sechs Narkolepsiefällen wurde der Frage nach den psychopathologischen Veränderungen, der strafrechtlichen Verantwortlichkeit der Kranken und den zivilrechtlichen Konsequenzen des Leidens nachgegangen.

Es wird die Auffassung vertreten, daß Zurechnungsunfähigkeit (§ 51 Abs. 1 StGB) bei Tätern, deren Straftaten als mittelbare oder unmittelbare Anfallsfolge zu beurteilen sind, anzunehmen bzw. nicht auszuschließen ist.

Bei den Delikten, die als Symptom der krankheitsspezifischen Persönlichkeitsnivellierung und Affektivveränderung zu gelten haben, muß sich die Beurteilung der Delinquenten nach der Ausprägung des klinischen Bildes und dem Vorhandensein eventueller konstellativer Faktoren richten.

Übertretungen, Vergehen oder Verbrechen können sowohl Folge eines Anfalls, als auch eines diencephal-hirnlokalen Psychosyndroms sein und — z. B. bei mehreren Delikten — zu einer unterschiedlichen Beurteilung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit führen.

Die kriminogene Bedeutung der Narkolepsie erweist sich letzten Endes als abhängig von dem Wirkungsgrad des hirnorganischen Krankheitsprozesses auf jene cerebralen Strukturen, die für das Zustandekommen und die Ausgestaltung des individuellen Verhaltens entscheidend sind.

Abschließend erfolgt ein Hinweis auf den oft übersehenen zivilrechtlichen Aspekt der Narkolepsie und die Notwendigkeit differentialdiagnostischer Erwägungen bei jedem organ-psychisch veränderten Probanden mit unklaren Müdigkeits- oder Anfallserscheinungen in Analogie zu den mitgeteilten Krankheitsfällen.

### *Summary*

The study is concerned with six cases of narcolepsy. It deals with the psychopathology and the attacks of narcolepsy, as well as both criminal and civil evaluation in court.

In assessing the criminal cases there are two distinctions to be made  
1. in consequence of the organic change in the personality,  
2. in consequence of the after-effect of the attack.

In many cases these delicts are the consequence of both factors.

The criminogen importance of narcolepsy is related to the effect the disease has on the primary character.

The assessment of the degree of responsibility under the criminal law depends on the clinical pattern of the patient, the circumstances of the criminal action and possible constellative factors.

### Literatur

- BAUER, J.: Zur Frage der konstitutionellen Minderwertigkeit umschriebener Hirnbezirke. Disposition zur Chorea- und Narkolepsie. Wien. med. Wschr. **1929**, 237/240.
- BENEDETTI, G.: Zur Psychopathologie der Narkolepsie. Mschr. Psychiat. Neurol. **126**, 135 163 (1953).
- BEYERMANN, J.: Über pathologische Schlafzustände, insbesondere narkoleptische Anfälle in ihrem Zusammenhange mit Funktionsstörungen der Hypophyse. Z. ges. Neurol. Psychiat. **128**, 726 (1930).
- BLEULER, M.: Das endokrine Psychosyndrom. In: Hormone und Psyche, S. 4—12. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1958.
- CABANIS, D.: Beitrag zur Frage einer Beeinflussung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit durch organische Ursachen. Mschr. Krim. **45**, 19—23 (1962).
- CAVE, A. H.: Narcolepsy. Arch. Neurol. Psychiat. (Chic.) **26**, 50 (1931).
- CURSCHMANN, H.: Über Einschlafsucht (Narkolepsie und Verwandtes). Dtsch. Z. Nervenheilk. **86**, 97 (1925).
- DAVIES, H.: Zur Kasuistik der Narkolepsie. Nervenarzt **8**, 411 (1935).
- DEUTSCH, L.: Über das Grenzgebiet der Narkolepsie. Dtsch. Z. Nervenheilk. **142**, 247 (1937).
- Die Differentialdiagnose der epileptischen Äquivalente. Nervenarzt **11**, 75 (1938).
- Zur Symptomatologie der Narkolepsie. Dtsch. Z. Nervenheilk. **146**, 20 (1938).
- Über die Fortschritte in der Symptomatologie der Narkolepsie und ihrer Grenzgebiete. Wien. med. Wschr. **88**, 120 (1938).
- DUUS, P.: Über familiäre Narkolepsie und ihre Beziehungen zum Formenkreis anfallsartiger Erkrankungen. Allg. Z. Psychiat. **110**, 171 (1939).
- EDEL, M.: Über Schlaf- und schlafähnliche Anfälle, insbesondere bei Narkolepsie und traumatischer Epilepsie und Lachkrämpfen. Z. Psychiat. **92**, 160 (1930).

- ESSELEVIC, S.: Zur Narkolepsiefrage. Zbl. ges. Neurol. Psychiat. **52**, 734 (1929).
- EY, H.: Grundlagen einer organo-dynamischen Auffassung der Psychiatrie. Fortschr. Neurol. Psychiat. **20**, 195 (1952).
- FRIEDMANN, M.: Über die nichtepileptischen Absenzen oder kurzen narkoleptischen Anfälle. Dtsch. Z. Nervenheilk. **30**, 462 (1906).
- Zur Kenntnis der gehäuften nichtepileptischen Absenzen im Kindesalter. Z. ges. Neurol. Psychiat. **9**, 245 (1912).
- GEISLER, E.: Narkolepsie und affektiver Tonusverlust bei Kindern. Münch. med. Wschr. **49**, 2437 (1963).
- GÉLINEAU, J. B. E.: Narcolepsie. Gaz. Hôp. (Paris) **1880**, 626.
- GOLDFLAM, S.: Zur Frage der genuinen Narkolepsie und ähnlicher Zustände. Dtsch. Z. Nervenheilk. **82**, 20 (1924).
- GRUHLE, H. W.: Referat. Zbl. ges. Neurol. Psychiat. **34**, 34—46 (1924).
- HEILBRONNER, K.: Über gehäuften kleine Anfälle. Dtsch. Z. Nervenheilk. **31**, 472 (1907).
- HENNEBERG, R.: Über genuine Narkolepsie. Zbl. ges. Neurol. Psychiat. **12**, 233 (1916).
- HESS, R.: Elektroencephalographische Beobachtungen beim kataleptischen Anfall. Arch. Psychiat. Nervenkr. **183**, 132 (1949).
- HEYK, H.: Zur Klinik und Therapie der Narkolepsie. Dtsch. med. Wschr. **80**, 1524 (1955).
- , u. R. HESS: Zur Narkolepsiefrage. Klinik und EEG. Fortschr. Neurol. Psychiat. **22**, 531 (1954).
- — Some results of clinical studies in narcolepsy. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. **75**, 401 (1955).
- — Weitere Beiträge zur Klinik der Narkolepsie. Psychiat. et Neurol. (Basel) **134**, 66 (1957).
- — EEG-studies in narcolepsy. Electroenceph. clin. Neurophysiol. **6**, 520 (1954).
- JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie, IV. Aufl. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1946.
- KAHLER, H.: Zur Kenntnis der Narkolepsie. Jb. Psychiat. Neurol. **41**, 1 (1921).
- KAPLINSKY, M.: Zur Klinik und Psychopathologie der Narkolepsie. Ref. Zbl. ges. Neurol. Psychiat. **83**, 77 (1937).
- KLIENEBERGER, O.: Über Narkolepsie. Berl. klin. Wschr. **50**, 246 (1913).
- KRICK, J. W.: Zum Problem der Narkolepsie. Z. Psychiat. **103**, 128 (1935).
- LAUTER, H.: Pathologische Drei-Phasen-Rhythmik bei Zwischenhirnerkrankungen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **205**, 149—164 (1964).
- LEONHARDT, K.: Instinkte und Urinstinkte in der menschlichen Sexualität. Stuttgart: Ferdinand Enke 1964.
- LEVIN, M.: Mental symptoms in narcolepsy. Amer. J. Psychiat. **98**, 37 (1942).
- MAKAROF, V.: Ein Fall von Narcolepsie Gelineau's. Zbl. ges. Neurol. Psychiat. **52**, 735 (1929).
- MANN, L.: Über die Beziehungen der Narkolepsie zur Spasmophilie. Z. med. Elektrol. **13**, 82 (1911). Ref. Z. ges. Neurol. Psychiat. **8**, 131 (1914).
- MÜNZER, F.: Zur Frage der symptomatischen Narkolepsie nach Encephalitis lethargica. Mschr. Psychiat. Neurol. **63**, 97 (1927).
- POHLISCH, K.: Z. ges. Neurol. Psychiat. **67**, 424 (1923).
- PRÜLL, G.: Katamnestiche Erhebungen und therapeutische Erfahrungen bei Narkolepsiekranken. Nervenarzt **11**, 480 (1963).
- EEG Langzeituntersuchungen mit der Intervallanalyse zur gestörten polaren Bewußtseinsdynamik von Narkoleptikern. Nervenarzt **3**, 101 (1964).

- REDLICH, E.: Zur Narkolepsiefrage. Mschr. Psychiat. Neurol. **37**, 85 (1915).  
— Über Narkolepsie. Z. ges. Neurol. Psychiat. **95**, 256 (1925).  
— Epilegomena zur Narkolepsiefrage. Z. ges. Neurol. Psychiat. **136**, 128 (1931).  
ROSENTHAL, C.: Halluzinatorisch-kataleptisches Angstsyndrom und Katatonie. Arch. Psychiat. Nervenkr. **102**, 1 (1934).  
ROTH, B.: Beiträge zum Studium der Narkolepsie. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. **180** (1959).  
ROTTFELD, J.: Über Orgasmolepsie und über sexuelle Erregungen bei narkoleptischen Schlafzuständen nebst Beziehungen zur Narkolepsiefrage. Z. ges. Neurol. Psychiat. **138**, 704 (1932).  
SCHUHMACHER, J.: Familiäre Narkolepsie. Mschr. Psychiat. Neurol. **98**, 283 (1938).  
SELBACH, H.: Die cerebralen Anfallsleiden. In: Handbuch der inneren Medizin, Bd. 5/III, S. 1212—1216. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1963.  
STIER, E.: Zur klinischen Stellung und Prognose der gehäuften kleinen Anfälle der Kinder. Z. ges. Neurol. Psychiat. **80**, 143 (1922).  
STUTTE, H.: Aufgaben der Jugendpsychiatrie in der Heimpädagogik. „Heilpädagogik in der Erziehungshilfe“. Fortbildungstagg-Landesjugendamt 1962. Düsseldorf: Rheinland-Verlag GmbH.  
THIELE, R., u. H. BERNHARD: Beiträge zur Kenntnis der Narkolepsie. Berlin: Karger 1933.  
WELL, A. A.: EEG observations in narcoleptic adults. Z. ges. Neurol. Psychiat. **171**, 233—336 (1963).  
WILDER, J.: Narkolepsie. In: Handbuch der Neurologie von BUMKE-FÖRSTER, Bd. XVII. Berlin: Springer 1935.  
WILSON, S. A. K.: The narcolepsies. Brain **51**, 63 (1928).  
ZEHRER, H.: Zur Klinik der Narkolepsie. Z. Psychiat. **92**, 263 (1930).

Dr. med. D. CABANIS  
1 Berlin 45, Limonenstraße 27

Dr. med. H. BAYREUTHER  
2 Hamburg-Ochsenzoll, Allgemeines Krankenhaus