

Zwölf weibliche Fälle von erweitertem Suizid

Untersuchung der nosologiespezifischen oder
syndromspezifischen Tatmotivation

拡大自殺を行った女性12例

～その疾病または症候群特異的な犯行動機についての研究

Yusuke Okumura

奥村雄介

Zwölf weibliche Fälle von erweitertem Suizid

Untersuchung der nosologiespezifischen oder
syndromspezifischen Tatmotivation

拡大自殺を行った女性12例～その疾病または
症候群特異的な犯行動機についての研究

Yusuke Okumura

1. Einleitung

Über den Begriff des erweiterten Suizids

Als erweiterter Suizid ist ein Suizid unter Mitnahme eines anderen Menschen in den Tod gegen dessen Willen zu verstehen, wobei die Absicht, selbst zu sterben, bei der Tat primär und vorherrschend ist. Soweit lediglich ein Suizidversuch vorliegt, wie das bei Begutachtungsfällen die Regel ist, muß es sich nach Witter und Luthe (1966) um eine "ernste" Suizidabsicht gehandelt haben, um solche Tötungsfälle unter dem Begriff eines mißglückten erweiterten Suizids einordnen zu können. Meist handelt es sich bei den vom Täter Getöteten um nahestehende, geliebte Menschen, vor allem um Familienangehörige, wobei die Tötung eines oder mehrerer Kinder durch die eigene Mutter weitaus überwiegt. Hiervon abzugrenzen sind der Doppel- oder Gruppensuizid sowie Mord mit anschließendem Suizid.

Als Motiv für die Tötung anderer wird in der Literatur häufig ein Altruismus genannt, doch schließt dessen Fehlen einen erweiterten Suizid nicht aus (Popella, 1964).

Literaturübersicht

Weil erweiterter Suizid ein seltenes Phänomen ist, finden sich in der bisherigen Literatur nur vereinzelte Fallberichte.

E. Lange(1963) berichtete über drei eigene Fälle von erweitertem Suizid, deren Motive immer altruistischer bzw. pseudoaltruistischer Natur, niemals egozentrischer Art, wie Rache, Vergeltung, Empörung, waren.

Von fünf angenommenen Mitnahmeselbstmorden, die von Schipkowensky (1963) beobachtet wurden, passen nur zwei Fälle zu unserer Definition. Bei einem davon handelte es sich um eine depressive Patientin, die glaubte, an Krebs zu leiden, und deshalb fürchtete, sterben zu müssen. Sie hat in melancholischer Thanatophobie ihre Kinder umgebracht, um sie keinen weiteren Leiden und nicht dem Verlassensein auszusetzen. Ein anderer Fall ist der einer paranoid-halluzinatorischen Patientin, die unter dem Einfluß von Stimmen ihr unbekannter Männer, die sagten, sie solle sich selbst und ihre Kinder vergiften, einen erweiterten Suizid versucht hatte.

Popella(1964) beschrieb 16 Fälle eines "Mitnahmeselbstmordes" seiner Klinik. Diese neutrale Bezeichnung läßt nach diesem Autor offen, ob es sich tatsächlich um einen erweiterten Suizid handelte. Unter den 15 weiblichen Fällen befanden sich nur drei endogen Depressive, während bei den übrigen reaktive Depressionen eindeutig überwogen. Unter ihnen waren allerdings zwei Grenzfälle mit zylothymen Belastung. Wenn nach Popella bei psychogenen Depressionen in erster Linie Verzweiflung zur Tat führt, treibt die endogenen Depressiven vor allem psychotische Angst zur Selbstvernichtung. Der Vernichtungsdrang werde dann auf andere Personen ausgedehnt. Während der Tatdurchführung könne man bei endogenen Depressiven auch eine sog. Emotionslähmung, in welcher ohne Gefühlsbeteiligung automatenhaft gehandelt werde, beobachten. Die prämorbid Persönlichkeit der reaktiv Depressiven zeige im übrigen immer wiederkehrende Besonderheiten, die allerdings für viele Suizidenten überhaupt gelten könnten. Fast ausnahmslos habe eine Neigung bestanden, das ganze Bewußtsein auf Unlust verursachende Empfindungen zu richten. Bei drei reaktiv Depressiven sei nach Popella vor allem eine Neigung zur Flucht in die Irrealität hervorgetreten. Die Wunschvorstellungen hätten insbesondere um ein Leben in Schönheit und Eleganz, auch um künstlerischen Ruhm gekreist. Aus Konflikten und Spannungen - in erster Linie in der Ehe - seien schließlich Gefühle wie Auflehnung, Protest, auch Haß und Rache erwachsen. Am Ende einer derartigen Entwicklung habe Verzweiflung gestanden, die schließlich in der erweiterten Suizidhandlung ihren Gipfel gefunden habe. Fehlende, absurde oder widersprüchliche Motivierungen treffe man vor allem bei Schizophrenen an.

Rasch und Petersen (1965) berichteten über ein sehr umfangreiches Fallmaterial kriminell gewordener Depressiver aus dem Raum Köln und Hamburg. Ohne genaue Angaben über die Zahl ihrer Fälle mit erweitertem Suizid werden wichtige Beobachtungen mitgeteilt. So fehlte in der Gruppe der Täterinnen, die ihre Kinder töteten oder es versucht hatten, völlig die subjektive Begründung, aus Mitleid gehandelt zu haben, was nach den Autoren mit Einschränkung gegen eine altruistische Motivation spreche. Die Autoren wenden sich gegen eine direkte Ableitung der Tötungsmotivation aus der traurigen Verstimmung. Bedeutsamer sei, daß sich der Depressive den emotionalen Anforderungen, die allein in der Existenz der Angehörigen liege, nicht mehr gewachsen sehe.

Anhand einer Untersuchung der Ermittlungsakten der Mordkommission berichtete W. Rasch(1966) über 49 erweiterte Selbstmordfälle, die sich zwischen 1950 und 1961 in

Hamburg ereigneten. In 28 Fällen handelte es sich bei dem Täter um einen Mann, 21mal trat eine Frau als Täterin in Erscheinung. Getötet wurden ausschließlich Personen, zu denen der Täter in enger Beziehung stand. Entweder handelte es sich um Blutsverwandte, um den Ehepartner oder um einen Liebespartner. Zwischen den Geschlechtern ergab sich ein signifikanter Unterschied: Männer töteten vorwiegend den Intimpartner (die Ehefrau, die geschiedene Ehefrau oder die Geliebte), Frauen vorwiegend die Kinder. Wesentliche Bedeutung komme nach diesem Autor einer spezifischen Persönlichkeitsentwicklung zu. Das Schwergewicht für die Genese einer derartigen Tat liege einmal mehr auf Seiten der Persönlichkeit, ein anderes Mal mehr auf der sozialen Situation, bzw. einer spezifischen Täter-Opfer-Beziehung.

H. Witter und Luthé (1966) führten über vier zum Teil mißglückte erweiterte Suizide aus der Sicht der strafrechtlichen Verantwortlichkeit eine ausführliche Diskussion. In allen Fällen bewegte sich das psychopathologische Geschehen im Rahmen einer Erlebnisreaktion. Im ersten Fall ließ sich eine individualpsychologisch verständlich zu machende langfristige sensitive Entwicklung, im zweiten Fall ein Intelligenzmangel, im dritten Fall ein Affektstupor und im vierten Fall eine hysterisch stimmungslabile Persönlichkeit herausstellen. Nach diesen Autoren muß bei der "Mitnahmetendenz" des Suizids bzw. Suizidversuchs ein altruistisches Prinzip dominieren, damit Schuldinderung bzw. Schuldfreiheit anerkannt werden kann.

W. Mende (1967) berichtete den Tötungsversuch einer erlebnisreaktiv depressiv verstimmt Mutter, die angab, die Zukunft würde ihren Kindern allzuviel Leid bringen, wenn sie nicht mehr am Leben sei. Ein anderer Patient befand sich 1 1/2 Tage nach einem epileptischen Anfall noch in einem dysphorischen Verstimmungszustand, in welchem er in der Wohnung, in der sich seine Tochter befand, Feuer legte.

H.L. Bischof (1982) behandelte ausführlich vier Fälle eines erweiterten Suizids. Eine Patientin mit einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie wollte ihren Kindern eine gleiche Entwicklung wie jene, die sie selbst nach dem frühen Tod der Mutter genommen hatte, ersparen. In diesem wie in einem weiteren Falle einer psychotischen Depression wurde daher das Tatgeschehen im Sinne einer identifikatorischen Projektion gedeutet. Das Suizidmotiv selbst sei eine ausweglose Hoffnungslosigkeit gewesen. Die beiden anderen Fälle waren solche einer reaktiven Depression. Beide Patientinnen wollten angeblich ihre Kinder nicht alleine in der Welt zurücklassen.

M. Lammel (1984) untersuchte 32 forensische Gutachten, in denen die Frage der strafrechtlichen Verantwortlichkeit vor dem Hintergrund einer depressiven Verstimmung diskutiert wurde. Nach Aufteilung der depressiven Syndrome in solche bei endogenen Psychosen (15 Fälle) und solche psychogener Genese (17 Fälle) fand sich ein Totschlag bzw. versuchter Totschlag im Rahmen eines mißlungenen erweiterten Suizids etwa gleich häufig bei beiden Gruppen (9:8 Fälle). Lammel hält generell die depressive Verstimmung ungeachtet ihrer endogenen oder reaktiven Bedingtheit sowohl durch Nivellierung als auch durch Entfaltung und Dekompensation von Persönlichkeitszügen für den entscheidenden kausalen Faktor im Bedingungsgefüge des Deliktgeschehens.

Aus der deutschsprachigen Literatur haben G. Harrer et al. (1986) 255 erweiterte Suizidfälle (\bar{x} : \bar{s} =81:174) zusammengefaßt. In der Reihenfolge der Häufigkeit wurden reaktive und neurotische Depressionen, abnorme Reaktionen sowie endogene Depressionen diagnostiziert. Bei der letzten Diagnose handelte es sich meist um verheiratete Frauen im Alter von 30 bis 40 Jahren, die aufgrund einer wahnhaften Idee und um eine nach ihrer Auffassung unvermeidbare Katastrophe zu verhindern, ihre Kinder und sich selbst töteten bzw. zu töten versuchten. In der Genese der Kriminalität spielten bei endogenen Depressiven meist die Krankheit, bei den übrigen depressiven Zuständen dagegen meist besondere Persönlichkeitszüge und Auffälligkeiten der sozialen Entwicklung sowie eine spezifische Psychodynamik die wichtigere Rolle.

Obwohl der Autor den Eindruck hat, daß erweiterter Suizid in Japan häufiger vorkommt als in Deutschland, gibt es nur wenige Fallberichte von japanischen Psychiatern.

S. Hirose (1979) hat drei erweiterte Suizidfälle und einen Rachemordfall, gefolgt von Selbsttötung, beschrieben und analysiert. Bei den drei erstgenannten Fällen handelte es sich um endogene Depressionen.

Y. Okumura (1990, 1991) berichtete über vier eigene Fälle von erweitertem Suizid, drei davon waren weiblich und hatten wahnhafte depressive Zustände. Die prämorbid Persönlichkeit jedes der drei Fälle zeigte gewissenhafte bis ethisch-rigide Züge i.S. des "Typus Melancholicus" (Tellenbach, 1983). Der vierte Fall war ein schizophrener Patient, der unter dem Einfluß eines Verfolgungswahns, und um seine Familie und sich selbst vor der Hölle zu bewahren, den Versuch eines erweiterten Suizids unternahm. Bei der Tatdurchführung schienen Befehlsstimmen bzw.

Beeinflussungserlebnisse eine große Rolle gespielt zu haben.

Nebenbei bemerkt, gibt es im Japanischen den umgangssprachlichen Ausdruck "muri-shinju", der in etwa 'erweiterten Suizid' entspricht. In 'muri-shinju', genau wie auch in "kamikaze" oder "harakiri", spiegelt sich deutlich die japanische Mentalität wieder. Während beim Deutschen der Mensch als Individuum im Vordergrund steht, orientiert sich der Japaner an der Gruppe. Dieser Unterschied ist eine mögliche Erklärung für die größere Toleranz der Japaner gegenüber dem erweiterten Suizid.

Die Frage der Syndromspezifität

Während in der älteren Literatur der erweiterte Suizid fast mit der Diagnose einer Zykllothymie in Verbindung gebracht wurde, zeigt die neuere Literatur wie auch unsere Untersuchung, daß dieser auch bei anderen Diagnosen vorkommt. Die unterschiedliche Psychopathologie könnte auch mit differentiellen Tatmotiven verbunden sein. Eine nosologiespezifische oder syndromspezifische Tatmotivation wurde jedoch bisher nicht beschrieben. Eine solche, wie auch immer geartete Spezifität der Motivation könnte u.U. umgekehrt auch Rückschlüsse auf die jeweils vorliegende Psychopathologie erlauben. Auch wenn es sich hierbei lediglich um ein bisher unerfülltes Desiderat handelt, sollte diese Frage, die nur anhand einer größeren Anzahl von eingehend studierten Fällen beantwortet werden kann, gestellt werden.

II. 1. Material und Methode

Aufgrund der verfügbaren Akten in der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg (von 1954 bis 1992) und im Psychiatrischen Landeskrankenhaus Wiesloch (von 1959 bis 1992) wurden alle stationär aufgenommenen Patienten untersucht, die wegen eines erweiterten Suizids bzw. Suizidversuches begutachtet worden waren. Dabei handelte es sich ausschließlich um 12 weibliche Fälle, die wir unter psychiatrischen und kriminologischen Gesichtspunkten vergleichen und diskutieren. 11 Fälle überlebten den Suizidversuch, nur bei einem Probanden (Fall 8) lag Suizid vor (siehe Tabelle 1).

TABELLE 1. TAT

Nr.	Opfer	Fremd-und Selbsttötungsmethode	Begutachtung
1	9-monatiger Sohn (T)	F:Erwürgen S:Handgelenksschnitt, Erhängen	Schuldunfähigkeit
2	11-und 13-jährige Söhne(T)	F+S:Leuchtgasvergiftung	Schuldunfähigkeit
3	5-jähriger Sohn(T)	F:Halsschnitt im Schlaf S:Handgelenksschnitt	Schuldunfähigkeit
4	3-jähriger Sohn(V)	F:Handgelenksschnitt S:Handgelenksschnitt, Medikamente	Schuldunfähigkeit
5	5-jähriger Sohn(T) 8-jährige Tochter(V)	F:Medikamente, Erwürgen S:Medikamente	Schuldunfähigkeit
6	13-jähriger Sohn(T)	F:Erschlagen, Erwürgen im Schlaf S:Medikamente, Alkohol	Schuldunfähigkeit
7	9-jähriger Sohn(T) 10-jährige Tochter(V)	F:Erwürgen im Schlaf S:Handgelenksschnitt	Schuldunfähigkeit
8	3-monatiger Sohn(T)	F:Ertränken S:Ertränken, Vergiftung	keine Begutachtung
9	4 Kinder unter 13 Jahren(V)	F+S:Leuchtgasvergiftung	Schuldfähigkeit
10	4-und 6-jährige Söhne(V)	F+S:Medikamente, Handgelenksschnitt	Schuldfähigkeit
11	13-jährige Tochter(T)	F:Medikamente S:Medikamente, Handgelenksschnitt	Schuldunfähigkeit
12	6-jährige Tochter(T)	F+S:Medikamente	verminderte Schuldfähigkeit

V = Tötungsversuch
T = Tötung

F = Fremdtötungsmethode
S = Selbsttötungsmethode

II. 2. Fälle

Es fanden sich nach den Akten folgende Falldiagnosen:drei Schizophrenien, eine akute reaktive Psychose, zwei endogene Depressionen, eine endo-reaktive Depression, eine Wochenbettdepression, eine psychogene Reaktion und drei Persönlichkeitsstörungen. Die Patientin mit der Diagnose akute reaktive Psychose wurde von uns als paranoid-halluzinatorische Schizophrenie eingeordnet. Alle Patientinnen mit der Diagnose Depression wurden von uns als endogen aufgefaßt (siehe Tabelle 2).

TABELLE 2. DIAGNOSE

Nr.	J.	DIAGNOSE	HAUPTSYMPTOME	EIGEN-UND FAMILIEN-ANAMNESE
1	36	Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie	systematisierter Verfolgungswahn, akustische Halluzination	Ehescheidung, Suizid d. Großvaters mütterlicherseits.
2	36	Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie	Wahnstimmung, Befehlsstimmen, Persönlichkeitsveränderung	Psychoze d. Tante mütterlicherseits.
3	26	Defekt-Schizophrenie	Beeinträchtigungswahn, Depression, Persönlichkeitsveränderung	Mit 22 J. schwere Zwangssymptome, Persönlichkeitsstörung d. Mütter. Endogene Depression d. Tante mütterlicherseits.
4	31	Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie	Vergiftungswahn, Befehlsstimmen, Beeinträchtigungswahn	Mit 20 J. Bewußtlosigkeit nach Unfall. Psychoze d. Mutter, Epilepsie d. Schwester.
5	34	Endogene Depression	vitalisierte Depression, Schuldahn, Verarmungswahn, hypochondrischer Wahn	Alkohollismus d. Vaters, Depression d. Schwester. Mit 9 J. Tod d. Vaters durch Herzanfall
6	40	Endogene Depression	vitalisierte Depression, Schuldahn, nach der Tat melancholischer Stupor	Endogene Depression d. Mutter. Psychose d. Onkels mütterlicherseits. Mit 36 J. Tod d. Mannes. Mit 24 J. Wochenbettdepression.
7	35	Endogene Depression	Erschöpfung, Schlafstörungen, Trauer, überwertige Idee	Mit 11 J. Ehescheidung d. Eltern. Alkohollismus d. Vaters. Schizophrenie d. Stiefschwester.
8	30	Endogene Depression	Erschöpfung, Schlafstörungen, Trauer, mangelndes Selbstvertrauen	Mit 17 J. Suizid d. Mutter.
9	31	Psychogene Reaktion	panische Angstzustände	Seit 1. Lebensjahr Hinken. Mit 18 J. Tod d. Mutter. Getrennt v. Vater u. Geschwister.
10	27	Persönlichkeitsstörung	leichte Verstimmung, Willensschwäche, Antriebsstörung	Von der strengen Mutter mißhandelt. Mit 12 J. fortgelaufen von zu Hause. Suizidversuch.
11	36	Persönlichkeitsstörung Alkoholmißbrauch Polyttoxikomanie	ausgeprägte Abhängigkeitshaltung chronische schwere depressive Verstimmung	Erozogen v. strenger u. dominanter Mutter. Mit 12 J. fortgelaufen. Mit 13 J. vom Bruder vergewaltigt. Reaktive Depression. Suizidversuch. Seit 30 J. Alkohol- u. Medikamentenmißbrauch.
12	31	Persönlichkeitsstörung Medikamentenmißbrauch	Zwangssymptome, Angst, Depression, Stimmungsschwankungen	Anspruchsvolle, dominante, leicht kränkbare Mutter. Mit 18 J. Heirat mit 24 J. älterem Mann. Seit 18 J. Tablettenmißbrauch. Zwangssymptome. Depression.

Schizophrenie

Fall 1, 2, 3, 4

Bei den drei Fällen einer schizophrenen Erkrankung handelte es sich zweimal um paranoid-halluzinatorische Zustände (1, 2) sowie um einen Defektzustand. Bei Fall 1 stand ein bestimmter angenommener Verfolger (der Chef des Mannes), der angeblich die Patientin und ihr Kind jeden Abend quälte und vergewaltigte, im Mittelpunkt des systematisierten Verfolgungswahnes. Trotz der Persönlichkeitsveränderung war die Leistungsfähigkeit nicht beeinträchtigt. Unmittelbar vor der Tat hatte die Patientin den ganzen Tag gearbeitet. Nachdem sie einige Abschiedsbriefe geschrieben hatte, beging sie den Mord, angeblich um ihr Kind vor Leiden zu bewahren. Bei ihrem Entschluß zum erweiterten Suizid spielte der Verfolgungswahn eine entscheidende Rolle. Darüber hinaus war sie wahrscheinlich von akustischen Halluzinationen beeinflußt worden.

Bei Fall 2 befand sich die Patientin in einer Wahnstimmung. In einer Wahnstimmung glaubte sie, etwas Schlimmes sei im Gange. Eine von einem Donner hervorgerufene Todesangst habe sie plötzlich zu der Tat getrieben. Befehlsstimmen dürften bei dieser Kurzschlußhandlung eine größere Rolle gespielt haben.

Im Unterschied zu Fall 1 und 2 spielten Halluzinationen bzw. Wahn bei Fall 3 keine große Rolle. Als Auslöser der Tat wurde hier die Enttäuschung der Patientin durch den Geliebten betrachtet. Am wichtigsten aber war hier eine aus ihrer Anpassungsunfähigkeit aufgrund ihrer Persönlichkeitsveränderung entstandene depressive Grundstimmung. Der brutale und bizarre Charakter der Tat sowie der Mangel an Reue zeigten eine für einen Defektzustand oft charakteristische ausgeprägte affektive Indifferenz. In Bezug auf die Rücksichtslosigkeit der Tatdurchführung ist Fall 3 jenen aus dem Kreis der Persönlichkeitsstörungen (Fall 10, 11, 12) ähnlich.

Fall 4 wurde vom Begutachter als akute reaktive Psychose diagnostiziert. Aufgrund der Symptome 1. Grades von Schneider könnte die Patientin psychopathologisch aber auch als paranoid-halluzinatorische Schizophrenie eingeordnet werden. Im Rahmen eines Verfolgungswahns glaubte die Patientin, daß sie und ihr Kind grausam getötet würden. Unter dem Einfluß einer Befehlsstimme beging sie plötzlich die Tat. Wegen einer angeblichen Ableitbarkeit des Verfolgungswahns von der tatsächlichen Situation war eine reaktive Genese angenommen worden : die Patientin war ständig von ihrem

Mann und ihrem Schwiegervater beschimpft und gequält worden. Weil sie aus Italien stammte, hatte sie außerdem sprachliche und kulturelle Anpassungsprobleme. Zusätzlich lag ihr IQ an der unteren Grenze des Normbereichs.

Endogene Depression

Fall 5, 6, 7, 8

Bei allen 4 depressiven Probanden nahmen wir eine endogene Depression an.

Fall 5, eine als sehr leistungswillig, genau, gründlich und rechtschaffen geschilderte Frau mit stabilen mitmenschlichen Bezügen, hatte einen ausgeprägten Verarmungs-, Schuld- und hypochondrischen Wahn, den sie wie folgt zum Ausdruck brachte: "Unsere Firma könnte Bankrott machen, und wir könnten wieder in Armut geraten", "Was ich getan habe, ist alles falsch", "Ich bin total krank- und kann nicht mehr leben". Der Patientin erschien der Suizid einerseits als ein letzter Ausweg, um ihr sozial wertloses Selbst auszumerzen, andererseits sah die Patientin in der Tötung ihrer Kinder eine letzte Pflichterfüllung. In Persönlichkeitseigenschaften wie ordentlich, korrekt, genau, gründlich, rechtschaffen, leistungswillig entsprach sie dem "Typus melancholicus".

Bei Fall 6, einer Patientin, bestanden vor allem Symptome einer Vitalisierung sowie ein Schuldwahn. Auch die Schwester der Patientin litt an einer depressiven Erkrankung. Situative Auslösefaktoren wurden darin gesehen, daß sich die Patientin von einem Türken, mit dem sie sich nach dem Tod ihres Ehemannes befreundete, verfolgt und bedroht fühlte, als sie versuchte, sich von ihm zu trennen und zu fliehen. Sie erschien dem Gutachter als besonders rechtschaffen, rücksichtsvoll, hilfsbereit, zugleich weichherzig, willensschwach, sensibel, zurückhaltend und unentschlossen. In ihrer Kindheit war sie arm und litt in der Schule unter Minderwertigkeitsgefühlen. Nachdem sie mit ihrer Familie ihre Heimat verlassen hatte, lebte sie sieben Jahre lang in Not, Hunger und Krankheit und erlebte Schreckliches im Konzentrationslager.

Fall 7. eine als solide, genau, ordentlich, pflichtbewußt und fürsorglich bezeichnete Frau, hat etwa vier Monate nach dem Tod der Mutter die Tat begangen. Die Patientin verlor ihre an Krebs leidende Mutter, die für sie die einzige Bezugsperson war, nachdem sie diese jahrelang gepflegt hatte. Der Tod ihrer Mutter wurde als ein entscheidendes Auslösemoment für ihre depressive Erkrankung angesehen. Wie bei den vorhergehenden Fällen lag auch hier eine erbliche Belastung mit Psychose vor. Eine körperliche Behinderung ihres ersten Sohnes führte zu Spannungen in der Ehe. Auch sie entsprach in Persönlichkeitseigenschaften wie solide, genau, ordentlich, fürsorglich, scheu, schüchtern und selbstunsicher dem "Typus melancholicus". Ihr Abschiedsbrief beweist zur Genüge, daß die Tat geplant war. Von ihren drei Kindern hat sie den 9-jährigen Sohn getötet und die 10-jährige Tochter zu töten versucht. Ihre 17-jährige Tochter ließ sie unangetastet. Sie glaubte, ihre ältere Tochter könne ihr eigenes Leben ohne Mutter führen, während ihre zwei jüngeren Kinder schutzlos auf der Welt wären. Auch hier waren Motive der Verpflichtung gegenüber den Kindern als Mutter entscheidend. Im Unterschied zum Gutachter, der sich für einen Grenzfall zwischen einer endogenen und einer reaktiven Depression entschied, nehmen wir hier aufgrund des psychopathologischen Bildes eine endogene Depression an.

Auch Fall 8 wurde als sehr pflichtbewußt und rechtschaffen, dabei mit mangelndem Selbstvertrauen beschrieben. Bei ihr wurde eine Wochenbettdepression diagnostiziert. Wegen depressiver Symptome wie Traurigkeit, Erschöpfung und Schlafstörungen war die Patientin stationär aufgenommen worden. Eine mit ihrem zuständigen Arzt vereinbarte vierwöchige stationäre Behandlung wurde von ihrem Mann gegen ärztlichen Rat am dritten Tag abgebrochen. Etwa zehn Tage nach der Entlassung nahm sie sich zusammen mit ihrem drei Monate alten Kind das Leben. Als sie 17 Jahre alt war, hatte ihre Mutter sich das Leben genommen, weil der Vater eine um 20 Jahre jüngere Frau heiraten wollte. Die zweite Frau des Vaters habe nicht nur die Mutter ruiniert, sondern sie habe auch die Ehe der Patientin zerstören wollen. Die Patientin empfand die Stiefmutter als Rivalin, die die Zuneigung ihres Mannes auf sich sammelte und ihr so entzog. Sie hatte Angst davor, daß ihr Mann von ihr weglaufen würde, wenn sie sich als unfähig erwiese, das Kind zu versorgen. Sie glaubte, es wäre ein großes Vergehen, wenn sie bei ihrem Kind die gleichen Erziehungsfehler machen würde wie ihre Eltern an ihr. Vermutlich war diese wahrscheinlich wahnhaftige Angst, das Kind falsch zu erziehen und nicht versorgen zu können, das Motiv der Tat. Die Symptomatik,

der Suizid der Mutter sowie die Tötungsmotivation lassen uns im Unterschied zum behandelnden Arzt, der die Diagnose einer reaktiven Wochenbettdepression stellte, eine endogene Depression annehmen.

Psychogene Reaktion und Persönlichkeitsstörung

Fall 9, 10, 11, 12

Als psychogene Reaktion wurde der Suizidversuch von Fall 9 diagnostiziert.

Diese Frau wurde als sensibel und zurückhaltend, dabei rechtschaffen und ehrlich beschrieben. Mit 18 Jahren erlebte sie den Tod der Mutter und wuchs dann getrennt vom Vater und ihren Geschwistern auf. Sie hatte schon drei Kinder, als sie den zweiten Mann heiratete, der ihre Kinder liebevoll akzeptierte. Als zwei ihrer Kinder wegen eines Diebstahls verdächtigt und von der Polizei befragt wurden, war sie von der Vernehmung durch die Polizei so schockiert, daß sie die Beherrschung verlor und die Tat beging. Es lag lediglich eine Angstsymptomatik zum Zeitpunkt der Tat vor. Die Tat kann als primitive Kurzschlußreaktion zur Abwehr von Schmach und Schande aufgefaßt werden. Die Tatsache, daß ihr im Krieg vermißter Vater von Beruf Polizist war, scheint für die Tat nicht ohne Bedeutung gewesen zu sein.

Drei Fälle (10, 11, 12) wurden als Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Außerdem wurden bei Fall 11 und Fall 12 Medikamentenmißbrauch, bei Fall 11 darüber hinaus Alkoholismus vermerkt.

Fall 10 war als Kind von ihrer strengen Mutter mißhandelt worden und mit 12 Jahren von zu Hause fortgelaufen. Sie fiel durch eine sexuelle "Zuchtlosigkeit" sowie Egozentrismus, Willensschwäche, Triebhaftigkeit und Stimmungslabilität auf und hatte oberflächliche mitmenschliche Beziehungen. Weil sie ohne echte Liebe geheiratet hatte, sei ihre Ehe angeblich von Anfang an unglücklich gewesen. Als sie während ihrer 7-monatigen Schwangerschaft eine Untreue ihres Mannes bemerkte, machte sie den ersten Suizidversuch. Dann begann auch sie ein außereheliches Verhältnis mit einem spanischen Gastarbeiter. Der durch ihre Untreue verursachte Ehestreit löste ihre Kurzschlußhandlung aus. Sie befürchtete, daß ihr Mann ihr die Kinder wegnehmen wollte. Eine angebliche Angst, daß ihre Kinder von fremden Menschen erzogen und

schlecht behandelt würden, wurde als Motiv der Tat angegeben.

Fall 11 wurde als eine egozentrische und geltungsbedürftige Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Seit etwa 10 Jahren war die Patientin von Medikamenten und Alkohol abhängig. Wegen Drogenabhängigkeit, Alkoholismus, Depression, Suizidversuch usw. war sie schon mehrere Male stationär aufgenommen worden. Nach der Ehescheidung war sie in wirtschaftliche Not geraten. Angeblich habe sie keinen Menschen gehabt, der ihr geholfen hätte, so daß sie keinen Ausweg mehr habe finden können. Als sie hoffnungslos und verzweifelt gewesen sei, habe ihre Tochter geäußert: 'Das Leben ist leer und unsinnig; es wäre leicht und schmerzlos, wenn man stürbe.' Aus Anlaß dieses Vorschlages der Tochter habe sie die Tat begangen. Zu ihrer Tochter, die wegen Schlafstörungen, exzessiver Masturbation, Selbstverletzungen usw. von einem Jugendpsychiater behandelt wurde, hatte sie eine symbiotische Beziehung.

Bei Fall 12 ist die Persönlichkeit durch Nachlässigkeit und eine geringe seelische Belastbarkeit sowie eine infantil anmutende Egozentrik und Unreife gekennzeichnet. Die geringe Toleranz der Patientin Anforderungen und Belastungen gegenüber führte zu Ängsten und depressiven Verstimmungen, die sie mit Medikamenten zu bekämpfen suchte, was schließlich zu Mißbrauch führte. Auch sie war mit ihrer Tochter symbiotisch verbunden. Nach der Einschulung ihrer Tochter sei sie total deprimiert gewesen, weil sie den ganzen Vormittag alleine zu Hause bleiben mußte. Seit dieser Zeit habe sie Suizidanwandlungen gehabt. Sie habe sich immer vorgestellt, wie sie selbst unter der Schule gelitten hätte. Sie habe angenommen, daß bei ihrer Tochter ähnliche Anpassungsschwierigkeiten entstehen würden. Die Äußerung ihrer Tochter, nicht mehr in die Schule gehen zu müssen, wenn sie selbst tot wäre, habe sie ganz plötzlich zum Entschluß gebracht, die Tat auszuführen, nachdem sie mit ihren Eltern gestritten hatte.

II.3. Diskussion

Beim erweiterten Suizid ist zunächst zu unterscheiden zwischen dem Motiv zum Suizid und dem Motiv zur Tötung des in den geplanten Suizid einbezogenen Opfers. Beide Motive sind meist entweder identisch oder stehen in einem engen sowohl inhaltlichen

als auch zeitlichen Zusammenhang.

Bei den unter der Diagnose einer Schizophrenie eingeordneten Patienten kann nur in einem Fall 3 von einem tatsächlichen Motiv gesprochen werden. In allen anderen Fällen (1,2,4) geschah die Tat unter dem Einfluß von Befehlsstimmen und von Wahnerleben. Im Fall 3 spielte die affektiv Indifferenz im Rahmen eines Residualzustandes eine maßgebliche Rolle. Nebenbei gesagt, die eskapistische Denkweise dieser Patientin bei der Tat erinnerte an jene der Probandinnen aus dem Kreis der Persönlichkeitsstörungen (10,11,12).

Aufgrund der schweren Ich-Störung der schizophrenen Patientinnen ist es fast unmöglich, sowohl das Selbsttötungsmotiv als auch das Fremdtötungsmotiv zu identifizieren.

Von vielen Autoren wird ein dominierendes altruistisches Motiv für die Tötung anderer beim erweiterten Suizid für so charakteristisch und bedeutungsvoll gehalten, daß es für die Definition eines erweiterten Suizid als unabdingbar gehalten wird. Möglicherweise wird aber dieses Motiv von den Tätern, bei denen es sich ja meist um Mütter handelt, nur deshalb so oft angeboten, weil es am ehesten dazu dienen kann, die Tat vor sich und anderen zu entschuldigen. Solch ein bloß vorgegebenes altruistisches Motiv erschien uns am ehesten bei den Persönlichkeitsgestörten möglich. Bei zwei dieser Probanden (11,12), die zugleich eine Suchtproblematik aufwiesen, fand sich eine projektive Identifikation mit dem Opfer, jeweils mit der Tochter, zu der eine ausgeprägte symbiotische Bindung bestand. Konflikthafte Auseinandersetzungen mit intimen Bezugspersonen unmittelbar vor der Tat spielten bei zwei Probandinnen (10,12) mit einer Persönlichkeitsstörung eine bedeutsame Rolle. Bei einer Probandin 9 mit einer Kurzschlußreaktion erfolgte die Tötung der Kinder auf der Basis einer schweren narzißtischen Kränkung. In allen Fällen mit einer Persönlichkeitsstörung und psychogener Reaktion hing das Fremdtötungsmotiv einerseits in hohem Maße mit egozentrisch verfolgten eigenen Interessen und Bedürfnissen zusammen, was in starkem Kontrast stand zu dem vorgebrachten altruistischen Motiv. Andererseits stand das Selbsttötungsmotiv mit der allgemeinen Tendenz, von der unerträglichen Realität zu flüchten, in Zusammenhang.

Die Besprechung der Fälle mit einer endogenen Depression macht es notwendig, zunächst auf eine vieldeutige Verwendung des Begriffes der Identifikation, insbesondere auch jenes der projektiven Identifikation, hier des Täters mit dem Opfer, hinzuweisen. Letztere wird in der Literatur häufig als besonders charakteristisch für den erweiterten Suizid genannt. Dabei werden die häufig flüchtigen und stark wechselnden Identifikationen, wie man diese vor allem bei hysterischen Persönlichkeiten findet, nicht unterschieden von den sehr stabilen und dauerhaften Identifikationen mit intimen Bezugspersonen oder mit anderen Identitätsrepräsentanten, wie sie vor allem bei Patienten aus dem manisch-depressiven Formenkreis vorkommen.

Der Unterschied zwischen beiden Formen von Identifikation beruht u.a. auf einem unterschiedlichen Verhältnis zu sich selbst. Der Grundzug der hysterischen Persönlichkeit ist nach Jaspers (1965) deren Unechtheit, einen Schein des Seins und Erlebens ihrem tatsächlichen Sein und Erleben vorzuziehen. Während der Hysteriker auf diese Weise ständig vor sich selbst auf der Flucht ist, ist der Melancholiker mit seinem faktischen Sein besonders stark identifiziert (Kraus 1977, 1985). D.h. bereits vor seiner Erkrankung, vor allem aber in der depressiven Phase ist er mit seinen jeweils bestehenden mitmenschlichen Bezügen, seiner Berufsrolle, seinen Wohnverhältnissen etc., überhaupt mit seiner gegenwärtigen Lebenssituation derart identifiziert, daß er dieses faktische Sein im Falle etwa einer Veränderung dieser Bezüge nicht mehr zu transzendieren vermag. Um dieses melancholische Selbstverhältnis von einem nicht pathologischen abzugrenzen, sprechen wir von einer Überidentifikation mit dem jeweiligen Sein. Während der Hysteriker zum Beispiel Identifikationen mit anderen dazu benutzt, sich nicht mit sich selbst identifizieren zu müssen, ist der Melancholiker durch eine ungenügende Individualisierung von vornherein so unlösbar mit den anderen verbunden, d.h. primär identifiziert, daß diese Verbindung mit dem anderen zu seinem tatsächlichen Sein, zum entscheidenden Aspekt seiner Identität geworden ist.

Eine solche "überidentifizierte Identitätsbildung" (Kraus 1977, 1991) finden wir bei Melancholikern generell im Verhältnis zu ihrer Sozialrolle, d.h., sie sind mit dieser jeweils derart überidentifiziert, daß die in der jeweiligen Sozialrolle (z.B. Elternrolle) gefundene Identität (Rollenidentität) gegenüber einer mangelnden Ich-Identität, welche auf diese Weise kompensiert wird, zu ihrer eigentlichen

Identität geworden ist. Das Verhalten wird in den Sozialrollen durch gesellschaftliche Normen reguliert. A. Kraus (1977,1991) hat gezeigt, wie das Sozialverhalten der Melancholiker, teilweise auch dasjenige bipolarer Manisch-Depressiver durch eine übergenaue Erfüllung gesellschaftlicher Normen, worin diese Überidentifikation mit der Sozialrolle zum Ausdruck kommt, gekennzeichnet ist. Wir haben dieses Sozialverhalten der Überverpflichtung, wie wir es vor allem in den Verhaltensweisen des Typus melancholicus i.S. Tellenbachs (1983), einer besonderen Leistungsorientierung, Genauigkeit und Ordentlichkeit, vorfinden, daher hypernomisch (nomos = Gesetz, Regel) genannt. Durch deren Orientierung an sozialen normativen Rollen (-erwartungen) unterscheiden sich diese Verhaltensweisen von anankastischem Verhalten im engeren Sinne (Kraus 1991).

Alle unserer Probanden aus dieser Diagnosegruppe wiesen Verhaltensweisen im Sinne des Typus melancholicus auf.

Die hypernomische Haltung der melancholischen Mutter legt dieser eine besondere Verpflichtung auf, den Rollenerwartungen als Mutter zu entsprechen, d.h. sie wird in der depressiven Phase ihre Unfähigkeit, diesen nachzukommen, vor allem ihr emotionales Ungenügen, besonders stark erleben und mit lebhaften Schuldgefühlen beantworten. Die emotionale Anforderung, die allein schon in dem Vorhandensein ihrer Kinder liegt, kann für sie unerträglich sein. Dies kann so weit gehen, daß ihr die hypernomische Einstellung die Tötung ihrer Kinder geradezu als letzte Mutterpflicht auferlegt. Auch die Selbsttötung ist bei Melancholischen häufig hypernomisch motiviert. Außerhalb des erweiterten Suizids erwächst dieses kaum sonstwo zu beobachtende hypernomische Suizidmotiv häufig der Befürchtung der Kranken, durch ihre Krankheit ihren Angehörigen und Arbeitskollegen, die ihre Arbeit übernehmen müssen, zur Last zu fallen, wie auch ihrer Sorge, die Krankenkasse bzw. die Allgemeinheit mit ihren Krankenkosten zu belasten. Im Verhältnis zu ihren Kindern führen die sehr stark erlebten Normverletzungen der Mutterpflicht zu einem Untergang der Rollenidentität als Mutter. Da der Verlust der Rollenidentität durch keine zureichende Ich-Identität kompensiert werden kann, hat dies eine schwere Identitätskrise zur Folge. Gänzlich wertlos geworden, vollziehen sie dann den Suizid geradezu mit einem Gefühl der Verpflichtung, sich wie einen Kriminellen hinrichten zu müssen. Eine hypernomische Motivation zum erweiterten Suizid fand sich bei zwei (5,7) der vier unserer depressiven Probandinnen, die alle Persönlichkeitsbezüge im Sinne des Typus melancholicus aufwiesen.

Neben dem hypernomischen Motiv zur Selbst- und Fremdtötung scheinen aber noch bestimmte kognitive Störungen, die aus der symbiotischen, mit dem anderen sich überidentifizierenden Seinsverfassung resultieren, eine wichtige Rolle zu spielen. Im Verhältnis zu seinen intimen Bezugspersonen, mit denen der Melancholische identifikatorisch verbunden ist, kann er einerseits häufig nur noch diese Verbundenheit und nichts Trennendes mehr wahrnehmen. Andererseits kann er infolge seiner Identifikation mit dem anderen besonders leicht sein vermindertes Selbstwerterleben derart auf den anderen übertragen, daß er diesen als genauso lebensunwert und unfähig zur Lebensbewältigung wie sich selbst wahrnimmt.

Während sich bei den Persönlichkeitsgestörten die Identifikationen mit dem anderen meist auf tatsächlich vorhandene oder vermutete Ähnlichkeiten zwischen Täter und Opfer beziehen, die stark übertrieben werden, verfehlen sie bei Psychotischen gänzlich die Realität. Beim Nichtpsychotischen bleiben auch die solcherweise gemachten Annahmen über den anderen für den Probanden an der Realität überprüfbar, während sie beim Psychotischen die Wahnkriterien der Unkorrigierbarkeit und abnormen Gewißheit erfüllen. Übergänge sind jedoch möglich. Hierbei ist anzumerken, daß drei von unseren nichtpsychotischen Patientinnen als schuldig begutachtet wurden (siehe Tabelle 1). Wenn Bischof mit Recht die große Bedeutung der projektiven Identifikation mit dem Opfer sowohl für die Diagnose einer nicht weiter spezifizierten Depression als auch hinsichtlich der Beurteilung der Schuldfähigkeit hervorhebt, so scheint es uns doch wichtig, generell Identifikationsprozesse nach Art und Ausmaß weiter zu differenzieren. Nur im Falle der psychotischen Identifikation ist das Selbst derart auf das Opfer "erweitert", daß die Tötung des anderen mit der des eigenen Selbst gleichbedeutend geworden ist. Nur hier liegt daher eine derartige Identität von Selbst- und Fremdtötung vor, daß wir im wahren Wortsinne von einem "erweiterten Suizid" sprechen können. Beim Fehlen einer derartigen kognitiven Störung sollte u.E. daher korrekterweise nur von einem Mitnahmeselbstmord gesprochen werden. Dies entspricht jedoch nicht dem allgemeinen Sprachgebrauch, dem wir uns hier angeschlossen haben. Da im Falle einer psychotischen bzw. wahnhaften Identifikation mit dem Opfer der andere in seiner eigenen individuellen Identität als ein anderer gar nicht mehr voll erfaßt wird, kann es hier insoweit auch kein altruistisches Tötungsmotiv mehr geben. Auch das hypernomische Motiv zur Fremdtötung hat mit einer Fürsorge für den anderen um seiner selbst willen wenig zu tun. Er setzt sich ja in der Erfüllung vermeintlicher Normen gerade über die wahren Bedürfnisse der

anderen hinweg. Auch wenn eine gewisse Fürsorglichkeit etwa in der Vorstellung, daß die Kinder ohne die Täterin nicht lebensfähig wären, auch bei endogenen Depressiven mitgegeben sein mag, so scheint uns gerade bei dieser diagnostischen Kerngruppe des erweiterten Suizids das altruistische Motiv der Fremdtötung nicht das Entscheidende zu sein. Der erweiterte Suizid ist bei diesen Kranken überwiegend eine Konsequenz ihrer besonderen überidentifizierten Identitätsbildung, hat also eher etwas mit ihrem Verhältnis zu sich selbst als mit jenem zum anderen zu tun, worin sich der von Kranz (1962) angenommene Autismus Melancholischer bestätigt. Allerdings sollte dieser Autismus Melancholischer wiederum nicht mit der Selbstbezogenheit vieler Probanden aus dem Kreis der Persönlichkeitsstörungen verwechselt werden, z.B. wenn diese den "erweiterten" Suizid als Mittel der Konfliktbewältigung etwa im Rahmen von Partnerkonflikten einsetzen.

Zusammenfassung

12 unausgelesene weibliche Fälle von erweitertem Suizid (4 Schizophrene, 4 endogen Depressive, 1 psychogene Reaktion, 3 Persönlichkeitsstörungen) wurden untersucht. Davon wurden 11 mißglückte Fälle forensisch begutachtet. Mit Ausnahme einer Probandin töteten alle schizophrenen Probanden ihre Opfer unter dem Einfluß von Halluzinationen bzw. von Wahn. Bei zwei der melancholischen Probanden, die alle Persönlichkeitszüge i. S. des Typus melancholicus aufwiesen, fand sich ein Motiv der Verpflichtung zur Fremdtötung, das als hypernomisches Motiv gekennzeichnet wird. Darüber hinaus wird bei diesen Probanden auf die Bedeutung einer psychotischen Identifikation mit dem Opfer hingewiesen. Bei allen Fällen einer Persönlichkeitsstörung und psychogener Reaktion hing das Fremdtötungsmotiv mit egozentrisch verfolgten Persönlichkeitszügen zusammen. Die Tötung des Opfers bzw. der Tötungsversuch war jeweils situativ ausgelöst. Zwei waren Süchtige. Der Begriff des erweiterten Suizids sowie die Frage des altruistischen Motivs der Fremdtötung werden diskutiert.

Literatur

- Bischof, H. L. v. : Begutachtungsprobleme beim erweiterten Suizid im Lichte des neuen Strafrechts. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform.* 65(3) (1982) 136-152.
- Harrer, G. et al: Depression and Criminality. *Psychopathology.* 19(2) (1986) 215-219.
- Hirose, S. : Depression and Homicide-A Psychiatric and Forensic Study of Four Cases. *Acta Psychiat. Scand.* 59(1979)211-217.
- Jaspers, K. : *Allgemeine Psychopathologie*, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 8. Aufl. 1965.
- Kranz, H. : Der Begriff des Autismus und die endogenen Psychosen. In: *Psychopathologie Heute*. Thieme, Stuttgart 1962, 61-71.
- Kraus, A. : *Sozialverhalten und Psychose Manisch-Depressiver. Eine existenz- und rollenanalytische Untersuchung.* Enke, Stuttgart 1977.
- Kraus, A. : Phänomenologie pseudohysterischer Verhaltens- und Erlebensweisen. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 53(1985)469-475.
- Kraus, A. : Neuere psychopathologische Konzepte zur Persönlichkeit Manisch-Depressiver. In: C. Mundt, P. Fiedler, H. Lang, A. Kraus. (Hrsg.) *Depressionskonzepte heute: Psychopathologie oder Pathopsychologie* Springer, Berlin, Heidelberg 1991, 42-54.
- Lammel, M. : *Die kriminogene Bedeutung der Depression. Dissertation 1984, Neurologisch-Psychiatrische Klinik der Medizinischen Akademie Dresden.* 1984.
- Lange, E. : Dem missglückten erweiterten Suizid ähnliche Deliktsituationen und ihre kriminalpsychologische und psychiatrische Beurteilung. *Zbl. ges. Neurol. Psychiat.* 173(1963)105.
- Mende, W. : Zur Kriminologie depressiver Verstimmungen. *Der Nervenarzt.* 38(1967)546-553.

- Okumura, Y. : Three Female Cases Who Committed Extended Suicide-Depression and Extended Suicide. *Act. Crim. Japon.* 56(6) (1990) 281-290
- Okumura, Y. : A Case of Schizophrenic Who Presented "Illusion of Fregoli" and Committed Extended Suicide. *Act. Crim. Japon.* 57(2) (1991) 63-72.
- Popella, E. : Über den erweiterten Suizid. *Arch. Psychiat. Neurol.* 205(1964) 615-624.
- Rasch, W. : Situation des erweiterten Selbstmords. *Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin.* 57(1) (1966) 124-133.
- Rasch, W. : Petersen, U. : Kriminalität innerhalb endogen-phasischer Depression. *Mtschr. Krim.* 48 (1965) 187-197.
- Schipkowensky, N. : Mitgehen und Mitnehmen in den Tod. *Psychiat. Neurol. med. Psychol.* (Lpz.). 15(1963) 226-234.
- Tellenbach, H. : *Melancholie. Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik.* Springer, Berlin, Heidelberg, New York (1983).
- Witter, H. et al. : Die strafrechtliche Verantwortlichkeit beim erweiterten Suizid. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform.* 49(3) (1966) 97-113.



