

Aus dem Institut für Gerichtliche Medizin der Universität Tübingen

Direktor: Professor Dr. Dipl.-Phys. H.-D. Wehner

Selbstbeschädigung
unter besonderer Berücksichtigung von
Selbstbeschädigung in Haft

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin

der Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Susanne Bossenmayer geb. Fisy

aus

Düsseldorf

2003

Dekan: Professor Dr. C. D. Claussen

1. Berichterstatter: Professor Dr. Dipl. Phys. H.-D. Wehner
2. Berichterstatter: Professor Dr. H.-J. Kerner

Meinem Mann Jörg gewidmet

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

	Seite
1. Aufgabe der Arbeit	1
2. Methode / Material	6
2.1. Methodische Probleme	6
2.1.1. Allgemeine Probleme	7
2.1.2. Stichprobenprobleme	7
2.1.3. Probleme bei der Befragung der Patienten	8
2.2. Das Forschungsfeld Hohenasperg	8
2.2.1. Aufbau / Organisation des Justizvollzugskrankenhauses	8
2.2.2. Einzugsgebiet des Justizvollzugskrankenhauses und Selektion der Probanden	9
2.2.3. Statistik der Selbstbeschädigung	10
3. Aufbau der Arbeit	11

I. Erster Teil: Definition, Geschichte, Differentialdiagnose und Erscheinungsformen der Selbstbeschädigung sowie mögliche Analogien aus dem Tierreich

	Seite
1. Definition der Selbstbeschädigung	14
2. Historischer Überblick	19

	Seite
3. Autoaggressives Verhalten bei Tieren	21
4. Differentialdiagnose und Sonderformen der Selbstbeschädigung	25
4.1. Simulanz	26
4.1.1. Die Sonderform der Simulanz	28
4.2. Die vorgetäuschte Störung (= heimliche Artefaktkrankheit)	32
4.2.1. Das Münchhausen-Syndrom	35
4.3. Selbstbeschädigung bei hirnorganischen Krankheiten / geistiger Behinderung	41
4.4. Selbstbeschädigung bei Psychosen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen	43
4.5. Eßstörungen	54
4.6. Suchtkrankheiten	55
4.7. Suizid / Suizidversuch	57
5. Einteilung der Selbstbeschädigung	64
6. Arten der Selbstbeschädigung	71
6.1. In Haft	71
6.1.1. Schlucken von Fremdkörpern	71
6.1.2. Hungerstreik	72
6.1.3. Schnittwunden	72
6.1.4. Erhängungsversuche	73
6.2. Außerhalb von Haftanstalten	73
6.2.1. Schlucken von Fremdkörpern	73
6.2.2. Hungerstreik	74
6.2.3. Schnittwunden	74
6.2.4. Erhängungsversuche	74

II. Zweiter Teil: Die Selbstbeschädigung – Psychosoziale Befunde, Umstände, Erscheinungsbild und Konsequenz der Handlung

	Seite
1. Die Selbstbeschädigung in Haft	75
1.1. Die äußeren Umstände der Haft	83
1.1.1. Untersuchungshaft	83
1.1.2. Strafhaft	84
1.1.3. Aufenthalt im Vollzugskrankenhaus	84
1.1.4. Der Einfluß der Haftbedingungen	84
1.2. Die persönlichen Daten	86
1.2.1. Herkunft	86
1.2.2. Entwicklung / Ausbildung	87
1.3. Die kriminelle Seite	91
1.3.1. Kriminelle Auffälligkeiten	91
1.3.2. Einstellung zur Haftstrafe	93
1.4. Die medizinische Seite	93
1.4.1. Somatische Krankheitsanamnese	93
1.4.2. Psychiatrische Krankheitsanamnese	94
1.5. Die Selbstbeschädigung und ihre Umstände	95
1.5.1. Die Selbstbeschädigung	95
1.5.2. Die Zahl der vorausgegangenen Selbstbeschädigungen	97
1.5.3. Die Methode	97
1.5.4. Der Zeitpunkt	98
1.5.5. Emotionen / Schmerzempfinden	98
1.5.6. Drogenkonsum	99
1.5.7. Morphologie der Wunde	99
1.5.8. Motive	100
1.5.9. Einstellung der Patienten bezüglich ihres selbstverletzenden Verhaltens	104

	Seite
1.5.10. Das Entdecken der Selbstbeschädigung	104
1.5.11. Konsequenzen der Selbstbeschädigung	105
2. Die Selbstbeschädigung außerhalb der Haft	106
2.1. Die persönlichen Daten	106
2.1.1. Herkunft	106
2.1.2. Entwicklung / Ausbildung	106
2.1.3. Charaktere	110
2.2. Die kriminelle Seite	111
2.2.1. Kriminelle Auffälligkeiten	111
2.3. Die medizinische Seite	112
2.3.1. Somatische Krankheitsanamnese	112
2.3.2. Psychiatrische Krankheitsanamnese	113
2.4. Die Selbstbeschädigung und ihre Umstände	114
2.4.1. Die Selbstbeschädigung	114
2.4.2. Die Zahl der vorausgegangenen Selbstbeschädigungen	115
2.4.3. Die Methode	116
2.4.4. Der Zeitpunkt	117
2.4.5. Emotionen / Schmerzempfinden	118
2.4.6. Drogenkonsum	121
2.4.7. Morphologie der Wunde	121
2.4.8. Motive	124
2.4.9. Einstellung der Patienten bezüglich ihres selbstverletzenden Verhaltens	129
2.4.10. Die Legende	130
2.4.11. Das Entdecken der Selbstbeschädigung	130
2.4.12. Konsequenzen der Selbstbeschädigung	131
2.4.13. Regionale Häufung / Nachahmung	132

	Seite
3. Die Gemeinsamkeiten und die Unterschiede selbstverletzenden Verhaltens innerhalb beziehungsweise außerhalb von Haftanstalten	133
3.1. Gemeinsamkeiten und Unterschiede bezüglich der Art der Selbstbeschädigung	134
3.2. Gemeinsamkeiten und Unterschiede bezüglich der Anzahl der Wiederholungen	135
3.3. Gemeinsamkeiten und Unterschiede bezüglich der Morphologie	135
3.4. Gemeinsamkeiten und Unterschiede bezüglich der Motive	136

III. Dritter Teil: Zu Theorie und Therapie der Selbstbeschädigung

	Seite
1. Erklärungsversuche für selbstverletzendes Verhalten	138
2. Umfeldbedingungen als mögliche Verstärker selbstverletzenden Verhaltens	145
2.1. Umgang mit Selbstbeschädigern in einer Haftanstalt	145
2.2. Umgang mit Selbstbeschädigern durch Dritte	146
2.2.1. Einweisung in ein Krankenhaus	147
2.2.2. Einweisung in eine Psychiatrische Klinik	147
2.2.3. Strafanzeige	148
2.2.4. Die Rolle der Öffentlichkeit / der Presse	148
3. Therapiebedürfnis und Therapiemöglichkeiten	149
3.1. Meinung der Betroffenen	150
3.2. Die Literatur	151

IV. Vierter Teil: Die Zusammenfassung

	Seite
Zusammenfassung und weiterführende Überlegungen	154

Anhang

Die Fälle	160
I. Interviews mit Selbstbeschädigern im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg	160
II. Die Fälle des Instituts für Gerichtliche Medizin Tübingen	186
Literaturverzeichnis	215
Autorenverzeichnis	243

Einleitung

1. Aufgabe der Arbeit

Die Selbstbeschädigung ist ein in der Literatur viel diskutiertes und bislang nie zufriedenstellend gegliedertes Thema, welches häufig bei besonders spektakulären und aufsehenerregenden Fällen von der Presse aufgegriffen und kommentiert wird. Selbstverletzendes Verhalten als solches ist ein oft angetroffenes Phänomen. Die verschiedenen Morphologien sind jedoch so mannigfaltig wie die Motive, welche die ausführende Person zu diesem Handeln zwingen.

Eine saubere Gliederung der verschiedenen Merkmale ist schwer zu treffen. In der vorliegenden Arbeit wird ein Versuch ebenso wie der Entwurf einer Analyse unternommen – eine Analyse der unterschiedlichen Beweggründe für eine Handlungsweise, die oft aggressive Aspekte in den Vordergrund stellt – mit möglichen Erklärungs- und damit Therapieansätzen.

Nach eingehendem Studium der Literatur lassen sich mehrere Komplexe herausarbeiten, die regelmäßig unter „selbstverletzendem Verhalten“ publiziert werden. Die meisten Artikel fassen unter diesem Begriff gescheiterte Suizidversuche zusammen, im Verlauf derer die Personen sich tatsächlich selbst verletzen, aber strenggenommen immer nur mit dem einen Ziel, ihrem Leben ein Ende zu setzen. Hierzu gibt es viele Forschungsprojekte, viele epidemiologische Studien, die den typischen Menschen, der einen Selbstmordversuch begeht, beschreiben sollen, die Gemeinsamkeiten in den Lebensumständen und in Begleiterkrankungen suchen, um so zu differenzieren, wer durch einen Suizid besonders gefährdet ist. Hierbei werden vorangegangene Suizidversuche, ebenso wie Suchterkrankungen, soziale und psychologische Aspekte hinsichtlich ihrer Vorhersagekraft für eine Selbsttötung untersucht. Die meisten dieser Artikel sind in psychiatrischen und psychologischen Fachzeitschriften publiziert.

Ogleich in der vorliegenden Arbeit der Suizid nicht Gegenstand der Forschung sein soll, wird er im Kapitel der Differentialdiagnose behandelt. Er wird auch immer wieder in den Einzelkapiteln herangezogen, da teilweise Analogien zu anderen Formen der Selbstverletzung zu ziehen sind. Es wird aber im folgenden immer – soweit die ursprüngliche Literatur Schlüsse zuläßt – betont, wenn eine Suizidabsicht erwogen wird, um Vermischungen entgegenzuwirken.

Ein weiterer, umfangreicher Themenkreis der Literatur bezieht sich auf die Simulanz. Die exotischsten Fälle mit spektakulären Selbstbeschädigungen und den feinsten detektivischen Raffinements, die zur Überführung des Täters, der zugleich Opfer ist, geführt haben, sind hier berichtet. Diese Fälle werden genauer untersucht. Sie gehen zwar primär in das Kapitel der Differentialdiagnose ein, doch ist der Unterschied zu der Selbstbeschädigung, die untersucht werden soll, sehr schwer zu erfassen. Oft ist er nur mit den anders gelagerten Motiven zu begründen. Ein einfacher Fall von Versicherungsbetrug ist banal: ein „Opfer“ verletzt sich selbst, stellt die Verletzung als Unfallfolge dar und bekommt die Versicherungssumme, die für diesen Fall zuvor abgeschlossen wurde, ausbezahlt. Sicher ist es psychologisch interessant, was einen Menschen dazu bringt, komplikationsträchtige Verletzungen in Kauf zu nehmen, um ein monetäres Ziel zu erreichen. Doch soll auch dies nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit sein.

Der dritte, vielfach behandelte Themenkomplex der Literatur, der sich mit der Selbstbeschädigung auseinandersetzt, umfaßt das selbstverletzende Verhalten von Geisteskranken, geistig Behinderten, Psychotikern, Neurotikern und den hirnorganisch Kranken. Die Fallbeschreibungen sind vielfältig und von einer ausgesucht brutalen Natur. Nach der meist spektakulär gestalteten Einleitung folgt die nebensächlich geschilderte Information, welche die Überschrift meist nicht vermuten läßt, nämlich, daß es sich bei der beschriebenen Selbstverletzung um einen Patienten mit beispielsweise schwerer Psychose handelt. Das Vorkommen dieser Erkrankung, bei der die Selbstbeschädigung lediglich ein Symptom widerspiegelt, ist häufig. Die Krankheitsvielfalt produziert auch ein buntes Bild von Selbstbeschädigungen. Hier liegt sicher ein weites Forschungsfeld

der Zukunft, da häufig Stoffwechselstörungen, die mit der geistigen Behinderung einhergehen, bekannt sind und hinsichtlich ihrer Relevanz für das Auftreten selbstverletzenden Verhaltens überprüft werden können. Die unterschiedlichen organischen, psychischen und sozialen Aspekte, die zum Auftreten dieses Verhaltens bei geistig Behinderten und psychisch Kranken führen, werden ebenfalls in dem Kapitel der Differentialdiagnose näher untersucht werden.

Aber auch dieses Spektrum der Selbstverletzung steht nicht im Mittelpunkt der Arbeit. Hier würde man sich in den Zuständigkeitsbereich der Psychiater, Psychologen und der Neurologen begeben, deren täglicher Umgang mit diesen Patienten eine äußerst qualifizierte Erfahrung in der Beurteilung krankhaften Verhaltens bewirkt. Diesen Experten sollte man die weiteren Forschungsprojekte überlassen.

Wenn man die oben geschilderten Sonderfälle der Selbstbeschädigung in der Literatur außer acht läßt, dann bleiben die Fälle von Selbstbeschädigung übrig, in denen das Individuum, welches sich selbst verletzt, keine diagnostizierte psychische Erkrankung hat und welches sich bei völliger geistiger Klarheit und unbeeinträchtigtem Schmerzempfinden beispielsweise keinen Finger abschneidet, nur um die Versicherungsprämie hierfür zu erhalten. Dies sind die Fälle, die hier in der Literatur gesucht und auch gefunden wurden. Eine Definition dieses eigentlich selbstbeschädigenden Verhaltens wird in der folgenden Ausführung versucht. Es werden dann die Menschen, die dieses Verhalten ausüben, näher charakterisiert. Es handelt sich dabei um Personen, die aus einem inneren Impuls heraus zu einem Werkzeug greifen und sich Wunden zufügen. Es wird untersucht, welche Faktoren ein Individuum dahingehend beeinflussen, daß es sich so verhält. Warum sind manche Menschen zu diesem Verhalten, zu dieser möglichen, vom Normalen abweichenden Vorgehensweise bei einer Abreaktion prädestiniert und andere nicht? Und welche Auslöser braucht diese scheinbare Prädisposition, um das Verhalten akut werden zu lassen?

Es ergibt sich die Schwierigkeit, Menschen möglichst lange und kontinuierlich beobachten zu müssen, um dem selbstverletzenden Akt, der oft heimlich durchgeführt und später nicht bekannt gemacht wird, näher untersuchen zu können. Bei Tieren kann

man das Verhalten in Gefangenschaft beobachten, wo die Gefahr, daß wichtige Aspekte entgehen, gering ist. Beim Menschen wird in vielen Literaturbeschreibungen eine analoge Situation vorausgesetzt: Das Leben in einer Haftanstalt. Zum einen ist die zu untersuchende Person fast jederzeit beobacht- und befragbar, zum anderen kommen hier eine Vielzahl selbstverletzender Akte zur Anzeige, wobei beim Rückschluß auf mögliche Motive oft die Erpressung von Vergünstigungen in den Vordergrund gestellt wird. Die zu untersuchenden Fragen sind hier, ob die Haftsituation selbstverletzendes Verhalten hervorruft oder in einem prädisponierten Individuum – sollte es das geben – akut werden läßt, an welche Bedingungen diese Exazerbation der Selbstbeschädigung geknüpft ist, ob es Möglichkeiten der Vermeidung gibt oder ob das Verhalten in Haft stets ein manipulierendes ist, darauf ausgelegt, eine Erleichterung der Haftbedingungen, beispielsweise durch die Verlegung in ein Justizvollzugskrankenhaus, zu erzwingen.

Die Selbstbeschädigung in Justizvollzugsanstalten stellt ein nicht zu unterschätzendes Problem für den Strafvollzug dar und gilt oft auch als Maß für die Konfliktbelastung einer Vollzugsanstalt (152). Daten in bezug auf selbstverletzendes Verhalten in Haftanstalten sind nicht immer leicht zugänglich, denn seit 1981 werden insbesondere Selbsttötungsversuche und Selbstbeschädigungen in der Strafvollzugsstatistik nicht mehr erfaßt. Die vorliegende Arbeit kann zeigen, daß der bloße Erklärungsversuch mittels einer vermuteten Erpressung bestimmter Leistungen nicht aufrecht erhalten werden kann. Hierzu wurde eine Auswahl an Patienten befragt, die wegen selbstverletzenden Verhaltens in einer Justizvollzugsanstalt in das Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg gebracht wurden. Erstmals kommen bei einer in dieser Form durchgeführten Untersuchung die Betroffenen selbst zu Wort und können im Gespräch versuchen, ihr Handeln zu erläutern und Gründe hierfür zu formulieren, aus denen sich mögliche Vermeidungsstrategien ableiten beziehungsweise Therapiekonzepte erstellen lassen. Die in der Literatur getroffenen Aussagen werden referiert und anhand der selbst untersuchten Fälle kritisch überprüft.

Die Haftsituation stellt für einen Menschen gewiß eine besondere Lebensform dar, die auf andere Personen außerhalb von Gefängnismauern nicht ohne weiteres übertragbar ist.

Inter- und intrapersonelle Konflikte werden in einem Gefängnis anders erlebt und verarbeitet als außerhalb einer solchen Institution. Deshalb soll, um die Objektivität zu wahren und die Anwendbarkeit gewonnener Erkenntnisse zu erhöhen, auch die Selbstverletzung außerhalb der Haft untersucht werden. Hier gibt es außer den in Heimen betreuten geistig Behinderten, die – wie oben beschrieben – aufgrund ihrer Sonderstellung durch die zugrunde liegende Krankheit nicht Hauptthema der Arbeit sein sollen, wenige Möglichkeiten, Personen bei solchem Verhalten zu beobachten und wenige Gelegenheiten, sie hinterher über Motive und Therapieerfolge zu befragen. Aus diesem Grund werden Fälle untersucht, die dem Institut für Gerichtliche Medizin in Tübingen in den neunziger Jahren vorgestellt wurden, weil die sich selbst beschädigende Person nach ihrem Handeln eine Straftat zur Anzeige brachte und eine Fremdeinwirkung für ihre Verletzungen angab. Auch hier reicht die Erklärung des Rufs nach Aufmerksamkeit nicht aus. Auch hier muß differenzierter über die Situation einer Person, die möglicherweise keinen anderen Ausweg mehr sieht, als den eigenen Körper zu verletzen, und über die Gesellschaft, die unter Umständen ein derartiges Verhalten fördert, vielleicht sogar provoziert, zumindest hinterher auf die Folgen sozial verantwortlich reagieren sollte, nachgedacht werden.

Die vorliegende Arbeit beansprucht nicht, eine statistisch signifikante Aussage machen zu können, soweit das bei der Aufgabenstellung und der Subjektivität des Themas überhaupt möglich ist. Die beiden oben erwähnten, extremen Formen des Vorkommens von selbstverletzendem Verhalten, nämlich einmal das Handeln unter Haftbedingungen und zum andern unter dem Aspekt einer fingierten Straftat, wie bei den zur Begutachtung dem gerichtsmedizinischen Institut in Tübingen übergebenen Personen festgestellt oder zum Teil von ihnen eingestanden, werden anhand einzelner Fälle exemplarisch analysiert. Es wird der Versuch gewagt, Gemeinsamkeiten zu finden und somit mögliche, allgemein gültige Regeln zu erstellen. Der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit liegt auf der Zusammenfassung und kritischen Beurteilung der zu diesem Thema vorliegenden Literatur, die gegebenenfalls einer auf diesem Thema aufbauenden, weiterführenden Arbeit die Recherche erleichtern soll.

2. Methode / Material

Die Fälle von Patienten, die wegen selbstverletzenden Verhaltens in das Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg im Zeitraum zwischen Dezember 1995 und Juni 1996 eingeliefert worden waren, wurden nach einer Vorauswahl durch die behandelnden Ärzte hinsichtlich Kommunikationsbereitschaft und Durchführbarkeit (zur Verfügung stehende Räume, Sprachbarrieren) sowie nach Ausschluß organisatorischer Hindernisse (i.e. das gesetzlich vorgeschriebene Einholen einer Genehmigung beim zuständigen Untersuchungsrichter) ausgesucht. Die Patienten wurden dann, nachdem eine Entbindung von der Schweigepflicht erfolgt war, im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg befragt. Während der Unterhaltung wurden Gesprächsnotizen angefertigt und anhand dieser dann Gedächtnisprotokolle erstellt. Zusätzlich wurden Aussagen der behandelnden Ärzte mit verwendet. Die Angaben zu der kriminellen Karriere der Patienten wurden ausschließlich nach deren eigenen Aussagen gemacht und wegen mangelnder Relevanz und organisatorischer Schwierigkeiten nicht überprüft.

Die Fälle, die dem Institut für Gerichtliche Medizin in Tübingen zur Begutachtung vorgelegt wurden, werden anhand der sehr gut dokumentierten Gesprächsprotokolle und Gutachten sowie der vorliegenden Photos analysiert und kommentiert.

2.1. Methodische Probleme

Die vorliegende Arbeit ist keine reine Literaturanalyse, die beispielsweise Veröffentlichungen anhand eines standardisierten Fragebogens statistisch einordnet. Vielmehr wird eine kritische Übersicht über die zum interessierenden Thema geschriebene Literatur geboten. Anhand einzelner Fälle des Justizvollzugskrankenhauses Hohenasperg und des Instituts für Gerichtliche Medizin in Tübingen werden exemplarisch die in der Literatur getroffenen Aussagen überprüft.

2.1.1. Allgemeine Probleme

Die geschilderten Fälle werden anhand der Gedächtnisprotokolle der befragten Personen und anhand ihrer Eindrücke, die situationsbedingt geschildert wurden, kritisch beleuchtet. Hierdurch ergibt sich eine gewisse Subjektivierung. Eine objektive Gesprächsführung mit mehreren Befragenden beziehungsweise einer Kameraaufzeichnung des Interviews war aus organisatorischen Gründen und Mangel an dafür notwendiger Einrichtung eines Justizvollzugskrankenhauses nicht möglich. Die Fälle des Instituts für Gerichtliche Medizin in Tübingen werden anhand von Photos, Tathergangsschilderungen durch die Betroffenen und anhand der vorliegenden Gutachten beurteilt. Eine anschließende Befragung der betroffenen Personen wurde von der Bearbeiterin des Themas wegen der Brisanz des Umstands der möglichen Vortäuschung einer Straftat und der damit verbundenen möglichen juristischen Konsequenzen als nicht zumutbar abgelehnt.

2.1.2 Stichprobenprobleme

Aufgrund der kleinen Auswahl an Probanden im Justizvollzugskrankenhause Hohenasperg, die wegen größter organisatorischer Hindernisse (Vorauswahl durch behandelnde Ärzte, Sprachbarrieren, Ablehnung durch Patienten, Einholen von Besuchserlaubnis, noch bevor der Patient in seine Heimanstalt zurückverlegt wurde) nicht erweitert werden konnte, ist eine statistisch signifikante Aussage nicht möglich. Die befragten Personen sind zudem alle männlich. Auf Bitten um Erlaubnis einer möglichen Befragung in einer Justizvollzugsanstalt für Frauen wurden unterschiedliche Aussagen zum Vorkommen selbstverletzenden Verhaltens in dieser Einrichtung gemacht, die in der Häufigkeitsangabe je nach auskunftgebender Person von einem oft beobachteten Phänomen bis zur Nichtexistenz differierten, wobei eine Befragungsmöglichkeit von der dazu befugten Leitung verweigert wurde, weil in der betreffenden Anstalt ein derartiges Problem nicht bestünde. Diese Schwierigkeiten, die sich im Vorfeld bei der Planung der Arbeit ergaben, zeugen von der Brisanz des Themas.

Die Fälle des Instituts für Gerichtliche Medizin Tübingen werden vollständig vom Zeitraum zwischen September 1983 und August 1997 verwendet.

2.1.3. Probleme bei der Befragung der Patienten

Bei der Befragung der Patienten spielte eine gewisse Gehemmtheit aufgrund der Befragungssituation sicherlich eine Rolle. Oft konnte von den Patienten die Rolle der Befragerin trotz ausführlicher Aufklärung nicht korrekt eingeschätzt werden. Die Angst vor Konsequenzen bei einem offenen Gespräch über die Probleme des Strafvollzugs war häufig hinreichend zu spüren. Besonders Patienten, die sich in Untersuchungshaft befanden, waren sehr vorsichtig in ihren Äußerungen, was aber den Wahrheitsgehalt nicht zwingend beeinträchtigt haben muß.

Außerdem lagen zuweilen nicht unbeachtliche Sprachbarrieren vor, die nur unter Mühen und durch längeres Umschreiben aufgehoben werden konnten. Daß bei diesen Hindernissen eine präzise und differenzierte Schilderung brisanter und emotional geladener Ereignisse nicht gewährleistet war, versteht sich. Auf Dolmetscher konnte aufgrund der knappen zeitlichen Organisation nicht zurückgegriffen werden.

2.2. Das Forschungsfeld Hohenasperg

2.2.1. Aufbau / Organisation des Justizvollzugskrankenhauses

Das Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg hat insgesamt 183 Betten, die sich wie folgt auf drei Fachabteilungen verteilen:

- 94 Betten: Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie
(4 Stationen)
- 61 Betten: Abteilung für Innere Medizin (2 Stationen)
- 28 Betten: Chirurgische Abteilung (1 Station)

Von den insgesamt 183 Betten entfallen 175 Betten auf männliche Gefangene und 8 Betten auf weibliche Gefangene, die in einer kleinen interdisziplinären Frauenstation versorgt werden.

Im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg arbeiten insgesamt 15 Ärzte, 2 Ärzte im Praktikum und 4 Psychologen. In der pflegerischen Krankenversorgung sind 48 voll ausgebildete Krankenpfleger, 4 Krankenpflegehelfer und 27 Personen vom Vollzugspersonal im Einsatz auf den Stationen beschäftigt.

Die Verteilung der Ärzte und Psychologen sieht vor, daß 8 Ärzte (davon 4 Fachärzte) und ein Arzt im Praktikum sowie 4 Psychologen in der Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie eingeteilt sind. In der Abteilung für Innere Medizin arbeiten laut Stellenplan 5 Ärzte (davon 3 Fachärzte) und ein Arzt im Praktikum. Zwei Fachärzte sind in der Abteilung für Chirurgie tätig.

2.2.2. Einzugsgebiet des Justizvollzugskrankenhauses und Selektion der Probanden

Das Einzugsgebiet ist das gesamte Bundesland Baden-Württemberg mit seinen 18 Justizvollzugsanstalten.

Die Zahl der Patienten lag 1998 bei 1.735 Neuaufnahmen, davon übernahmen die Abteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie 756 Patienten, die Abteilung für Innere Medizin übernahm 686 Patienten und die Abteilung für Chirurgie 293 Patienten.

Die durchschnittliche Liegedauer wurde für das Jahr 1999 mit 5,24 Tagen auf der akutpsychiatrischen Station, mit 20,1 beziehungsweise 24,5 Tagen auf den beiden subakutpsychiatrischen Stationen und auf den Stationen für Suchtbehandlung und Rehabilitation mit 165,9 Tagen angegeben. In der Inneren Medizin betrug die Verweildauer 17,3 beziehungsweise 20,9 Tage, auf der Abteilung für Chirurgie 22,8 Tage.

Die Nationalitätenverteilung der Patienten wurde anhand eines Stichtags (05.05.2000) festgestellt und war somit laut Angaben des ärztlichen Personals mit 75% deutschen, 5,3% türkischen, 3,9% rest-jugoslawischen, 2,6% italienischen, je 1,3% kroatischen, griechischen, polnischen und rumänischen Patienten repräsentativ. 1,3% der Patienten kamen aus dem Sudan, eine gleiche Anzahl war staatenlos und unter 1% betrug der Anteil der Patienten aus Albanien, Bosnien-Herzegowina, Irland, Niederlande, Portugal, Algerien, Libanon und Bangladesch.

Die Selektion der Probanden erfolgte nach deren Einlieferung. In der Aufnahmeuntersuchung durch das ärztliche Personal im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg wurde die Diagnose der Selbstbeschädigung gestellt. Der Patient wurde hier in einem ersten Informationsgespräch über die entstehende Dissertation aufgeklärt. Seine Bereitschaft zu einem Interview wurde nach Einschätzung der organisatorischen Hindernisse, wie vermutlich sehr kurze Liegedauer und bestehende Sprachprobleme, geklärt und die Verfasserin dieser Arbeit wurde über das Vorhandensein eines geeigneten Probanden daraufhin in Kenntnis gesetzt. In der Folge wurden Formalitäten, wie die Entbindung von der Schweigepflicht von seiten des Patienten, abgegeben und gegebenenfalls die Besuchserlaubnis durch den Haftrichter eingeholt. Dann konnte ein Besuchstermin vereinbart und der entsprechende Proband befragt werden.

2.2.3. Statistik der Selbstbeschädigung

Eine Statistik, die Art der Selbstbeschädigung und die Nationalität der Selbstbeschädiger betreffend, wird im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg nicht geführt. Laut Aussagen der Ärzte gibt es alle paar Jahre „Trends“ hinsichtlich der Art einer Selbstbeschädigung, wie zum Beispiel das Schlucken von „Sputniks“, also in Brotteig eingewickelte, zusammengefaltete und verschnürte Krallen aus Metallstücken, die geschluckt werden und sich nach Zersetzung des Teigs durch die Magensäure entfalten, aufspringen und in der Magenwand festbohren. Dieses Phänomen trete schubweise auf, wobei nach einem Beispielfall mehrere Inhaftierte einer Justizvollzugsanstalt in kürzeren zeitlichen Abständen mit der gleichen Diagnose im Justizvollzugskrankenhaus

aufgenommen wurden. Eine Sammlung an „Sputniks“, die sich in der Bauart oft sehr ähneln, kann im Justizvollzugskrankenhaus besichtigt werden.

Anhand der selbst interviewten Probanden läßt sich keine statistisch relevante Aussage machen. Wie im folgenden beschrieben, wurde als überwiegende Form der Selbstbeschädigung das Schneiden mit einem scharfen Gegenstand im Bereich der Unterarme, zumeist im Handgelenksbereich, wo die „Pulsadern“ vermutet werden, ausgeführt. Fünf von sechs Befragten gaben an, zuvor schon selbstverletzende Tätigkeiten an sich ausprobiert zu haben. Die meisten hatten sich Schnittwunden zugefügt und waren auf diese Form der Beschädigung zurückgekommen. Drei hatten in zurückliegenden Jahren andere Methoden, wie zum Beispiel das Schlucken von Pharmaka oder auch Handlungen mit eher suizidalem Charakter, wie Erhängen, ausprobiert. Der Anschein läßt vermuten, daß bei der Ausübung unterschiedlicher Arten der Selbstverletzung Erfahrungen gesammelt werden und der Ausübende dann später jeweils die für ihn geeignetste Methode wählt.

Insgesamt wird die Variationsbreite der Praktiken bei der Selbstbeschädigung durch die zur Verfügung stehenden und leicht erreichbaren Mittel limitiert. Die Vielfalt der in der Literatur beschriebenen Arten ist weitaus größer.

3. Aufbau der Arbeit

Der erste Teil der Arbeit versucht die schwierige Aufgabe einer Definition des selbstverletzenden Verhaltens. Weil die in der Literatur geäußerten und hier zitierten Meinungen so mannigfaltig sind wie die Vorgehensweisen bei der Ausübung, wird im folgenden nicht zuletzt über eine Abgrenzung, die Differentialdiagnose, zu anderen (selbst)zerstörerischen Verhaltensweisen ein klarer Begriff definiert und über Ausführungen der Literatur zu diesem Thema ein historischer Ansatz geboten werden, der Informationen zu der Entwicklungsgeschichte der Selbstbeschädigung liefert. Des weiteren werden die verschiedenen Formen der Selbstbeschädigung kurz in einer

Übersicht vorgestellt, wobei exotische Grenzfälle selbstverletzenden Verhaltens mit berücksichtigt werden.

Der zweite Teil der Arbeit geht nach der Definition und der reinen Beschreibung, der Phänomenologie, dazu über, die Hintergründe der „Tat“ zu beleuchten, auf das persönliche Umfeld und die persönliche Situation der Selbstbeschädiger einzugehen, Gemeinsamkeiten in der Psyche, der Anamnese und der sonstigen Krankheitsgeschichte zu suchen, um dann Übereinstimmungen des eigentlich selbstverletzenden Akts zu skizzieren, um über die immer wiederkehrenden Muster eine Transparenz in diese Form des aggressiven Verhaltens zu bringen.

Hierbei wird die Selbstbeschädigung unter Haftbedingungen aufgrund der großen Diskrepanz der Lebensumstände und Umweltbedingungen von der außerhalb von Haftanstalten ausgeführten Selbstbeschädigung getrennt. Schließlich werden trotz eben erwähnter, grundsätzlich unterschiedlicher Voraussetzungen Gemeinsamkeiten hinsichtlich Art, Morphologie und Motiv der Selbstbeschädigung erarbeitet. Diese bilden die Grundlage für die Frage, ob es nur die Haftsituation ist, die einen Menschen veranlaßt, die Hand gegen den eigenen Körper zu richten, oder ob zusätzliche Faktoren Voraussetzung für die Expression des Verhaltens sind, was elementar ist für die Klärung, ob Autoaggression als Maß für die Qualität einer Vollzugsanstalt herangezogen werden kann.

Der dritte Teil der Arbeit befaßt sich mit der Frage nach den Motiven für selbstverletzendes Handeln, versucht anhand der referierten Literatur, Theorien zu entwickeln und wagt mögliche Therapieansätze.

Im vierten Teil wird das Erörterte kritisch zusammengefaßt. Es werden Denkanstöße für mögliche weiterführende Arbeiten geliefert, die anhand der hier zusammengefaßten Literatur zu weiteren Überlegungen anregen mögen.

Im Anhang befinden sich die Protokollinhalte der Fälle des Instituts für Gerichtliche Medizin in Tübingen sowie der Interviews mit den Probanden im

Justizvollzugskrankenhäuser Hohenasperg, die in ihrer Darstellungsform zur besseren Vergleichbarkeit einander angeglichen sind.

I. Erster Teil: Definition, Geschichte, Differentialdiagnose und Erscheinungsformen der Selbstbeschädigung sowie mögliche Analogien aus dem Tierreich

1. Definition der Selbstbeschädigung

In der Literatur erscheinen verschiedene Begriffe, die synonym für das Phänomen der Selbstbeschädigung verwendet werden. Beispielsweise verwendet Arbab-Zadeh (73) 1977 die Begriffe *Selbstverletzung*, *Selbstbeschädigung*, *Selbstverstümmelung* und *Artefakt*. Im Englischen finden *self-mutilation*, *self-injurious behavio(u)r*, *self-inflicted injuries*, *autoaggressive* oder *self-destructive-behavio(u)r*, *deliberate self-harm* und *parasuicide* Verwendung zur Beschreibung des zu untersuchenden Verhaltens.

Die Definitionen der Selbstbeschädigung sind so mannigfaltig wie ihre Erscheinungsformen. Diejenigen Autoren, die sich wissenschaftlich mit dem Thema befassen, sind sich über die Eingrenzung des Begriffs nicht einig.

Nach Reuter (2) hatte 1911 der §293 des österreichischen Militärstrafgesetzes den Begriff der Selbstverstümmelung dem der Selbstbeschädigung untergeordnet: „*Wer nach dem auf die Kriegsartikel abgelegten Militärdiensteide durch Verstümmelung seines Körpers oder durch geflissentliche Hervorbringung einer Krankheit sich zum Militärdienst untauglich zu machen und dadurch seine Entlassung zu bewirken trachtet, begeht das Verbrechen der Selbstbeschädigung.*“ Die damalige österreichische Militär-sanitätsstatistik faßte den Begriff der Selbstbeschädigung so weit, daß sie außer der Selbstverstümmelung auch den Selbstmord und Selbstmordversuch einbezog. Reuter unterscheidet zwischen Selbstbeschädigung und Selbstmordversuch vor allem durch die Motive, die zu der jeweiligen Handlung führen. Während beim Selbstmordversuch die Absicht auf die Vernichtung des Lebens gerichtet ist, kommt eine solche Absicht bei der Selbstbeschädigung nicht in Betracht. Was genau aber Selbstbeschädigung ist, darauf geht Reuter nicht ein.

Anders Prokop und Göhler, die 1976 folgendermaßen definieren: *„Unter Selbstbeschädigung versteht man jede Art einer gegen den eigenen Körper gerichteten Schädigung, sei es durch Beibringen von Wunden zur Vortäuschung eines Unfalls oder durch Zuführung von Giftstoffen zur Vortäuschung einer Krankheit.“* (14). Diese Definition des Begriffs erwähnt die unterschiedliche Art der Verletzung, die nicht immer mit einer Wunde einhergehen muß, und sie nennt dann zwei Beispiele aus der Vielzahl möglicher Motive, die zu dem zu untersuchenden Verhalten führen können. Unter diese Definition, wie sie von Prokop und Göhler geliefert wird, fiel auch der Suizid, der nach Wilhelm und Hertel (22) 1961 als Extremvariante der Selbstbeschädigung zu sehen ist. Noch allgemeiner definieren Repp et al. (46) 1990 Selbstbeschädigung als eine große Auswahl an Verhaltensmustern, deren Ziel es ist, ein Individuum physisch zu verletzen. Das Verhalten wiederholt sich und ist chronisch. Selbstverletzung wird von wenigen Malen pro Monat bis zu vielen Malen pro Stunde durchgeführt. Auf diese Definition würde allerdings die Selbstverstümmelung zum Begehen eines Versicherungsbetrugs nicht passen, denn man sollte annehmen, daß sie sich nicht wiederholt und chronisch wird. Brettel schreibt 1986: *„Jede Art eines selbsttätigen oder von fremder Hand auf Verlangen vorgenommenen Eingriffs gegen die Unverletzbarkeit des Körpers stellt eine Selbstbeschädigung dar. Die durch unbeabsichtigte Unfälle herbeigeführten Körperschäden gehören allerdings üblicherweise nicht dazu.“* (70).

Die meisten Definitionen richten sich nach den Motiven. Schon 1911 schreibt Reuter, daß der Sachverständige sich mit den Motiven der Handlung auseinandersetzen muß, um zwischen Selbstbeschädigung, Selbstmordversuch oder Unfall unterscheiden zu können (2). Wenn man das Motiv für den einzelnen Akt der Selbstbeschädigung erkannt hat, dann gibt es noch graduelle Unterschiede, beispielsweise zwischen Selbstbeschädigung, Simulanz und Übertreibung, wenn damit der gleiche Zweck erreicht werden soll (2).

Steinert faßt den Begriff 1993 weiter. Seiner Auffassung nach umfaßt Autoaggression ein umfangreiches Gebiet, beginnend vom Suizid über Selbstverletzung ohne Tötungsabsicht bis hin zu indirekten Formen des selbstbeschädigenden Verhaltens,

beispielsweise durch Suchtmittelmißbrauch, Provokation von Unfällen oder die Ablehnung einer lebensnotwendigen Therapie (75).

Winchel und Stanley definieren 1991 selbstverletzendes Verhalten als die freiwillige Schädigung des eigenen Körpers (101). Bei dieser Definition bleiben alle Motive außen vor, nur jede aktive oder passive Beschädigung des Körpers wird einbezogen.

Andere Definitionen schließen den Selbstmord nicht mit ein, so Simeon et al., die 1992 die Selbstbeschädigung als freiwillige Schädigung des eigenen Körpers, die sich in einer Gewebsschädigung manifestiert und ohne eine bewußte Suizidabsicht durchgeführt wird, definieren: *“Self-mutilation is defined as deliberate harm to one’s own body resulting in tissue damage, without a conscious intent to die.”* (226). Hier sind alle Selbstbeschädigungen durch beispielsweise aufgenommene Toxine, durch das Schlucken von Gegenständen oder der Hungerstreik nicht mit erfaßt.

Menninger geht sogar so weit, 1938 zu schreiben, daß der Suizid bei der Selbstbeschädigung nicht nur nicht mit eingeschlossen, sondern durch sie sogar zu verhindern versucht wird: *“A mutilation is an attempt at self-healing.... Local self-destruction is a form of partial suicide to avert total suicide“* (95).

[Übersetzung: „Eine Verstümmelung ist ein Versuch der Selbstheilung... Die lokale Selbstzerstörung ist eine Form eines teilweisen Selbstmordes, um einen kompletten Selbstmord zu vermeiden.“]

Diese Definition ist einleuchtend, trifft aber dennoch nicht für alle Fälle der Selbstbeschädigung zu. Ohne Zweifel verletzt sich der Häftling, der sich aus manipulativen Motiven eine Wunde zufügt. Sie fällt also unter den Begriff der Selbstverletzung. Dennoch versucht er damit nicht, einen drohenden Suizid abzuwenden, sondern vielmehr bemüht er sich, beispielsweise eine Verlegung in ein Justizvollzugskrankenhaus zu erwirken.

Konform geht die Verfasserin dieser Arbeit mit dem Teilaspekt einer Definition, der besagt, daß dem eigenen Körper ein Schaden zugefügt wird. Dieser manifestiert sich in

aller Regel in einer Gewebeschädigung, kann aber auch, beispielsweise durch selbstkasteiende Gedanken, in einen psychischen Defekt münden.

Es bedarf der zusätzlichen Beleuchtung einiger Aspekte, um die Definition einzugrenzen und allen Sonderformen gerecht zu werden. Eine Definition der Selbstbeschädigung in einem kurzen, prägnanten Satz ist nicht zu leisten.

Zunächst sollten in diese Definition die Motive mit einbezogen werden, die ein solches Verhalten provozieren, um die einzelnen Formen voneinander abgrenzen zu können. Hier ist allen voran das Motiv der Tötungsabsicht zu untersuchen, da es die große Gruppe der Suizide abgrenzt, wozu die Verfasserin auch die ernstgemeinten Suizidversuche zählt, weil diese von der Vollendung oft nur ein gering schädigender Effekt trennt und die Absicht die gleiche, nur das Ausmaß unterschiedlich ist. Formell ist der Selbstmord der Selbstbeschädigung zuzurechnen, denn dem eigenen Körper wird eine Schädigung zugefügt. Jedoch unterscheidet er sich im Motiv, das für den Suizid und nur für diesen die Selbsttötungsabsicht ist. Folglich verhält sich die Selbstbeschädigung zum Selbstmord wie die Körperverschädigung zur Tötung. Sie ist nicht das Ziel, sondern Mittel zum Zweck. Deshalb wird in dieser Arbeit auf den Suizid zwar in einem eigenen Kapitel eingegangen, aber er wird nicht detailliert untersucht werden, weil er nur formell zu den Selbstbeschädigungen zählt.

Außer der Tötungsabsicht gibt es viele Motive, die selbstverletzendes Verhalten begründen und nach denen sich eine Einteilung der Selbstbeschädigung vornehmen läßt: Geltungssucht, Erpressung, Versicherungsbetrug und vieles mehr. Zur weiteren Abgrenzung der Definition sind diese jedoch irrelevant.

Somit kann man bislang die Selbstverletzung als Schädigung des Körpers ohne Tötungsabsicht definieren. Bei dem Versuch, diese Definition zu spezifizieren, bietet sich zwangsläufig die Vorgehensweise an. Hier gibt es die aktive Art, die Selbstbeibringung von Wunden beispielsweise, oder die passive, das Ablehnen einer notwendigen Therapie oder die Verweigerung von Nahrung im Hungerstreik. Beide zählen zur Selbstbeschädigung, wobei die passive Form in der Literatur selten erwähnt wird.

Unabdingbar für die weitere Definition ist auch die Vorsätzlichkeit, die hinter der Handlung steckt. Eine versehentliche Verletzung im Sinne eines Unfalls, die nicht intendiert ist, zählt nur dem Merkmal nach zur Selbstbeschädigung. Der Körper, das Gewebe, wird in seiner Integrität verletzt, doch ist dies nicht beabsichtigt. Vielmehr ist die Selbstverletzung, die es zu untersuchen gilt, eine absichtlich herbeigeführte Schädigung des Körpers, unabhängig von einem Motiv (außer – wie oben erwähnt – dem der Tötungsabsicht). Der Versicherungsbetrüger handelt ebenso absichtlich, wenn er sich einen Finger abschneidet, wie derjenige, der sich mit einer Glasscherbe in den Unterarm ritzt. Hierzu muß aber die Tragweite des Tuns ersichtlich sein, weshalb die Selbstbeschädigung von geistig Behinderten oder von schwer psychotischen Personen oder solchen im Drogenrausch zwar ebenfalls formell den Kriterien der Verletzung des eigenen Körpers entspricht, aber das Kriterium der Vorsätzlichkeit nicht erfüllt. Diese Sonderfälle werden ebenfalls in einem eigenen Kapitel berücksichtigt werden.

Eine bedingte Vorsätzlichkeit an der Grenze zur Fahrlässigkeit ist dann anzunehmen, wenn das Mittel zur Selbstbeschädigung zu einem ganz anderen Zweck eingesetzt und die schädigende Wirkung in Kauf genommen wird. Dies ist beim übermäßigen Alkoholkonsum oder beim Rauchen der Fall. Die negativen Auswirkungen auf die Gesundheit sind allgemein bekannt und werden vielfach doch in Kauf genommen, meist unter der Annahme man selbst müsse davon ja nicht unbedingt betroffen sein. Auf diese Fälle wird in der vorliegenden Arbeit ebenfalls nicht näher eingegangen werden, da die direkte Absicht zur Selbstbeschädigung fehlt, wenngleich formale Kriterien erfüllt sind.

Zusammenfassend läßt sich also die Selbstbeschädigung als die Verletzung körpereigenen Gewebes definieren, die ohne Tötungsabsicht, aktiv oder passiv, absichtlich, wissentlich und vorsätzlich durchgeführt wird.

Rein formell gibt es sehr viele Unterformen der Selbstbeschädigung, die in einigen Punkten der Definition entsprechen, in anderen jedoch abweichen oder die so speziell sind, daß sie zwar unter die Definition fallen, jedoch in dieser Arbeit nicht separat berücksichtigt werden können. Diese Sonderformen und Grenzfälle, die auf den ersten

Blick wie eine Selbstbeschädigung aussehen können oder die allgemein praktizierte Verhaltensweisen sind, von denen niemand ernsthaft behaupten würde, sie seien selbstverletzendes Verhalten, die aber in allen Punkten der Definition genügen, werden im Kapitel der Differentialdiagnose untersucht. In der medizinischen Fachsprache bedeutet Differentialdiagnose die Beleuchtung eines Symptoms, welches bei verschiedenen Krankheiten auftritt, und die Abgrenzung derselben voneinander, um herauszufinden, welche Erkrankung sich im Einzelfall hinter dem Erscheinungsbild verbirgt.

2. Historischer Überblick

Der erste graphische Beweis ritueller Selbstbeschädigung wird in den 20.000 Jahre alten Höhlenmalereien in Frankreich vermutet, wo den Händen die äußeren Fingerkuppen fehlen (224). In vielen Stämmen der Naturvölker, beispielsweise bei den Aborigines in Australien, wurden die Jugendlichen beschädigt oder beschädigten sich selbst zum Zeichen des Abschieds von der Kindheit. Hierdurch demonstrierten sie, daß sie Schmerzen ertragen konnten.

Reuter (2) beschreibt 1911 in seiner Abhandlung die Beziehung von religiösen Ideen und Selbstbeschädigung. Inwieweit es sich bei den Ideen, denen vornehmlich Sekten bei der Umsetzung ihres Glaubens in lebensfeindliche Handlungen nachgehen, um Fanatismus handelt, läßt er hierbei außer acht. Die Religion der Inder wurzelt im Weltschmerz und in der Weltentsagung, weshalb die Askese im Kult dieses Volkes einen breiten Raum einnimmt. Bekannt sind die Selbstquälereien der indischen Fakire und Jogi, die spitze Nägel in die Schuhe einbrachten, über glühende Kohlen barfuß gingen oder sich die Lippen und die Nasenflügel aufschlitzten. Ob der Brauch der indischen Witwen, sich mit dem Leichnam ihres Mannes auf dem Scheiterhaufen verbrennen zu lassen, hierhin gehört, ist fraglich, denn zum einen handelt es sich um Selbstmord und weniger um Selbstbeschädigung, zum anderen ist die Freiwilligkeit dieser Handlungen fragwürdig, denn die Witwen hatten nach dem Tod ihres Mannes vom Leben nichts mehr zu erwarten

und wären verhungert oder aber geächtet verstorben, falls sie dem alten Brauch, sich auf dem Scheiterhaufen mit verbrennen zu lassen, nicht nachgekommen wären. Auch der Buddhismus predigt die Weltentsagung. In verschiedenen Weltreligionen begegnete und begegnet man noch heute den selbstbeschädigenden Handlungen der Geißler. Im 13. bis 15. Jahrhundert zogen zu kirchlichen Genossenschaften vereinigte christliche Gruppen durch ganz Westeuropa, um durch Geißelung Gottes Barmherzigkeit zu erleben.

Reuter behauptet 1911, daß die Selbstbeschädigung im alten Rom nicht bekannt gewesen sei (2). Schon gar nicht war die Absicht, sich selbst zu verletzen, um beispielsweise dem Militärdienst zu entgehen, vorstellbar, da der Militärdienst den vornehmen Klassen vorbehalten blieb und es eine Ehre war, ihn abzuleisten. Im Justinianischen Recht existierte kein Paragraph, der den Fall einer Selbstbeschädigung regelte. Im Mittelalter gab es ein Söldnerheer, dessen Aufstellung vertragsmäßig geregelt und wo ein Rücktritt möglich war. Dennoch sollen Selbstbeschädigungen vorgekommen sein, um nicht in den Krieg zu müssen, ohne aber der Schmach, sich dem Kampf absichtlich nicht gestellt zu haben, ausgesetzt zu sein. Erst gegen Ende des 18. Jahrhunderts wurde zumindest gesetzlich eine Selbstbeschädigung erwähnt. Das erste österreichische Patent stammte aus dem Jahre 1753 (2). Interessanterweise stellt Kleemann (4) 1902 fest, daß nach Einführung der allgemeinen Wehrpflicht eine größere Anzahl an Selbstbeschädigungen auf Seiten der österreichischen Armee zu verzeichnen gewesen sei, was daran gelegen habe, daß das *„österreichische Rekrutenmaterial durchschnittlich auf einer niedrigeren Intelligenzstufe stehe als das reichsdeutsche“*. Hier lieferte jedoch die unterschiedliche Gesetzeslage diskrepantes Zahlenmaterial, weil das österreichische Militärstrafgesetz bereits die Absicht des Selbstbeschädigers als maßgeblich ansah – deshalb die höhere Anzahl in der Statistik. Beim Strafmaß wurde allerdings erst der Erfolg berücksichtigt. §81 des deutschen Militärstrafgesetzes besagte, daß der Selbstbeschädiger durch seine Tat dienstuntauglich geworden sei, was mit weniger Fällen in die Statistik einging.

3. Autoaggressives Verhalten bei Tieren

Eine Analogie zwischen tierischem und menschlichem Verhalten herzustellen, ist immer problematisch. Zu unterschiedlich sind oft die Voraussetzungen, die ein Verhalten provozieren, ebenso die erlernten sozialen Fähigkeiten, die andere Reaktionen möglich machen. Dennoch gibt es interessante Aspekte, das selbstbeschädigende Verhalten von Tieren betreffend, die es wert sind, hier referiert zu werden, zumal auf biochemischer Ebene mögliche Parallelen zu ziehen sein könnten.

Es gibt einige Untersuchungen zu selbstverletzendem Verhalten bei Tieren, die im folgenden kurz dargestellt werden sollen. Mineka hat 1978 das Verhalten von Primaten untersucht (62) und konnte beobachten, daß die Selbstverletzung ein häufig vorkommendes Verhaltensmuster bei vernachlässigten Tieren darstellt. Beispielsweise sieht man bei isolierten jungen Rhesusaffen das Phänomen des Selbstbeißen. Diese Tiere schlagen sich zudem auf den Kopf und schleudern diesen gegen die Wand. Erstaunlicherweise konnte bei diesen Tieren für die Zeit ihrer selbstbeschädigenden Handlung eine Analgesie beobachtet werden. Ähnliche Beobachtungen konnte Jones 1982 machen (145), der feststellt, daß praktisch alle selbstverletzenden Verhaltensweisen bei Makaken dann beobachtet werden, wenn sie physisch beschränkt („physically restricted“) sind und üblicherweise, wenn sie isoliert werden.

Die Vermutung, daß die Art der Haltung eine Rolle in der Ausbildung abnormen Verhaltens bei Tieren spielt, mag durch folgendes Erlebnis erhärtet werden: In einer Zoohandlung sah die Autorin neulich einen bis auf wenige Schwanzfedern nackten Graupapagei. Vor dem Käfig des armselig aussehenden Vogels stand bereits ein Schild, dessen Inhalt versuchte, aufgebrachte Kunden zu beruhigen. Zu erfahren war, daß das Tier seit 30 Jahren bei einer mittlerweile älteren Dame wohne und derzeit nur während der Urlaubsabwesenheit derselben sich zur Pflege in dem Zoogeschäft befinde. Seit über 20 Jahren sei das Gefieder des Tieres bereits in dem jämmerlichen Zustand, obgleich es weder an Parasiten noch an sonst einer Hautkrankheit leide. Es rupfe sich die Federn selbst aus, ohne daß ein Grund hierfür ersichtlich sei. Fraglich ist, ob es auch in Freiheit

lebende Graupapageien gibt, die sich derart deviant verhalten oder ob die Situation der Gefangenschaft diesen selbstzerstörerischen Akt provoziert.

Nicht nur die Haltung in Gefangenschaft überhaupt, auch die Bedingungen, unter denen diese erfolgte, wurde untersucht. Hierbei wurden biochemische Zusammenhänge erforscht, die, wie in folgenden Kapiteln beschrieben, auch an Menschen gemessen wurden. Im Jahre 1979 haben Valzelli und Bernasconi Mäuse, die entweder in Gruppen oder in Isolation gehalten wurden, beobachtet (261). Die Schwere der Aggression und die gemessene Konzentration an cerebral lokalisierter 5-Hydroxyindolessigsäure (im folgenden: 5-HIA) wurden verglichen. Die Tiere, deren 5-HIA-Konzentration sich dadurch beeinflussen ließ, daß die Tiere mal unter Isolationsbedingungen gehalten wurden und mal nicht, zeigten ein sich damit veränderndes Ausmaß an Aggression. Hieraus wird geschlossen, daß es Individuen gibt, bei denen unter Isolationsbedingungen der 5-HIA-Spiegel im Gehirn absinkt und daß eben diese Individuen dann zu aggressivem Verhalten neigen.

Nicht nur die Art der Haltung, sondern vor allem der Zeitpunkt in der Entwicklung, an dem die Tiere isoliert werden, ist für die Ausbildung selbstzerstörerischen Verhaltens wichtig. So belegen die Arbeiten von Davenport und Menzel 1963 und Levison 1970, daß Schimpansen, die in jungem Alter alleine gelassen werden, häufig selbstverletzendes und stereotypes Verhalten zeigen (168,169). Dieses tritt vor allem dann auf, wenn die Abwesenheit der Mutter in eine sensible Phase der Entwicklung fällt. Vollzieht sich die Trennung später, so ist das Verhalten der Schimpansen nicht so ausgeprägt.

Auch die Auswirkung der Applikation von Substanzen wurde hinsichtlich der Ausprägung des selbstbeschädigenden Verhaltens getestet. Genovese et al. und Peters konnten 1967 beziehungsweise 1969 zeigen, daß Nager sich selbst verletzen, wenn man ihnen Koffein oder Alkohol (210) injiziert (170,171).

Zusätzlich konnte selbstbeschädigendes Verhalten bei Katzen und Affen mit Verletzungen im Bereich des Temporallappens (172,209) beobachtet werden.

Eine umfassende Untersuchung zu autoaggressivem Verhalten bei Tieren mit dem Versuch, Analogien zum menschlichen Verhalten zu ziehen, ist 1982 von Jones veröffentlicht worden. Zunächst wird das selbstverletzende Verhalten von Primaten und anderen Säugetieren beschrieben, die sich bekanntermaßen in Gefangenschaft beschädigen, wobei diese Wunden nicht auf Unfälle zurückgeführt werden können (200). Die Art der Verletzung kann an zwei Merkmalen festgelegt werden:

Das erste Merkmal ist die schwere Selbstverletzung, die in der Gefangenschaft auf einen akuten Streß folgt. Hier wurden Makaken beobachtet, die sich mit Krallen Wunden im Bereich der Extremitäten, des Skrotums und Stamms und sich mit Zähnen tiefe Bisse an allen für sie erreichbaren Stellen zufügten. Die Stimmung der Tiere wird hierbei als agitiert, aggressiv oder frustriert beschrieben (201,202,203,204). Schwere Selbstverletzungen findet man auch bei Nagern, die sich nach Applikation von Medikamenten so aufregen, daß sie sich Extremitäten abbeißen, was den Tod der Tiere verursachen kann (200).

Das zweite Merkmal ist die leichte Selbstverletzung, die bei Makaken und anderen Primaten als Folge einer Gefangenschaft gesehen wurde (202,205). Sie beinhaltet Kratzen, Beißen und das Ausreißen von Haaren. Hat dieses Verhalten einmal begonnen, so wird es oft stereotyp immer wieder ausgeübt.

Die schwere Form des selbstbeschädigenden Verhaltens wird bei akutem Streß beobachtet, während bei der leichten Form Zeichen einer akuten Erregung fehlen können. Mason (206) hat 1968 die extreme Ängstlichkeit der isoliert gefangenen Tiere betont. Denkbar wäre, daß diese Angst zu einer Unruhe führt, die in selbstbeschädigendem Verhalten resultiert. Die schwere Form tritt dann auf, wenn aggressives Verhalten provoziert und kein Ventil angeboten wird (202,211). Aggression wurde durch Cross und Harlow (202) dadurch erzeugt, daß ein schwarzer Handschuh in den Käfig gehalten wurde, ohne daß die Tiere sich aufgrund der Gitterstäbe effektiv hätten wehren können. Allyn et al. (204) haben 1976 beobachtet, daß dieses Verhalten auch durch Bedrohung mittels Gesten, die Tiere aus Kampfsituationen kennen, hervorgerufen werden kann. Ebenso wie Frustration ein Faktor ist, den Sackett (207) beziehungsweise Tinkelpaugh (208) nutzten, um bei ihren Versuchsobjekten

selbstverletzendes Verhalten zu erzeugen. Die meisten Versuche fanden mit gefangenen und isolierten Tieren statt.

Die Isolation eines Tieres während seiner Entwicklung führt zu einer verminderten Aktivität, einem Mangel an Spielgefährten und heterosexuellen Kontakten, einem unvollständigen und oft inadäquaten Erlernen sozialer Fähigkeiten, einer erhöhten Anzahl frustrierender Erlebnisse und einer veränderten Affektivität (145), die im Verlauf der Entwicklung zu selbstverletzendem Verhalten als Ventil für Aggressionen führen kann, da andere ausgleichende Verhaltensweisen mangels Kontakten nicht erlernt werden.

Mögliche Analogien:

Jones (145) versucht aufgrund der Beobachtungen, die bei Tieren gemacht wurden, eine Analogie zur Autoaggression beim Menschen herzustellen. Er beschreibt hierzu eine Studie von De Lissivoy aus dem Jahre 1962, der die Phänomenologie des Kopfschlagens an eine Wand oder auf den Boden (213) untersucht hat. Dieses Verhalten wird bei einigen, sonst völlig normal entwickelten Kindern im Alter von 10 Monaten bis zu 4 Jahren gesehen. Dem Tun gehen oft andere rhythmische Bewegungen voraus, ähnlich wie bei den Tieren, so daß es sich um eine Art Stereotypie zu handeln scheint. Diese Verhaltensweise ist bei Kindern altersspezifisch. In welchen Situationen die Kinder in dieser Weise reagieren und ob es sich hierbei überhaupt um eine Reaktion handelt, erwähnt Jones nicht. Eine weitere, leichte Form der Selbstverletzung kann bei geistig behinderten Kindern wie bei Tieren in Gefangenschaft beobachtet werden, nämlich das Ausreißen von Haaren, die Trichotillomanie (214), welche vor allem in Situationen der Aufregung und danach in der Phase der Entspannung an den Tag gelegt wird. Bei geistig behinderten Kindern, die in Heimen untergebracht sind, existieren alle Arten der Selbstbeschädigung, so auch bei geistig behinderten Erwachsenen, wie an anderer Stelle erwähnt wird.

Entsprechend den bei den Tieren unterschiedenen beiden Formen der Selbstverletzung, der schweren Form, die einem akuten Streßereignis folgt, und der leichten Form, die ohne besondere vorausgegangene Situation auftritt, gibt es Analogien zu den

Verhaltensmustern bei Menschen. Die Ausführungsart mag jedoch unterschiedlich sein, dergestalt, daß das Tier Zähne und Nägel und der Mensch Werkzeuge, beispielsweise Messer oder Rasierklingen, benutzt.

Eine weitere Gemeinsamkeit in dem Auftreten autoaggressiven Verhaltens bei Tieren und Menschen liegt in der sozialen Situation, in der sie jeweils beobachtet werden können. Das Tier wird alleine, ohne Kontakt zu seinen Artgenossen gehalten. Beim Menschen ist eine physische Isolation selten (möglich). Jedoch kann die Analogie hier zu einer sozialen Kontaktarmut hergestellt werden. Auffallend ist in der Tat, daß die Menschen, die zu selbstverletzendem Verhalten neigen, häufiger sozial isoliert sind als andere. Als Begründung hierfür führt Jones zum einen die Isolation selbst, unter welcher der Betroffene leidet, an, zum anderen weist er darauf hin, daß den Individuen, die weniger Kontakte haben, auch weniger Möglichkeiten zum Erlernen sozialer Fähigkeiten zur Verfügung stehen (145).

Ob und inwieweit Tiermodelle auf das Verhalten von Menschen anzuwenden sind, ist immer fragwürdig. Doch sind die oben beschriebenen biochemischen Zusammenhänge interessant und von ähnlicher Bedeutung wie beim Menschen, wie weiter unten ausgeführt wird. Auch die Deprivationssituation, unter der das selbstverletzende Verhalten bei mangelnden sozialen Fähigkeiten auftritt, ist einleuchtend. Wenn kaum Möglichkeiten zum Abreagieren einer entweder künstlich herbeigeführten oder natürlich auftretenden Streßsituation zur Verfügung stehen, dann ist das Zurückziehen auf den eigenen Körper mit dem Auftreten einer wie auch immer gearteten Selbstbeschädigung denkbar, wenn auch keine zwingende Konsequenz.

4. Differentialdiagnose und Sonderformen der Selbstbeschädigung

Wie in der Definition schon näher klassifiziert, handelt es sich bei den im folgenden genannten Phänomenen nicht unbedingt um echte Differentialdiagnosen zu selbstbeschädigendem Verhalten. Differentialdiagnose bedeutet medizinisch, daß über ein Symptom, welches recht unspezifisch sein kann und bei mehreren Krankheiten

vorkommt, durch Beleuchtung der einzelnen Krankheitsbilder, die sich klinisch ganz ähnlich darstellen können, die definitive Diagnose gestellt wird. Hierzu muß man wissen, bei welchen Krankheiten das Symptom, in unserem Falle die Selbstbeschädigung, auftritt und welche Zusatzinformationen nötig sind, um die eine Diagnose zu verwerfen und die andere hingegen zu akzeptieren.

Im folgenden werden Verhaltensweisen untersucht, die der Selbstbeschädigung sehr ähnlich sehen und ihr, wie in der Definition postuliert, sogar zum Teil formell entsprechen, doch keine echten Differentialdiagnosen sind. Sie sollen von der Form der Selbstverletzung, die in der vorliegenden Arbeit untersucht wird, abgegrenzt werden.

4.1. Simulanz

Die Recherche der zu diesem Thema existierenden Literatur zeigt, daß die meisten Autoren die Simulanz der Selbstbeschädigung zurechnen. Tatsächlich gibt es ja Verhaltensweisen, wodurch dem eigenen Körper gemäß der oben erwähnten Definition Schaden zugefügt wird und wobei die Simulanz in der Geschichte der Entstehung dieser Verletzung liegt. Hier denkt man unwillkürlich an den Versicherungsbetrüger, der sich eine Extremität derart verletzt, daß dies beispielsweise zur Berufsunfähigkeit führt. Die Simulanz liegt also nicht in der tatsächlich beigebrachten Verletzung, die eine Selbstbeschädigung im Sinne der Definition darstellt, sondern in der Entstehungsgeschichte.

Davon abzugrenzen sind die Personen, die im allgemeinen Sprachgebrauch als „Simulanten“ bezeichnet werden. Diese täuschen tatsächlich nicht vorhandene körperliche (oder seelische) Defekte vor. Hier liegt im Sinne der Definition also keine Selbstbeschädigung vor, denn die Integrität des Körpers wird nicht verletzt.

Die Literatur ist zu diesem Thema voll von Beispielen, wobei Selbstverletzung und Simulanz selten – in Ermangelung einer klaren Definition – voneinander abgegrenzt werden. Eine Übersicht hierzu soll im folgenden geliefert werden.

Nach Schwerd (1992) (72) ist die Selbstbeschädigung eine Abart oder Steigerung der Simulation. Utitz (15) definiert die Simulation als bewußte Darstellung oder Vorspiegelung eines nicht vorhandenen Sachverhalts, also als Verstellung. Der Unterschied zur Selbstbeschädigung ist folgender: Während bei der Simulation ein Sachverhalt, der nicht existiert, angegeben wird, ist dieser bei der Selbstverletzung zwar vorhanden, aber künstlich erzeugt.

Nach Utitz (15) kann man die Simulanz in vier Gruppen einteilen: In die freie Simulation, die induzierte, die gebundene und die schauspielerische.

Die freie Simulation erlaubt dem Simulanten jeden Freilauf der Phantasie. So erfreut sich zum Beispiel das Vortäuschen von Taubheit einer großen Beliebtheit, da sie leicht zu spielen ist. Die induzierte Simulanz baut auf tatsächlich bestehenden oder bestandenen Leiden auf, zum Beispiel einer abgeheilten Unfallfolge. Hier ist die Simulanz schwer zu beweisen und entspricht eigentlich mehr einer Aggravation, also der übertriebenen Darstellung tatsächlich bestehender Leiden. Die schauspielerische Simulanz fruchtet in der Freude des Verstellens, und oft ist weniger der Inhalt der Simulanz entscheidend als vielmehr die Lust am Schauspielen ausschlaggebend.

Das Phänomen der Simulanz gibt es in vielen Abstufungen. So kennt jeder den Schüler, der durch das Vortäuschen von Kopfschmerzen versucht, einer unliebsamen Klassenarbeit zu entgehen. Zum Thema der Simulanz gibt es eine Vielzahl von Veröffentlichungen, wonach sie weiter klassifiziert werden kann, je nachdem welches Motiv sich hinter der Verstellung verbirgt. Hier lassen sich unzählige Beispiele in der Literatur finden, sei es, um einen sekundären Krankheitsgewinn durch vermehrte Zuwendung zu erreichen, um sich zur Vermeidung einer zu erwartenden Bestrafung vor Entdeckung zu tarnen oder einfach nur um Aufmerksamkeit zu erregen. Teilweise ist tatsächlich eine Erkrankung vorhanden und wird aggraviert, teilweise ist der „Patient“ auch völlig gesund und simuliert komplett eine Einschränkung, die nicht einmal andeutungsweise besteht.

Andere Simulanten fügen sich – wie oben erwähnt – tatsächlich selbst Verletzungen zu, über deren Entstehungsursache sie dann simulieren. Hier liegt dann tatsächlich eine den Kriterien der Definition entsprechende Selbstbeschädigung vor. Eine aktive Handlung wird vollzogen, welche die Integrität des Körpers verletzt und absichtlich vorgenommen wird, wobei jedoch die Geschichte zur Entstehung der Verletzung erfunden ist. Somit handelt es sich bei dieser Unterform des häufig in der Literatur als Simulanz bezeichneten Verhaltens um keine Differentialdiagnose, sondern um eine echte Selbstbeschädigung im eigentlichen Sinne.

4.1.1. Die Sonderform der Simulanz

In diesem Kapitel sollen die Formen der Simulanz aufgeführt werden, die tatsächlich formell eine Selbstbeschädigung oder zumindest eine gewisse gesundheitsschädigende Wirkung einschließen, deren gemeinsames Ziel aber nicht die Verletzung des Körpers, sondern eine Täuschungsabsicht ist.

Beispielsweise ist den bewußt herbeigeführten Verletzungen, die dazu dienen sollen, dem Militärdienst zu entgehen, eine Anzahl an Veröffentlichungen gewidmet, die den Einfallsreichtum der Wehrpflichtigen anschaulich demonstrieren. Diese Form der Simulanz wird in der Schilderung von Reuter (1911) (2) gegliedert nach der Lokalisation der Beschädigung und verdient eines kurzen Exkurses zur Veranschaulichung der Ideenvielfalt beim Zufügen von Verletzungen.

Die erste Gruppe (2) umfaßt die Verletzungen an Sinnesorganen. Die Verletzungen des Ohres (vgl. (5,6,70)) beispielsweise reichen von der artifiziellen Verletzung eines Gehörgangs oder beider Gehörgänge, wobei es für eine Selbstverletzung zu sprechen scheint, wenn die Ränder einer Trommelfellverletzung nach innen umgestülpt sind, bis über Verätzungen mit Säuren, wie Schwefelsäure, Salzsäure, Karbolsäure, Essigsäure oder Krotonöl, die dazu dienen, das Trommelfell zu schädigen, wobei hier meist eine ausgedehnte Verätzung des Gehörgangs sowie eine Otitis media hinzukommen. In

Frankreich war das Einlegen von Gewürznelken in den äußeren Gehörgang beliebt, wobei hier der Pathomechanismus nicht ganz klar zu sein scheint.

Das Auge ist selten Sitz so tiefgreifender und irreversibler Schädigungen und geht meist, wird es verletzt, mit einer abnormen Psyche des Verletzenden konform. Häufiger wird jedoch eine Konjunktivitis (vgl. auch (70)) durch das Einführen ätzender oder reizender Substanzen in den Bindehautsack erzeugt. Diese artifiziellen Konjunktivitiden haben den Vorteil, daß sie schnell abheilen, wenn das auslösende Agens nicht mehr appliziert wird. Weniger leicht nachweisbar, aber auch schwerwiegender ist die Verletzung der Kornea durch Nadelstiche oder durch Ätzmittel, was eine Infiltration des Hornhautgewebes mit konsekutiver Narbenbildung bewirkt, die zu einer erheblichen Einschränkung des Sehvermögens führt. Hier ist der kausale Zusammenhang zwischen Trauma und Schädigung eindeutig, jedoch der Nachweis der Genese des Traumas diffizil.

Die nächste Gruppe, die in ihrer Häufigkeit ebenso beliebt ist, betrifft den Mastdarm und hier vorwiegend die künstliche Erzeugung eines Mastdarmprolaps (vgl. auch (70)), indem ein runder Gegenstand, etwa ein Geldstück an einer Schnur befestigt, in den Enddarm eingeführt wird. Anschließend wird durch Ziehen an der Schnur unter sicherlich nicht unerheblichen Schmerzen ein künstlicher Prolaps erzeugt.

Die Verstümmelung von Fingern oder Zehen ist gleichfalls ein häufig und effektiv eingesetztes Mittel, um nicht Dienst an der Waffe leisten zu müssen. Hierbei sind kleinere Operationen vor allem der Strecksehne des Zeigefingers beliebt, durch die es unmöglich wird, den Finger zu strecken. Nachdem das gewünschte Ziel erreicht ist, gibt es die Möglichkeit, durch eine „Rück-“Operation die Funktion des Fingers wiederherzustellen (zitiert in (2)). Auch Injektionen von ätzenden oder reizenden Flüssigkeiten in die Strecksehne führen zu einer mehr oder minder ausgeprägten Tendovaginitis mit Funktionseinbuße des Fingers.

Die selbst beigebrachte Schußverletzung zum Herbeiführen einer Behinderung, die den Wehrdienst unmöglich macht, ist ebenfalls beschrieben (vgl. (2)). Hier jedoch ist die

Entlarvung bei den von Reuter geschilderten Fällen leicht gewesen, da die jeweiligen Schußverletzungen die Zeichen eines Nahschusses mit Schmauchspuren und sternförmig verlaufenden Wundrändern, was im allgemeinen sogar auf einen aufgesetzten Schuß hinweist, zeigen, während die Tathergangsschilderungen der betroffenen Personen stark abweichen, da angeblich meist aus größerer Entfernung geschossen worden ist.

Selbst beigefügte Verletzungen der Haut werden beispielsweise durch die künstliche Erzeugung eines Emphysems durch Blasen von Luft in kleine Stichwunden der Wangenschleimhaut hervorgerufen (vgl. auch (14,159,161)). Auch Fälle eines künstlich erzeugten Erysipels werden beschrieben (2). Hierzu bedient man sich eines Thapsiapflasters und reibt es an der Haut, oder es finden Pflanzen, wie Betonien oder die Wurzel von Helleborus, Verwendung. Die Substanzen werden nach Einritzen der Haut unter die Oberfläche appliziert und die Wunde wird dann durch einen „Verband“, beispielsweise ein Stück Speck, dicht abgeschlossen, damit eine Entzündung entstehen und sich ausbreiten kann. Diesen Prozeduren ist zumeist gemein, daß die Wunde schnell abheilt, wenn das schädigende Agens wegfällt. Jedoch ist es oft unerlässlich, die Personen stationär zu überwachen. Dem Erfindungsreichtum sind keine Grenzen gesetzt. Auch ein Ikterus kann durch Absorption von Safrandämpfen, durch Inhalieren des Rauches von Zigaretten, die mit einer Lösung von Phosphor in Öl imprägniert werden, oder am unschädlichsten durch Pikrinsäure erzeugt werden. Eine einfache Bestimmung des Bilirubins im Serum erleichtert allerdings heutzutage die Differentialdiagnose.

Manipulationen des Allgemeinbefindens sind durch den Genuß von Mamaliga möglich, einer Art Polenta, die mit Essig versetzt ist und die zur hochgradigen Abmagerung führen soll. Herzerkrankungen können durch den Genuß von Koffein, Nikotin oder Digitalispräparaten vorgetäuscht werden (vgl. auch (14)), wobei auch hier heutzutage eine Spiegelbestimmung leicht möglich ist. Durch das Einnehmen eines Aufgusses von Orleanderblättern kann angeblich leicht ein Zustand einer nervösen Depression mit einer Herabsetzung der Hautsensibilität, des Pulses und der Temperatur erzeugt werden. Wird Kaliumpermanganat zu sich genommen, so können Magenblutungen vorgetäuscht werden (14).

Die Vortäuschung von Verletzungen zum Erlangen einer Unfallrente oder einer Entschädigung wird erst Anfang des 20-ten Jahrhunderts beschrieben (2). Bödicker [zitiert nach (7)] konnte noch 1895 in einer Abhandlung über die Arbeiterunfallversicherung in den europäischen Staaten schreiben: *„Daß jemand mit Rücksicht auf die bestehende Versicherung sich eher einer Unfallgefahr leichtfertig aussetzt, einen Finger sich abschneiden oder ein Bein quetschen läßt, widerstreitet dem Selbsterhaltungstrieb. Die Furcht vor Schmerz, die Unsicherheit des Ausgangs, der auch ein tödlicher sein kann, wirken auf das Gemüt mehr als die Aussicht auf Rente, die zudem nur zwei Drittel der verlorenen Erwerbsfähigkeit entschädigt. Solche sind aber bis jetzt, abgesehen von einigen wenigen Selbstmordfällen, die keine Unfälle sind, kaum beobachtet worden.“*

Die Simulanz psychischer Krankheiten ist nach Mönkemöller (9) leicht auszumachen. Die Abgrenzung der Zurechnungsfähigkeit gelingt dagegen schwer, weil die Kriterien, die eine Simulanz entlarven sollen, bisweilen zu der eigentlichen psychiatrischen Erkrankung gehören und als Symptom dieser zu interpretieren sind. So berichtet er den Fall einer Patientin, die über viele Jahre hinweg und während mehrerer und monatelanger stationärer Aufenthalte verschiedene Ärzte über das Vorliegen einer Geisteskrankheit getäuscht hatte, um nicht für die von ihr zahlreich begangenen, betrügerischen Delikte zur Rechenschaft gezogen werden zu können.

Eine mehrseitige Tabelle mit einer Zusammenstellung von vorgetäuschten Krankheiten und den hierzu verwendeten Mitteln ist in Prokops Lehrbuch der Forensischen Medizin abgedruckt (14).

Nach Olsen (10) gab es 1967 wenige Bekanntmachungen zur Häufigkeit des Auftretens von solchen Selbstbeschädigungen, die den sich Verletzenden zum Anlaß dienten, über ihre Entstehungsgeschichten zu simulieren. Er nennt zwei Veröffentlichungen, einmal die der Universitätshautklinik in Bonn (16), wo bei 0,34% der behandelten Patienten eine Selbstbeschädigung als Ursache der Verletzungen gefunden wurde, und des weiteren die der Hautklinik München mit einem 0,06%-igen Anteil. Der Autor selbst nennt Raten um 0,5%. Die Verletzungen werden zwischen vier- und zehnmal häufiger von Frauen als von

Männern an sich selbst vorgenommen (11) und die meisten Fälle ereignen sich in der Altersgruppe zwischen dem fünfzehnten und dem dreißigsten Lebensjahr.

Zusammenfassend muß man sagen, daß die Form der Simulanz, bei der sich Verletzungen mit oder ohne Täuschungsabsicht zugefügt werden, formal der Selbstbeschädigung im Sinne oben genannter Definition zuzurechnen ist, daß aber die Absicht, den Körper zu verletzen, nur in den seltensten Fällen nachgewiesen werden kann. Vielmehr sollen andere Ziele durch die Vortäuschung oder durch das tatsächliche Zufügen von Gewebeschädigungen erreicht werden. Die Selbstbeschädigung dient somit nur als Mittel zum Zweck.

4.2. Die vorgetäuschte Störung (= heimliche Artefaktkrankheit)

In der Literatur finden sich in den letzten 20 Jahren gehäuft Berichte über die sogenannte Artefaktkrankheit. Hier soll eine eigenständige Krankheit als Unterform einer Simulanz definiert werden. Da die Simulanz, wie oben beschrieben, teilweise schwer von der echten Selbstbeschädigung abzugrenzen ist und da die sogenannte Artefaktkrankheit unter dem Stichwort der Selbstverletzung subsummiert wird, soll diese Erscheinungsform an dieser Stelle näher referiert werden.

Eckhardt teilt 1988 die vorgetäuschte Krankheit nach dem Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen (DSM III, 1984 Beltz, Weinheim) in drei Gruppen ein (232):

1. chronisch vorgetäuschte Störungen mit physischen Symptomen,
2. vorgetäuschte Störungen mit psychischen Symptomen,
3. andere vorgetäuschte Störungen mit physischen Symptomen (Residualkategorie).

Die diagnostischen Kriterien umfassen die Vortäuschung, Aggravation und / oder das künstliche Hervorrufen körperlicher und / oder psychopathologischer Krankheits-symptome, das suchartige Verlangen nach ständig neuen Krankenhausaufnahmen, eine auffällige Bereitschaft, sich invasiven diagnostischen und therapeutischen, einschließlich

operativen Eingriffen zu unterziehen, die Hinweise auf viele vorangegangene Operationen, eine pathologische Arzt-Patient-Beziehung, die häufige Abwesenheit eines aus der Situation der persönlichen Lebensumstände verstehbaren Motivs und bei der Sonderform – dem Münchhausen-Syndrom – eine Pseudologia fantastica, also eine Vorgeschichte, die durch eine Mischung aus Wahrheit und Unwahrheit geprägt ist, eine Tendenz zu extensiven Reisen, oft mit mangelnder sozialer Verwurzelung und schließlich eine Selbstentlassung gegen ärztlichen Rat.

Die vorgetäuschte Störung muß nach Eckhardt von der Simulation, der offenen Selbstverletzung, der Selbstbeschädigung bei schizophrenen Patienten und bei hirnorganischen Grunderkrankungen, wie beispielsweise dem Lesch-Nyhan-Syndrom sowie den hypochondrischen und hysterischen Störungen, der neurotischen Selbstbeschädigung, abgegrenzt werden.

Eckhardt teilt in einem 1992 erschienenen Übersichtsartikel (244) die artifiziellen Syndrome ein: In die artifiziellen Syndrome im eigentlichen Sinn, das Münchhausen-Syndrom und das erweiterte Münchhausen-Syndrom bei Kindern („Munchausen-by-proxy“) und bei Erwachsenen.

Während nach Eckhardt bei den artifiziellen Störungen die Motivation anders als bei der Simulanz zunächst unklar bleibt, sieht das äußere Bild zunächst gleich aus: Ein Patient kommt mit vorgetäuschten psychischen oder somatischen Störungen zur stationären Aufnahme. Die Patienten erleben vielfach das Krankenhaus als „zweite Heimat“. Gehäuft findet man Mitarbeiter medizinischer Berufe, medizinisch-technische Assistenten, Krankenschwestern, Röntgenassistentinnen, wobei es sich zu 80% um Frauen handelt. Der Krankheitsverlauf wird entscheidend von der Interaktion zwischen Patient und Arzt bestimmt. Der behandelnde Mediziner wird schnell in einen Rollenkonflikt geraten, da er unter Umständen selbstverletzendes Verhalten vermutet, dem Patienten aber nicht Unrecht tun will. Der Patient seinerseits gibt dem Arzt das Gefühl, „endlich der Richtige“ zu sein, der erste, zu dem der Patient nach einer langen Vorgeschichte Vertrauen hat. Auffällig, daß auch schmerzhaft und komplizierte Eingriffe von den Patienten rasch

toleriert und teilweise sogar gewünscht werden. Ärztlicherseits ergeben sich die ersten Verdachtsmomente meist unter Anwendung von detektivisch, kriminalistisch anmutenden Aktionen zur Überführung der Patienten, die auch häufig die Aufdeckung ihrer Selbstmanipulation inszenieren. Der Arzt konfrontiert den Patienten mit seinem Verdacht und wird aggressiv. Der Patient verschließt sich, leugnet und verläßt diese Klinik, um sich einen anderen Arzt in einer anderen Klinik zu suchen (244).

Diese Krankheit von der Selbstbeschädigung abzugrenzen, fällt schwer. Durch die Simulanz von Symptomen, gleichgültig ob das Motiv ersichtlich ist oder nicht, geraten die Patienten in eine oft schmerzhaft und plagende diagnostische Mühle, die sie aufrechterhalten. Die Abgrenzung zur Simulanz sei zunächst das Fehlen offensichtlicher Motive. Später wird dann eine komplizierte Arzt-Patienten-Beziehung erläutert, die sich oft aus traumatischen Beziehungen zu Ärzten entwickelt haben soll und die dem Patienten ein gewisses Machtgefühl vermittelt. Wenn dies tatsächlich ein bewußtes oder unbewußtes Motiv des Patienten darstellt, so ist doch, ebenso wie bei der Simulanz, ein Beweggrund vorhanden, wenn auch schwerer zu entdecken. Die anderen Kriterien der Definition für Selbstbeschädigung treffen ebenso zu. Die Handlungsform ist eine Mischung aus aktiver und passiver: Durch aktive Erzeugung von Symptomen oder Täuschung über das Vorliegen derselben wird der Patient „beschädigt“ entweder durch unnötige Diagnostik oder Operationen oder durch nötig gewordene Eingriffe nach Selbstbeschädigung zum Hervorrufen eines Symptoms, etwa durch Einwirkung auf die Heilungstendenz einer Narbe.

Einzig nicht sicher zutreffend ist das Kriterium der absichtlichen Selbstverletzung. Wenn auch aus den vorhandenen Literaturstellen nicht klar ersichtlich, so scheinen diese Patienten, durchaus eine masochistische Veranlagung zu haben. Ob aber die reine Selbstverletzung ihr Ziel ist oder eben Mittel zu einem höheren Zweck, wie bei der Simulanz auch, ist nicht deutlich erkennbar. Es scheint eher, daß diese Personen einen anderen Vorteil aus ihrem Verhalten ziehen. Vielleicht ist es ein sekundärer Krankheitsgewinn, vielleicht auch ein Überlegenheitsgefühl, doch der echte Hang, eine Selbstverletzung zu intendieren, kristallisiert sich nicht sicher heraus.

Somit ist auch diese seltene Unterform keine echte Selbstbeschädigung im Sinne der oben erwähnten Definition.

Abschließend ist die Tragik der Erkrankung mangels der oft rechtzeitig gestellten Diagnose 1889 von Charcot (260) zusammengefaßt worden, wenn er schreibt: *“You will readily understand that when these patients, attacked with a mania operativa passiva find themselves unfortunately in the presence of surgeons affected with an analogous, though this time active, madness mania operativa activa, the most fantastic operations may result from this unlucky collision. Amputations have been done.”*

[Übersetzung: „Es ist leicht nachvollziehbar, daß, sollten diese Patienten, die von einer passiven Operationsmanie befallen sind, unglücklicherweise auf einen Chirurgen treffen, der analog mit einer aktiven Operationsmanie ausgestattet ist, die phantastischsten Operationen aus diesem unglücklichen Zusammentreffen resultieren können. Amputationen fanden statt.“]

4.2.1. Das Münchhausen-Syndrom

Ebenso wie die Artefaktkrankheit, taucht der Begriff des Münchhausen-Syndroms in der neueren Literatur gehäuft auf. Zunächst soll der Namensgebung dieses Syndroms auf den Grund gegangen werden.

Hieronymus Karl Friedrich Freiherr von Münchhausen war der Sohn der Adelsfamilie von Rinteln-Bodenwerder in Braunschweig (259). Er focht im türkisch-russischen Krieg von 1738 bis 1740. Gegen die Schweden kämpfte er von 1741 bis 1743. Er erreichte den Rang eines Hauptmanns und im Jahr 1760 zog er sich auf sein Gut in Bodenwerder an der Weser zurück. 1744 hatte er die Richterstochter Jacobine von Dunten geheiratet, mit der er keine Kinder hatte. Er ging oft auf die Jagd und war ein glänzender Unterhalter. Gerne gab er abends Gesellschaften, auf denen er seine Abenteuergeschichten erzählte. Wieviel Wahrheit und wieviel Übertreibung diese tatsächlich enthielten, ist nicht bekannt. Veröffentlicht nämlich wurden sie – ganz ohne das Wissen des Barons – von Rudolf Erich Raspe, einem seiner Zuhörer, der ständig über seine Verhältnisse lebte und die verschiedensten Berichte veröffentlichte. Nachdem die Geschichten bekannt geworden

waren, pilgerten sehr zum Verdruß des Barons, der versuchte, gerichtlich gegen die Veröffentlichungen Rases vorzugehen, viele Menschen nach Bodenwerder. Nach ihm wurde das im folgenden beschriebene Syndrom benannt.

Schon in älteren Literaturstellen findet man Hinweise auf dieses in der heutigen Zeit häufiger beschriebene Syndrom. Wasmuth (12) berichtet 1948 über den Fall einer 39-Jährigen, die sich in 10 Jahren 15 Operationen unterzog (Appendektomie, Sectio, Tonsillektomie, 3 Kürettagen ohne Schwangerschaft, Entfernung des rechten Oberkiefernervs, Amputation der linken und wenig später auch der rechten Brust, Entfernung einer Adnexe, supravaginale Uterusamputation, Entfernung des linken Oberkiefernervs, Extraktion sämtlicher Zähne, Elektrokoagulation des Ganglion Gasseri, Enukleation des linken Auges, Probeexzision von Granulationsgewebe aus der Nasenschleimhaut). Bei allen Extraktionen war kein ernsthafter Befund zu erheben gewesen. Über ein Motiv für die Operationssucht der Patientin oder ob sie vielleicht den Hypochondern zuzurechnen wäre, wird nicht berichtet. Wasmuth (12) beendet seinen Bericht mit den Worten: *„Nachdem Kopf, Brust und Unterleib ihr hinlänglich behandelt erschienen, hatte sie sich rektoskopieren lassen und der Arzt hätte ihr eine Rektumoperation angeraten. Bei der widerstandsfähigen Konstitution der Patientin und der Art, ihre Wünsche glaubhaft zu machen, ist nicht damit zu rechnen, daß die Liste der operativen Eingriffe bereits beendet sein wird.“*

Asher (13) prägt dann 1951 den Begriff Münchhausen-Syndrom, nach dem Baron von Münchhausen benannt. Er bezeichnet damit eine Sammlung an Fällen, in denen Patienten ein narbenzerfurchtes Abdomen zeigen, da sie ängstlich darauf bedacht sind, sich operieren zu lassen. Er beschreibt dies als „Laparotomophilia migrans“. Um ins Krankenhaus eingeliefert zu werden, erzählen sie Geschichten von schwerer Hämatemesis, einem akuten Abdomen oder Synkopen. Das Münchhausen-Syndrom hat viele Graduierungen. Diese reichen von reiner Simulanz über leichte Übertreibung tatsächlich vorhandener Symptome bis hin zur Selbstverletzung, die im schlimmsten Fall in einem Suizid münden kann.

In der Folge wird das Münchhausen-Syndrom von verschiedenen Autoren (16,18,228,229,230,231,232,233,263,264) erwähnt. Es werden phantasievolle Begriffe für das Krankheitsbild gewählt, die verdeutlichen, welche Gefühle in den „betrogenen“ Ärzten aufkeimen. Als Beispiele seien hier genannt: Fraudulent Fever, Laparotomophilia migrans, Neurologica diabolica, Wandering-Jew-Syndrome, Hospital deadbeds, Koryphäen-Killer-Syndrom (263).

Gemeinsame Symptome werden wie folgt zusammengefaßt:

1. das Vorbringen einer phantastischen, mit ungewöhnlichen und Mitleid erregenden Erkrankungen angefüllten Lebensgeschichte,
2. das Herumtreiben in zahllosen Krankenhäusern und Einrichtungen des Gesundheitswesens,
3. die Darbietung scheinbar bedrohlicher Symptome,
4. eine erstaunliche Bereitschaft zu schweren, teilweise verstümmelnden operativen Eingriffen,
5. das Beibringen von Artefakten.

Diese Patienten demonstrieren beim ersten Gespräch nicht selten eine Flut von Unterlagen, ärztlichen Attesten, Bescheinigungen, Abschriften von Krankenhausbefunden und Entlaßbriefen (14). Die Aufnahme erfolgt häufig als Notfall in den späten Abendstunden oder am Wochenende. Sehr schnell sind diese Patienten zu auch unangenehmen diagnostischen und therapeutischen Eingriffen bereit. Im Verlauf des stationären Aufenthalts sinkt jedoch diese Bereitschaft. Die Patienten bekommen Streit mit den Ärzten und dem Pflegepersonal und verlassen das Krankenhaus meist auf eigenen Wunsch und gegen ärztlichen Rat. Eine ordentliche Krankenhausesentlassung ist bei ihnen verhältnismäßig selten. Sofort nach Entlassung wird ein anderer Arzt, eine andere Einrichtung aufgesucht (nach (14)).

Riße et al. (159) beschreiben 1992 die Kasuistik einer jungen Frau, die 32-jährig unter unklaren Umständen in einem Krankenhaus ums Leben kam. Bei der näheren Untersuchung des Falls ergaben sich einige Hinweise, die für rezidivierende

Selbstbeschädigungen sprachen. Die junge Frau wurde wegen gehäufter Kniegelenksinfekte, die eine operative Arthrorese erforderten, behandelt. Wohl fremdanamnestisch habe sie sich seit Jahren Blut entnommen, um anämisch zu wirken. Sie habe rezidivierende Weichteilinfektion in den letzten drei Jahren gehabt. Im Nachttisch der Verstorbenen fand man ein Röhrchen, welches chemischen Analysen zufolge ein Gemisch aus Blut und Silikonöl enthielt. Histologisch fand man als Todesursache eine Myokarditis, des weiteren septische Streuherde in Leber, Niere und Lunge sowie Mikro-Fettembolien in den Lungenkapillaren. Bei der Untersuchung fanden sich zahlreiche Narben an Armen, Beinen und in der Bauchregion. Frische granulierende und verschorfende Wunden sah man an beiden Beinen. Vom Gesamtbild her wurde das Vorliegen eines Münchhausen-Syndroms vermutet, leider ohne eine nähere Angabe zu eventuellen psychiatrischen Vordiagnosen zu machen und auch ohne weitere Beweise zum Vorliegen einer Selbstbeibringung – abgesehen von dem Fläschchen im Nachttisch – vorzulegen.

Riße zitiert einen Fall von 1961(159), nach welchem laut Pflanz (160) ein Patient über sieben Jahre lang unter Vortäuschung von Nierensteinkoliken und ileusartigen Erscheinungen insgesamt 850 Tage lang in 74 verschiedenen Krankenhäusern lag und zwölfmal operiert wurde. Auch hier bleibt die psychiatrische Seite – zumindest bei der Schilderung Rißes – außer acht und die Frage nach der Indikation der zwölf Operationen drängt sich auf, da weder Röntgenbefunde noch Labordaten referiert werden.

1984 berichten Lüscher et al. über einen Patienten, dessen medizinische Reise ihn quer durch die USA und binnen eines Jahres in 39 Krankenhäuser führte (258).

Eine erfreuliche Abwechslung in der Vielzahl gleichklingender Publikationen von simulierten Fällen ist die Arbeit von Eckhardt (228), die Fälle von vorgetäuschten neurologischen Erkrankungen aufzählt, ohne daß hierbei jedoch die Umstände, Begleiterkrankungen etc. geschildert werden, welche die Patienten zu ihrer Simulanz bewegten haben. Sie faßt die folgenden Literaturbeispiele zusammen:

Savard et al. (230) erzählt beispielsweise den Fall einer 27-jährigen Patientin, die mehrere Wochen erfolglos wegen eines Status epilepticus behandelt wurde. Schließlich wurde sie

intubiert und beatmet. Die Anzahl und Dosis der Antikonvulsiva wurden weiter erhöht. Die Medikamentenspiegel bewegten sich auf toxische Bereiche zu. Die Patientin durchlitt mehrere Komplikationen, wie eine Aspirationspneumonie, einen schweren Harnwegsinfekt und cerebelläre Nebenwirkungen der Antikonvulsiva. Das Elektroenzephalogramm zeigte während der „Anfälle“ nur Artefakte und Muskelzuckungen. Die Patientin wurde zur Rede gestellt und gab ihr selbstverletzendes Verhalten zu. Sie habe die Symptome über einen Klassenkameraden, der an Epilepsie litt, gekannt und ihr Wissen in medizinischen Büchern verfeinert. Gründe für ihr Verhalten werden leider nicht genannt.

Henderson et al. (231) beschreiben den Fall eines 25-jährigen Patienten, der eine akute Subarachnoidalblutung simulierte und mit plötzlich einsetzenden Kopfschmerzen, unstillbarem Erbrechen, einer Lichtempfindlichkeit und einer Hemiparese links mehrfach in neurochirurgischen Abteilungen aufgenommen wurde. Er unterzog sich oft Liquorpunktionen und Angiografien.

Ein grotesk klingender Fall wird von Gurwith 1980 beschrieben (229). Er erzählt von einem Mann mittleren Alters, der sich mehrfach in psychiatrischen Kliniken vorstellte und angab, er leide unter einem Münchhausen-Syndrom. Er müsse sich immer wieder operieren lassen, da er verschiedenste Krankheiten simuliere. Zum Beweis zeigte er eine Vielzahl von Narben vor. Es stellte sich jedoch heraus, daß die Narben selbst beigebracht waren und der Patient die Geschichte seines Münchhausen-Syndroms nur erfunden hatte. Litt er deshalb jetzt unter einem echten Münchhausen-Syndrom, da er sich immer wieder psychiatrisch behandeln lassen wollte oder handelte es sich hier um ein simuliertes Münchhausen-Syndrom?

Nach Eckhardt (244) ist das Münchhausen-Syndrom eine Unterform der artifiziellen Krankheiten. Hier ist das männliche Geschlecht über-repräsentiert. Zu den typischen Symptomen der Artefaktkrankheit kommt noch eine auffallende Störung im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehung hinzu. Die Patienten reisen oft umher, haben wenige feste Kontakte und leiden unter ständigen Beziehungsbrüchen. Sie bieten oft eine

„Pseudologia fantastica“, eine phantasievolle Geschichte, ihr Leben, ihren Beruf, ihre Situation betreffend. Medikamentenmißbrauch und antisoziales Verhalten sind oft gesehene Begleiterscheinungen.

Eine weitere Unterform, das Munchausen-by-proxy-syndrome oder erweitertes Münchhausen-Syndrom, wird erstmals vom englischen Kinderarzt R. Meadow 1977 beschrieben (244). Hierbei handelt es sich um eine schwere Erkrankung, bei der Mütter an ihren Kindern Krankheitssymptome hervorrufen oder bestehende aggravieren, um eine Krankenhausaufnahme der Kinder zu erreichen. In der Literatur werden bis 1992 circa 130 Fälle beschrieben. Bei dem ebenfalls bekannten Munchausen-by-proxy-syndrome bei Erwachsenen täuschen Patienten bei ihren Angehörigen Krankheitssymptome vor, um Krankenhausaufenthalt und eventuelle Operationen zu erzwingen. Ein schwerwiegender Fall hierzu wird von Sigal et al. beschrieben (245,246). Insgesamt gliedert Eckhardt sehr klar und hält sich strikt an Definitionen, ohne die verschiedenen Formen zu vermischen. Sie prangert zurecht häufig vorkommende Ungenauigkeiten in den herrschenden Publikationen an, die Merkmale vermischen oder nicht exakt voneinander trennen.

Nach Durchsicht der veröffentlichten Artikel gewinnt man den Eindruck, daß das Münchhausen-Syndrom ein sehr häufig angetroffenes Phänomen ist. Doch das täuscht. Aus eigener, wenn auch noch nicht aus allzu langer Klinikerfahrung, kann die Autorin dieser Arbeit berichten, daß es eine Vielzahl von Patienten zu geben scheint, die sich im Krankenhaus wohl fühlen. Aus den verschiedensten Gründen und auch teilweise ohne ernsthaft krank zu sein, lassen sie sich immer wieder einweisen, wobei dem Einweisungsschein nicht selten ein erklärender und hilfloser Anruf des einweisenden Hausarztes folgt, oder kommen typischerweise zu Notdienstzeiten in die Ambulanz, oft in einem psychisch erregten Zustand und vehement über Symptome berichtend, die den diensthabenden Arzt zur stationären Aufnahme nötigen, wenn er sich ersparen möchte, die Patienten zu einer noch unangenehmeren Zeit dann doch aufnehmen zu müssen. Aber trotz der tatsächlich nicht so seltenen Fälle dieser Art konnte keiner mit einer auffallenden Operationssucht oder einem leicht gefällten Entschluß zu schmerzhafter Diagnostik gesehen werden. Auch verlassen diese Patienten selten die stationäre

Behandlung gegen ärztlichen Rat und bleiben vielmehr bis zum allerletzten Tag, der ihnen zugestanden wird.

Zusammenfassend beurteilt, wird das Münchhausen-Syndrom, so populär es in der Literatur auch sein mag, in seiner echten Form wahrscheinlich eher selten anzutreffen sein.

Hier gilt hinsichtlich seiner Relation zur Selbstverletzung das über die Artefaktkrankheit Gesagte. Formell mag dieses Syndrom einer passiven Selbstbeschädigung entsprechen, doch fehlt allzu häufig die eindeutige Absicht, den eigenen Körper verletzen zu wollen. Vielmehr scheint dies in Kauf genommen zu werden, um ein höheres Ziel, beispielsweise einen möglichen sekundären Krankheitsgewinn, anzustreben.

4.3. Selbstbeschädigung bei hirnorganischen Krankheiten / geistiger Behinderung

Die hirnorganischen Krankheiten, die psychische Auffälligkeiten nach sich ziehen und mit morphologischen Veränderungen des Gehirns und der damit verbundenen Auffälligkeiten im Verhalten, von denen man nicht überprüfen kann, inwieweit sie tatsächlich vom ausführenden Individuum intendiert sind, einhergehen, sind durch eingangs genannte Definition ausgeschlossen worden. Den geistig Behinderten fehlt es zum einen an der Absicht, sich zu verletzen, zum anderen ist die Bewußtseinslage nicht immer eindeutig. Dennoch sieht man formal ein Individuum, welches sich aus einem eigenen Impuls heraus selber eine Gewebeschädigung zufügt. Aus diesem Grund soll kurz auf die Selbstverletzung bei geistig Behinderten eingegangen werden, um trotz ihrer Ausgrenzung durch die oben genannte Definition der Selbstbeschädigung eventuell übertragbare Mechanismen zu erkennen.

Eine Vielzahl an Berichten beschäftigt sich mit Erkrankungen, die eine Form von Autoaggressivität im eigentlichen Sinne nach sich ziehen. Sie sollen hier der Vollständigkeit halber und ihres besonderen wissenschaftlichen Interesses wegen erwähnt werden. Die bekannten Stoffwechselstörungen, die mit selbstbeschädigendem Verhalten

einhergehen, bieten ein umfangreiches Forschungsfeld für die biochemisch begründeten Erklärungsansätze der Autoaggression.

Ein Enzymdefekt, die Hypoxanthin-Guanin-Phosphoribosyltransferase (HG-PRT) betreffend, führt zu einer Überproduktion von Harnsäure. Das Lesch-Nyhan-Syndrom ist x-chromosomal rezessiv vererbt und die Aktivität des Enzyms ist auf weniger als 1% vermindert. Typischerweise leiden diese Patienten an einer Hyperurikämie, einer progressiven Niereninsuffizienz und neurologischen Symptomen mit einer Neigung zur Selbstverstümmelung. Die Patienten sind geistig retardiert. Bei dem ebenfalls bekannten Kelley-Seegmiller-Syndrom ist die Aktivität der Hypoxanthin-Guanin-Phosphoribosyltransferase auf 1% bis 20% der Norm vermindert, was klinisch zu Hyperurikämie, Nierensteinen, aber nur in 20% der Fälle zu neurologischen Auffälligkeiten und dann interessanterweise ohne Neigung zu Selbstverletzungen führt.

Beim Cornelia-de-Lange-Syndrom sind die Betroffenen schwer retardiert. Die Vererbung ist meist sporadisch. Die Patienten sind gekennzeichnet durch ein morphologisch verändertes Äußeres mit Kleinwuchs, Mikrobrachycephalie, kleiner Nase und kleinem Kinn, gelegentlichen Reduktionsanomalien der Extremitäten und einem selbstbeschädigenden Verhalten. Hier, wie beim Lesch-Nyhan-Syndrom, stellen Bißverletzungen der Lippen und der Fingerkuppen ein typisches Merkmal der Mutilationstendenz dar. Stereotype, immer wiederkehrende Selbstbeschädigung, vor allem das Kauen an den Fingern, erzwingt einen Schutz der Patienten vor sich selbst. Oft werden bei mangelnder Therapiemöglichkeit Fixierungen verwendet, aber dennoch schaffen es die Patienten, ihre Lippen oder die Wangenschleimhaut aufzubeißen. Eine spezielle medikamentöse Therapie zur Vermeidung des Verhaltens gibt es nicht, abgesehen vom Lesch-Nyhan-Syndrom, bei dem zumindest zeitweilig eine Therapie mit Carbidopa beziehungsweise Imipramin mit gutem Erfolg verabreicht werden kann. Weitere Empfehlungen sprechen die Applikation genereller Tranquilizer aus. Bei diesen Krankheitsbildern, bei denen teilweise Enzymdefekte bekannt sind, gibt es noch Forschungspotential, um das Zusammenwirken von Biochemie und Verhalten näher zu ergründen.

Interessant ist ein Aspekt, den Winchel 1991 beschreibt. Er konnte feststellen, daß selbstverletzendes Verhalten bei geistig Behinderten, die nicht an einem Lesch-Nyhan oder einem Cornelia-de-Lange Syndrom leiden, für gewöhnlich nur nach der Einweisung in eine Pflegeeinrichtung beobachtet wird (101). Ob hier ein Verlust der bekannten Kontaktpersonen oder der Mangel an einer bestimmten Bezugsperson ausschlaggebend ist, bleibt unklar. Winchel empfiehlt jedoch, geistig Behinderte solange als möglich in Familien heranwachsen zu lassen, um nicht das selbstzerstörerische Verhalten zu provozieren.

Als mögliche und andersartige Motivation wird eine Übersprungshandlung in der Selbstverletzung bei Retardierten gesehen, indem aufgetauter Bewegungsdrang und innere Spannung in Form von Selbstverletzung abreagiert werden kann. Dem geistig Behinderten fehlt oft die Möglichkeit, sich verbal mitzuteilen. So wird nach Ansicht von Winchel (101) selbstverletzendes Verhalten als eine Form der „Körpersprache“ diskutiert. Auch mag ein sekundärer Krankheitsgewinn durch erhöhte Zuwendung und Aufmerksamkeit eine Rolle für die Aufrechterhaltung der Selbstbeschädigung spielen.

Nissen spricht 1971 von der Autoaggression als eine in die Körpersphäre verdrängte Aggression (44). Die Selbstbeschädigung bei geistig Behinderten wird wahrscheinlich zusätzlich durch ein vermindertes Schmerzempfinden gefördert. So konnte Fehlow 1989 (42) bei seinen Probanden bei derbem Kneifen, wenn überhaupt, nur eine verzögerte und schwache Schmerzreaktion erkennen. Er geht sogar soweit zu sagen, daß allgemein bei Entäußerungsschwäche die Schmerzempfindlichkeit herabgesetzt ist, da sie sich unvollkommen bei mangelnder emotionaler Zuwendung im frühkindlichen Alter entwickelt.

4.4. Selbstbeschädigung bei Psychosen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen

Trotz Verletzungen des eigenen Körpers sind bei psychischer Erkrankung Absicht und Vorsätzlichkeit sowie die jeweilige Bewußtseinslage die fehlenden Faktoren, die diese Gruppe von der oben erwähnten Definition ausschließen. Die Vielzahl der

diesbezüglichen Publikationen ist erdrückend und soll an dieser Stelle aus mehreren Gründen kurz referiert werden.

Zum einen verletzt ein Individuum, welches an einer psychischen Erkrankung leidet, die Integrität des eigenen Körpers. Rein formell liegt eine eigenhändige Gewebeschädigung vor. Dies mag der Hauptgrund dafür sein, warum fast ausnahmslos alle folgenden Autoren diese Handlungen der Selbstverletzung zurechnen, wenngleich wir sie nach der eingangs eingrenzenden Definition ausschließen. Um so verfahren zu dürfen, muß man sich mit den Fällen auseinandersetzen. Zum anderen sind bei vielen psychischen Erkrankungen Übergangsformen denkbar, die es erschweren, die wesentlichen Merkmale herauszufiltern. Aus diesem Grund sollte diese sich ähnlich der Selbstbeschädigung präsentierende Verhaltensform näher untersucht werden, um eine mögliche Anwendbarkeit auf die eigentlich definitionsgemäße Verhaltensweise nicht zu übersehen.

Die Literaturvielfalt zu den Selbstbeschädigungen, die als Symptom in den psychiatrischen Bereich fallen, ist riesig. Wenn man die Auswahl an Fallbeispielen liest, dann überkommt einen der Verdacht, daß bei den Fällen der Selbstverletzung, bei denen keine psychiatrische Diagnose erwähnt wird, dies nur vergessen oder nicht berücksichtigt wird. Denn Selbstbeschädigung kann bei fast jedem psychiatrischen Krankheitsbild auftreten. Diese Gruppe von Patienten fällt deshalb nicht komplett unter die oben erwähnte Definition, da zum einen oft Unklarheit über die Vorsätzlichkeit der Selbstbeschädigung bei fraglicher Zurechnungsfähigkeit der Person zum Zeitpunkt der Untersuchung besteht, zum anderen dies zu weit in den Bereich der Psychiatrie, die nicht zum Wissensgebiet der Autorin dieser Arbeit gehört, hineinreicht.

Die Häufigkeit des Auftretens von selbstverletzendem Verhalten bei Patienten mit psychiatrischem Krankheitsbild wird von Baumeister 1976 mit 10-15% (43) angegeben, Singh beziffert 1981 das Vorkommen von Selbstbeschädigung bei institutionalisierten psychotischen und geistig behinderten Menschen auf 5-23% (47). Iwata et al. schätzen 1990 den Anteil der chronischen und schweren Selbstbeschädigungen bei entwicklungsgestörten Patienten auf 10% (176). Ein Jahr später gibt Van der Kolk an, daß sich 7-10% der psychiatrischen Patienten selbst verletzen und daß 5% der Personen

mit Persönlichkeitsstörungen ihr Leben durch einen Suizid beenden (55). Andere Zahlen aus diesem Jahr sprechen gar von 3,5-40% der institutionalisierten Patienten, die selbstbeschädigendes Verhalten aufweisen.

Zusammenfassend bewegen sich diese Angaben zwischen 5 und 23% und stellen damit ein beachtliches Symptom bei psychisch Kranken dar. Ein wesentlicher Faktor, der hier für die Häufigkeit des Auftretens der Selbstbeschädigung gesehen wird, ist die frühzeitige Hospitalisation sowie Fehlen oder erhebliches Defizit an mütterlicher Zuwendung.

1989 beschreibt Fehlow das Vorkommen von selbstverletzendem Verhalten vor allem bei oligophrenen und schizophrenen Patienten (42). Beim van-Gogh-Syndrom beispielsweise sind sie Ausdruck von Wahnvorstellungen über den eigenen Körper, bei dem Puerto-Rico-Syndrom durch Panikattacken bestimmt. Am häufigsten ist das selbstverletzende Verhalten bei Oligophrenen mit einem IQ unter 50. Vor allem bei Schizophrenen, bei denen die Häufigkeit des Auftretens von Selbstmutilationen bis zu 70% beziffert wird (164), finden sich besonders brutale Verletzungen. So beschreiben Yang, Brown und Magargal 1981 zwei Kasuistiken von Patienten, die sich an den Augen beschädigt haben (179). Sie weisen darauf hin, daß diese Art der Selbstbeschädigung vornehmlich einem psychotischen Verhalten entspringt. Beide Patienten litten an Schizophrenie.

Der eine, ein 26-jähriger Mann, hatte sich beide Augen mit einer Rasierklinge verletzt. Zu diesem Zeitpunkt war er wegen des Mordes an seinem Großvater inhaftiert. Ein deutlich psychotisches Verhalten mit akustischen Halluzinationen in Form des Hörens von Stimmen und dem Glauben, er arbeite für die CIA, konnte bei ihm beobachtet werden.

Der zweite Patient, ein 24-jähriger Mann, war im täglichen Leben weniger auffällig. Doch auch bei ihm war die Diagnose einer Schizophrenie bekannt. Er kam zur augenärztlichen Behandlung, nachdem er sich mehrfach mit Gegenständen die Augen verletzt hatte. Die Therapie wurde für wenige Monate unterbrochen. Der Patient enukleierte sich in diesem Zeitraum das rechte Auge. Wenig später erfolgte eine erneute augenärztliche Behandlung, da er sich auch das linke wieder schwer verletzt und zudem sich teilweise die Zunge herausgeschnitten hatte. Zu der Konstanz des Auftretens beim

einzelnen Individuum schreibt Winchel 1991 (101), daß das Vorkommen von Selbstbeschädigung bei Psychotikern eher sporadisch und nicht chronisch wie bei geistig Behinderten gesehen wird. Eine andere Beurteilung beansprucht aber oben genannter Fall, bei dem der Patient über Jahre hinweg immer wieder versuchte, sich das Augenlicht zu nehmen.

Sich auf die Psychotiker konzentrierend, findet man in der gängigen Literatur am häufigsten Berichte über selbstverletzendes Verhalten, weil es sich zum einen spektakulär gegen Sinnesorgane und Genitalien richtet, zum anderen oft von besonders brutalem Charakter ist, wie auch Conn und Lion referieren (102). So existiert eine Vielzahl kleinerer Fallberichte, die zu referieren zwar unterhaltsam wäre, aber keinen echten Fortschritt brächte.

Eine hier hervorzuhebende Arbeit ist die 1989 erschienene "Why Patients Mutilate Themselves" von Favazza (216). Er konzentriert sich auf die Gründe, die seine Patienten zu ihren selbstverletzenden Akten angeben. Bei schwerer Selbstverstümmelung kreisen ihre Gedanken um religiöse und sexuelle Themen. In Markus 9, 47-48 und Matthäus 5, 28-29 wird dem Leser geraten, sich des sündigen Auges oder der sündigen Hand zu entledigen, da es besser sei, einen Teil seines Körpers zu verlieren als komplett in der Hölle zu enden. Diese Bibelzitate sind die am häufigsten genannten bei Personen, die sich die Augen verletzen oder gar enukleieren. Der Prototyp des Patienten, der sich ein Auge in toto entfernt, ist der männliche, deprimierte und psychotische Häftling mit einer Bibel in seiner Zelle (216).

Eine zweite Wahnvorstellung ist die Identifikation mit Jesus. Eine 48-jährige Witwe klagte sich selbst an, eine große Sünderin zu sein. Da in der Bibel steht, daß Jesus sein Blut vergossen hat, dachte sie, sie müsse es ihm gleichtun, enukleierte sich beide Augen und bat ihren Arzt, ihr beide Beine zu amputieren (217).

Eine weitere Gruppe von Selbstbeschädigern beruft sich auf himmlische Befehle. So fühlte ein 44-jähriger Mann große Schuld, nachdem er einen Nachtclub besucht hatte. Er stach sich einen Bleistift in ein Auge und erzählte, er tue dies auf Befehl einer Statue der

Heiligen Maria, die ihn dazu angehalten habe, sich die Augen zu entfernen, um wieder rein zu werden (218). Bei einem paradoxen LSD-Trip verletzte sich ein 18-Jähriger und gab hinterher an: *“My mind was so weak because of the LSD that the devil possessed me. Now I’ve got the devil out of my mind since I plucked my right eye out.”* (219).

[Übersetzung: „Mein Geist war des LSDs wegen so schwach, daß der Teufel mich besaß. Nun habe ich den Teufel aus meinem Geist durch die Entfernung meines rechten Auges vertreiben können.“]

Die Gruppe der sexuellen Themen umfaßt auch die der Transsexuellen. Beispielsweise berichten Lowy und Kolivakis 1971 von einem Transsexuellen, der seit seinem 6. Lebensjahr ein Mädchen sein wollte. Er wünschte sich eine geschlechtsumwandelnde Operation seit seiner Pubertät, seitdem er auch öffentlich Frauenkleidern trug. Im 35. Lebensjahr ergriff er den Beruf des Krankenpflegers in einer urologischen Abteilung. Nachdem er sich mit den chirurgischen Instrumenten vertraut gemacht hatte, kastrierte er sich selbst (220).

Weitere Gründe, die von Patienten angegeben werden, umfassen den Wunsch, keine Schmerzen mehr zu haben (221), sich einer Elektroschocktherapie zu entziehen (222), erschreckende Halluzinationen zu beenden (223) oder sich durch Amputation der Hand vor der Spielsucht zu bewahren (216).

Die 1989 durchgeführten Untersuchungen von Rosen an Jugendlichen mit affektiven Störungen, Borderline-Psychosen, schizoaffektiven und atypischen Psychosen haben eindeutig in hohem Maße einen Nachahmungseffekt belegen können (54). Isoliert man in einer Gruppe die Person, die am meisten Bindungen haben, so sinkt der Anteil der Selbstbeschädigungen in dieser Gruppe signifikant. Die Tatsache, daß hier Selbstbeschädigung zu 61% bei Mädchen und 24% bei Jungen beobachtet wird, führt Green 1967 darauf zurück, daß Jungen im Spiel eher offen ihre Aggressionen ausleben können, während bei Mädchen sich der Impuls aufgrund der unterschiedlichen Erziehung häufiger nach innen richtet (164).

1993 untersuchte und befragte Holitzner 23 Patienten, die ambulant psychotherapeutisch betreut wurden, zum Ritzen der Haut mit einem scharfen Gegenstand (Schnippeln) (74). Hierbei konnte es das Schneiden selbst sein, welches zu der Therapie geführt hatte; es konnte aber auch nur als ein Symptom unter anderen auftreten. Die Patienten berichteten, über den Zeitpunkt der Selbstbeschädigung befragt, sie wählten ihn dann, wenn sie allein und in einem dem Trance ähnlichen Zustand seien. Dieses Verhalten habe ihnen psychische Entspannung und Befriedigung verschafft und häufig Suchtcharakter gezeigt. Das „Schnippeln“ stellte somit keine bewußte Suizidhandlung dar. Auffallend war, daß es immer nur in kurzen Phasen des Lebens auftrat, ein Phänomen, welches über einen Zeitraum von 14 Jahren beobachtet wurde. Übergänge seien jedoch möglich, so Holitzner.

Er schildert eindrücklich die Erlebnisse und Gemeinsamkeiten von zwei herausgegriffenen Fällen (74). Die psychiatrische Diagnose der beiden Patienten lautete in dem einen Fall Angststörung und depressive Verstimmung, in dem anderen Fall Arbeitsstörung mit depressiver Verstimmung.

Im ersten Fall kam eine 26-Jährige in die ambulante Psychotherapie, nachdem ihr Mann sich von ihr und ihrem körperlich behinderten Kind getrennt hatte. Auf die genaueren Lebensumstände der Patientin soll im folgenden nur insofern eingegangen werden, wie ein direkter Bezug zur Selbstbeschädigung hergestellt werden kann. Die Patientin hatte nach der Trennung des Ehemannes von ihr eine depressive Verstimmung mit einer Zwangssymptomatik (Wasch- und Kontrollzwang) entwickelt, weswegen sie sich bei einem jungen Psychotherapeuten in Behandlung begab. Die Beziehung zu diesem Therapeuten entwickelte sich pathologisch, weil die Patientin irgendwann das Gefühl hatte, sie müsse mit dem Therapeuten eine sexuelle Beziehung eingehen, sonst würde er ihr nicht helfen. In dieser Konfliktsituation begann sie das „Schnippeln“, woraufhin der Therapeut einen Arztwechsel vorschlug.

Der zweite Patient war 30 Jahre alt und kam nach der Trennung von einem homosexuellen Partner zu dem Psychotherapeuten. Er klagte über ein Gefühl der Leere, wechselnd mit unkontrollierbaren Wutausbrüchen. Auf Nachfragen gab er an, im Rahmen dieser Wutausbrüche sich selber in Arme und Beine geritzen zu haben.

Außerdem bestünden starke Suchttendenzen mit episodenhaftem, heftigem Abusus von Alkohol sowie Haschisch und Tranquilizern. Er berichtete, sich in einem Anfall starker Wut die Haut geritzt zu haben, wobei er hierbei in eine Art Trancezustand geraten sei, begleitet von den Phantasien, sich selbst zu zerfetzen.

Bei diesen beiden und in den anderen 21 Fällen stand das „Schnippeln“ nicht im Vordergrund der Symptomatik und hatte auch nicht zur Therapie geführt, vielmehr wurde es oft nur beiläufig erwähnt. Die Patienten suchten vorwiegend wegen Angstzuständen, Kontaktstörungen, psychosomatischen Beschwerden, depressiven Verstimmungen, teilweise auch wegen Suizidversuchen und Suchttendenzen den Therapeuten auf, wobei sie selbst durchschnittlich sechs Symptome erwähnten. Offensichtlich wurden psychotische Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis nicht in die Studie aufgenommen.

Die Patientinnen schilderten übereinstimmend eine frühe Parentifizierung, das bedeutet, daß sie sich schon in jungen Jahren – meist wegen des Verlustes eines Elternteils – um jüngere Geschwister, den Haushalt und weitere Aufgaben kümmern mußten. Die männlichen Patienten erwähnten eine enge Bindung an die Mutter. Die Familien der Patienten lebten auffallend häufig in einem unfreiwilligen Außenseitertum, einer Isolation. Oft gab es Suchtprobleme bei mindestens einem Elternteil. Die Berufsausbildung der Patienten war meist qualifizierter als die ihrer Eltern. Viele hatten mehrere Berufe mit entsprechend längeren Ausbildungszeiten. Die Frauen arbeiteten typischerweise in einem pflegerischen oder erzieherischen Beruf. Psychiatrisch wiesen die Patienten eine Persönlichkeitsstörung im Sinne einer strukturellen Ich-Schwäche auf, was dem Borderline-Typ entspricht.

Holtzner beschreibt die Psychopathologie der Konfliktlösung folgendermaßen: „Der Mensch versucht, Kränkungen mit Hilfe ihm bekannter und vertrauter Kompensationsmechanismen abzuwehren.“ Diese Mechanismen wendet er entsprechend ihrem Reifegrad an. Eine sogenannte reife Reaktion auf eine Kränkung wäre eine Realitätsprüfung sowie ein Rückzug auf verinnerlichte Idealbilder. Reicht dieser

Kompensationsmechanismus jedoch nicht aus, weil die Kränkung als zu stark empfunden wird, dann wird auf den nächst primitiveren zurückgegriffen, zum Beispiel auf Verleugnung und Idealisierung. Ist auch dies nicht hilfreich, dann werden Strategien, wie die Phantasie eines Rückzugs in einen harmonischen Zustand von Ruhe, Erholung und Geborgenheit, aktiviert, indem zugleich der Triumph erlebt wird, auf niemanden mehr angewiesen zu sein. Dieses Gefühl des Triumphs nahm bei den untersuchten Selbstbeschädigern einen suchartigen Charakter an. Aus einer gestörten Kindheitsentwicklung, oft unter widrigen sozialen Verhältnissen leidend, haben sich die meisten über den Beruf eine gewisse Autarkie verschafft – auch ein Abwehrmechanismus, der das Selbstwertgefühl aufrechterhalten soll. Diese Patienten sind in normalen Lebensverhältnissen relativ stabil und die Selbstbeschädigung wird nur als Reparationsmechanismus gebraucht. Während der Selbstverletzung wird eine Autarkie über die Integrität des eigenen Körpers empfunden – ein Gefühl der Unabhängigkeit entsteht – laut Holitzner (74).

In den geschilderten Fällen werden, außer der prämorbidem Persönlichkeit, die widrigen sozialen Umstände beschrieben. Multifaktoriell entwickelt sich unter anderem hieraus eine Persönlichkeitsstörung, die weitgehend stabil ist und die beispielsweise in Verlustsituationen dekompenziert. Diese Gruppe von Patienten unterscheidet sich sowohl in der Schwere der psychischen Störung als auch in der Selbstmutilation deutlich von den Psychotikern.

Aus Favazzas Berichten (107) aus dem Jahre 1987 ist zu erkennen, daß die Erklärungen von Patienten, die sich nur in ähnlich leichtem Maße selbst verletzen, eine Vielzahl psychischer Erkrankungen von Persönlichkeits- bis Eßstörungen reflektieren. Die häufigste Form der leichten Selbstverletzung ist das Schneiden. Die Selbstbeschädigung beginnt meist in der Pubertät und kann über Jahrzehnte aufrechterhalten werden. Sie kann in einer großen Verzweiflung und in Suizidversuchen enden, wenn die Patienten ihrer nicht Herr werden.

Ein junger Mann beschreibt die Situation folgendermaßen (107): *“It was like looking down a tunnel into nothing. Then I saw red streaks and black fire. And then I carved my arm with a razor blade, and the pressure went away.”*

[Übersetzung: „Es war wie der Blick durch einen Tunnel ins Nichts. Dann sah ich rote Streifen und ein schwarzes Feuer. Und dann schnitt ich mit einer Rasierklinge in meinen Arm und der Druck wich.“]

Ein 39-jähriger Lehrer sagt: *“Before every act of self-mutilation I feel emotionally overwhelmed. The sight of my blood seems to release unbearable tension. At first a bruise or scratch was effective, but later it took more blood to ease the explosive tension. Now I cut my veins to get result.”*

[Übersetzung: „Vor jeder Selbstbeschädigung fühle ich mich gefühlsmäßig überrumpelt. Der Anblick meines Bluts scheint, eine unerträgliche Spannung zu lösen. Anfangs genügte ein blauer Fleck oder ein Kratzer, aber später benötigte ich mehr Blut, um die explosive Spannung zu erleichtern. Mittlerweile verletze ich meine Venen, um zu einer Lösung (der Spannung) zu bekommen.“]

Zusammenfassend läßt der Akt der Selbstbeschädigung die Patienten wieder ein Gefühl für eine gegenwärtige und reale Existenz erlangen, während die Spannungen abgebaut werden.

Eine 18-jährige Kellnerin sagt: *“Cutting, burning, and poking needles into my arms is a security for me because I know that if all else fails and leaves me feeling emotionless and empty, the pain and blood will always be there for me.”*

[Übersetzung: „Schneiden, Verbrennen oder Stoßen von Nadeln in meine Arme bedeutet Sicherheit für mich, weil ich weiß, daß, wenn alles andere versagt und mich gefühllos und leer zurückläßt, der Schmerz und das Blut immer für mich da sein werden.“]

Oder eine 24-jährige Studentin, die gegenüber Favazza (107) erklärt: *“I cut myself because I need to be special. I was always taken for granted, invisible. Now, although I*

rarely expose my scars, I feel a smug pride. I'm not eager to give it up. Take it away from me, and I'm like everyone else.“

[Übersetzung: „Ich schneide mich, weil ich etwas Besonderes sein muß. Ich wurde immer mit Unaufmerksamkeit bedacht, war unsichtbar. Nun aber, obgleich ich selten meine Narben zeige, fühle ich einen selbstgefälligen Stolz. Ich bin nicht gewillt, das (Verhalten) aufzugeben. Nimmt man mir das weg, dann bin ich so wie jedermann.“]

Hier werden also Motive der Einzigartigkeit, der Kontrolle über sich und seinen Körper relevant. Wieder andere Patienten möchten, wie schon bei der Simulation erwähnt, ihre Umwelt beeinflussen. So eine 22-jährige Sekretärin: *“I cut my wrist and told my boyfriend who was very late for our date, This is how deeply you have hurt me.”*

[Übersetzung: „Ich schnitt mich ins Handgelenk und erzählte meinem Freund, der zu spät zu einer Verabredung kam: ‚Sieh, so tief hast Du mich verletzt.‘“]

Eine 25-jährige Arbeitslose gibt an: *“Once I really needed surgery on my feet. Since then I have faked problem after problem so I could have more surgery. I am addicted to my doctor. I like the attention I get from him, and if I stopped having problems I wouldn't feel important to anyone.”*

[Übersetzung: „Einmal mußte ich mich tatsächlich an den Füßen operieren lassen. Seitdem habe ich ein Problem nach dem anderen vorgetäuscht, so daß ich immer wieder operiert wurde. Ich bin von meinem Arzt abhängig. Ich mag die Aufmerksamkeit, die er mir schenkt, und wenn ich damit aufhörte, Probleme zu äußern, würde ich merken, daß ich für niemanden wichtig wäre.“]

Andere beschreiben Gefühle der Euphorie oder auch Druck, der von einer multiplen Persönlichkeit ausgeübt wird. Ein 19-Jähriger erzählt: *“I get my anger out of me when I hurt myself. It would not be expressed in my family; you always had to smile. Also with my religion it is a sin to be angry. Cutting gives me a way to vent my anger.”*

[Übersetzung: „Ich vertreibe meine innere Wut, wenn ich mich selbst verletze. In meiner Familie wäre sie nie zum Ausdruck gekommen; hier hatte man immer zu lächeln.

Außerdem schreibt mir meine Religion vor, daß es eine Sünde ist, wütend zu sein. Schneiden zeigt mir einen Weg, meine Wut abzureagieren.“]

In diesem Fall gilt es, Ärger in Form einer Autoaggression abzubauen (107).

Alle diese Äußerungen, welche die Gefühle und Motive derjenigen, die sich selbst verletzen, widerspiegeln, wurden von psychiatrischen Patienten getätigt. Auf weitere Umstände ihrer Erkrankung wird im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter eingegangen.

Zusammenfassend kann nach Durchsicht der herrschenden Literatur festgestellt werden, daß sich die Selbstbeschädigung relativ häufig bei psychiatrischen Patienten mit den verschiedensten Grunderkrankungen beobachten läßt. Oft bliebe das Motiv sicher unentdeckt, wenn nicht dezidiert danach gesucht würde, da die Selbstbeschädigung häufig nur das Symptom darstellt, welches die Therapie initiiert und von den Patienten als nicht störend empfunden wird. Vielmehr beschreiben sie es als eine Therapie, die sie selbst anwenden, um anderen unerträglichen Zuständen zu entfliehen. Diese auslösenden Situationen sind Gefühle der Wertlosigkeit oder der Leere. Das vielfach gesehene Symptom des Schneidens löst die Spannung, welche die trostlosen Gefühle aufgebaut haben. Von der Schilderung her gewinnt man den Eindruck, als sei es der schneidenden Person im Moment der Verletzung gar nicht bewußt, was sie da tut, als stehe sie neben sich und merke erst, wenn Blut fließt, was sie getan hat. Viele verhaltenstherapeutische und andere psychiatrische Methoden werden in der Therapie dieses Phänomens versucht, wie im dritten Teil dieser Arbeit zu lesen sein wird.

Eine weitere Auffälligkeit, die diese Gruppe von Selbstbeschädigungen zeigt, ist die besonders brutale Art, mit der sich Psychotiker in akuten Exazerbationen ihrer Krankheit verletzen. Zu diesem Thema wird es aufgrund der häufig spektakulären Natur immer wieder zu Fallbeschreibungen in der Literatur kommen.

4.5. Eßstörungen

Bekanntermaßen ist die Zufuhr von Kalorien lebensnotwendig. Hieraus resultiert, daß die mangelnde Ernährung eine Beschädigung des Organismus bedeutet. Die freiwillige, absichtliche Unterernährung und damit die Verhinderung der Bereitstellung ausgewogener und essentieller Spurenelemente ist dem selbstbeschädigenden Verhalten durchaus zuzurechnen, wenngleich sich wieder die Schwierigkeit des Nachweises einer absichtlichen Schädigung des Körpers ergibt. Ein Häftling beispielsweise, der vorsätzlich in einen Hungerstreik tritt, schädigt eindeutig seine Organe. Hier liegt eine echte Selbstverletzung dann vor, wenn der Häftling um die schädigende Wirkung weiß und zusätzlich diese als sein Hauptziel definiert. Sollte er aber deshalb in einen Hungerstreik treten, um beispielsweise die Unterbringung in eine andere Zelle zu erwirken, so fehlt die Intention gemäß Definition. Hierzu äußert sich die Literatur jedoch nicht (wie sonst) in sehr umfangreichem Maße. Über einzelne Fallbeispiele, vorwiegend über Häftlinge, gehen die Berichte selten hinaus.

Jedoch gibt es im Bereich der Eßstörungen viele Graduierungen. Die wohl bekanntesten Beispiele dürften die Anorexia nervosa und die Bulimie darstellen. Bei der Anorexie magern die Betroffenen, meist junge Mädchen, bis an die Grenze des Verhungerns ab. Psychologen sehen oft als Grund die fehlende Identifizierung mit der Frauenrolle, die auf ein gestörtes Verhältnis zur Mutter zurückzuführen ist. Häufig wird die Unterernährung lebensbedrohlich, wenn die Patientinnen an einer schweren Entzündung erkranken und der geschwächte Körper keine Reserven hat. Eine nicht unbeträchtliche Anzahl an Mädchen verliert ihr Leben.

Bei der Bulimie leiden die Patienten unter Eßattacken, in denen sie Unmengen an Nahrung verspeisen, die sie hinterher erbrechen oder durch den Abusus von Laxantien abzuführen versuchen.

Beide Untergruppen unterliegen nicht allen Bedingungen in der oben aufgestellten Definition zur Selbstbeschädigung, denn die Schädigung des Körpers ist nicht das Ziel der Patienten. Man könnte zwar argumentieren, daß sie passiv in Kauf genommen wird,

aber dies scheint nicht der Fall zu sein. Wer einmal mit den Betroffenen gesprochen hat, der weiß, wie vehement behauptet wird, nicht unterernährt zu sein.

Anders verhält es sich mit den weniger pathologischen, aber sozial anerkannten Formen der Ernährung, mit dem alimentären Übergewicht beispielsweise. Obgleich die Erkenntnis, daß ein erhöhter body-mass-index nicht nur die Gelenke belastet und orthopädische Erkrankungen nach sich zieht, sondern auch das Risiko für das Auftreten von Bluthochdruck, koronarer Herzerkrankung, Diabetes mellitus und anderen Krankheiten des metabolischen Syndroms erhöht, weit verbreitet ist, siegt der Genuß am Essen und alle bekannten Folgen des Übergewichts werden zumindest in Kauf genommen. Hier könnte, je nach Aufklärungsgrad des Betroffenen, durchaus eine unserer Definition entsprechende Selbstbeschädigung vorliegen, doch auch hier wird in den seltensten Fällen ein Individuum angetroffen, welches sich durch sein Verhalten schädigen möchte. Publikationen hierzu sind der Autorin nicht bekannt.

Viele Autoren verweisen auf das gemeinsame Auftreten von Eßstörungen und (anderen) Selbstbeschädigungen (109,110). Jacobs und Issacs (111) vergleichen 1986 40 Patienten mit Anorexie mit 20 Kontrollpersonen und bemerken dabei: 35% der Patienten mit Anorexie hatten, aber keiner aus der Kontrollgruppe hatte in der Vorgeschichte eine Selbstbeschädigung, abgesehen von der Eßstörung. Andere Angaben (Fallon und Winchel) beziffern in einer nicht publizierten Studie an 44 Personen das Auftreten von Selbstbeschädigung bei Bulimie-Patienten mit 39%. Obgleich einige der hierzu publizierten Studien methodische Probleme haben, kann das gleichzeitige Auftreten von Eßstörung und selbstverletzendem Verhalten mit ungefähr 25%-40% angegeben werden.

4.6. Suchtkrankheiten

Nach Nelson (1986) handelt es sich bei den Suchtkrankheiten um „indirekt selbstdestruktives Verhalten“ (76). Dies entspricht der oben genannten Definition insofern, als daß bei der Sucht die gesundheitsschädlichen Folgen allgemein mehr oder weniger bekannt sind. Die Sucht wird durch den Benefit des Genusses oder der

körperlichen oder psychischen Abhängigkeit auf der einen Seite und einem Relativieren der Nebenwirkungen auf der anderen Seite aufrechterhalten. Häufig gehörte Argumente zielen darauf, daß Abstinenzler ebenfalls an sonst suchttypischen Erkrankungen leiden können, wie zum Beispiel an einer Leberzirrhose, und daß es somit gleichgültig sei, ob das schädigende Agens zugeführt wird oder nicht. Diese Sichtweise grenzt häufig in einem nicht unerheblichen Maß an Verleugnung. Somit könnte man sagen, daß in der Mehrzahl der Fälle die Gesundheitsschädigung sehr wohl bekannt ist, jedoch geleugnet wird und somit die Schädigung indirekt akzeptiert wird.

Eine der wohl sozial akzeptiertesten Suchtformen ist nach dem Nikotin- der Alkoholabusus. Die Grenzen zwischen moderatem Alkoholkonsum und einer Suchtkrankheit sind fließend und da zu ziehen, wo das Trinken alkoholischer Getränke zu einer zwingenden Handlung wird, die Gedanken beginnen, sich um den Erwerb oder den Genuß des Alkohols zu drehen, und der Körper eine Abhängigkeitssymptomatik zeigt. Die Alkoholabhängigkeit manifestiert sich somit in zwei Formen, in der körperlichen Abhängigkeit mit einer Toleranzsteigerung gegenüber Alkohol, dem Auftreten von Entzugssymptomen und in einer psychischen Abhängigkeit mit Abstinenzunfähigkeit, Kontrollverlust, Konsum zu unpassenden Zeiten, ohne Rücksicht auf soziale Auswirkungen (264).

Ähnlich sind die Abhängigkeitsformen beim Nikotinabusus, wobei hier die körperliche Abstinenzunfähigkeit im Vordergrund steht. Diese beiden häufigsten und in großem Umfang sozial gebilligten Suchtmittel führen über ihre Dosis und die körperliche Abhängigkeit zu einer Schädigung des Organismus mit der gehäuften Inzidenz von Leberzellkarzinomen in der zirrhotischen Leber des Alkoholikers, dem Bronchialkarzinom beim Raucher und all den Folgeschäden des Nikotins, wie Erhöhung des Schlaganfall-, Herzinfarkt- oder AVK-Risikos. Diese Nebenwirkungen sind den meisten Verbrauchern solcher Suchtmittel bekannt, rücken aber in weite Ferne und werden beim täglichen Konsum nicht in direkten Zusammenhang mit dem Genuß von Zigaretten oder Alkohol gebracht.

Das Suchtverhalten beim Konsum sogenannter „harter“ Drogen, wie Heroin oder LSD, ist differenziert davon zu betrachten. Hier erfolgt schnell ein sozialer Abstieg. Die negativen Folgen auf Gesundheit und Lebensumstände des Abhängigen können nicht lange geleugnet werden.

Von seiten der Literatur wird zutreffend von Brettel 1986 geschrieben, daß ungewollte Selbstbeschädigung die Zustandsänderungen seien, „die unabsichtlich und unvermutet aus selbsttätigen oder passiv geduldeten Handlungen mit ganz anderer Zielrichtung, gleichsam als Nebenprodukte, entstehen, bei genügender Umsicht und Einsicht in die kausalen Zusammenhänge aber vermeidbar wären.“ (70)

Er ordnet die chronische Gastritis des Alkoholabhängigen dieser Sonderform der Selbstbeschädigung unter. Ebenso gehört der Spritzenabszeß des Fixers in diese Kategorie.

Zusammenfassend sind die Suchterkrankungen durch die Akzeptanz der negativen Folgen auf den eigenen Körper den Selbstbeschädigungen zuzuordnen. Es kommt aufgrund des Verhaltens zu einer Gewebeschädigung. Jedoch fehlt die direkte Absicht und die Vorsätzlichkeit, den Körper zu schädigen, und das Ausmaß der Inkaufnahme kann sehr stark variieren. Es handelt sich konsequenterweise bei den Suchterkrankungen, auch wenn durch eigenes Verschulden der Körper geschädigt wird, nicht um eine echte Selbstbeschädigung im Sinne der oben definierten Art.

4.7. Suizid / Suizidversuch

Die Suizide sind eine Extremform der Selbstbeschädigung, die, wie oben erwähnt, ihr zwar formell unterzuordnen sind, jedoch die Anforderung der Definition nicht erfüllen. Die Verletzung der Integrität des eigenen Körpers ist nicht das endgültige Ziel. Vielmehr richtet sich das Handeln gegen das Leben an sich und will eine Beendigung desselben erreichen – die endgültige Flucht aus einer unerträglich scheinenden Situation. Daß zum Erreichen dieses Ziels der Körper verletzt wird, ist nebensächlich. Es gibt definitive Aussagen zur Abgrenzung der Selbstbeschädigung vom Suizid, die den Unterschied im

Motiv, in der Letalität, im Alter des Ausführenden, in der Geschlechtsverteilung und der interpersonellen Bedeutung aufzeigen (56,57,58).

Bei einem eigenhändig herbeigeführten Tod muß man sich die Frage stellen, ob es sich um einen echten Suizid oder um einen Unfall ohne Tötungsabsicht handelt. Daß extreme Formen der Selbstbeschädigung akzidentiell zum Tod führen können, ist einleuchtend. Diese Unterscheidung dürfte in den meisten Fällen aufgrund der Umstände, die zum Tode geführt haben, zu treffen sein. Sicher gibt es aber Fälle, in denen eine Differenzierung schwierig ist. Der Suizidversuch, also der gescheiterte Selbstmord, ist ebenfalls nicht der Selbstbeschädigung zuzurechnen, da auch hier eine Tötungsabsicht vorliegt und es lediglich die Umstände – zu geringe Dosis, rasches Auffinden und ähnliches – sind, die den Eintritt des Todes verhindern.

Zu dem Phänomen des Suizids existieren eine Reihe von Untersuchungen. Einige von ihnen konzentrieren sich darauf, den typischen Selbstmörder zu beschreiben, die Persönlichkeit, die dem größten Risiko ausgesetzt ist, eines Tages ihr Leben durch eigene Hand zu beenden. Viele voneinander unabhängige Faktoren werden hierzu bewertet. Weil diese Faktoren unter Umständen ebenso auf die Selbstbeschädigung als einer graduellen Abstufung anzuwenden sein könnten, werden die wichtigsten im folgenden erwähnt werden.

Nach Möllhoff und Müller (1975) ist die Geschichte des Suizids noch nicht alt (63). Im Mittelalter gab es wenige Berichte über Selbstmorde. Die christliche Kirche verurteilte den Selbstmord. Strafbar war der Suizid in Großbritannien, ebenso wie der Suizidversuch. Diese Paragraphen wurden erst 1961 in Großbritannien und Australien aufgehoben. Die Selbstmordrate wurde epidemiologisch untersucht. So ist sie in Städten höher als in ländlichen Gebieten, bei gebildeten Menschen höher als bei ungebildeten. Männer begehen häufiger Suizide als Frauen. Im Frühling ist die höchste Rate, und in Kriegszeiten ist die Rate sehr niedrig. In der Welt gibt es jährlich eine halbe Million Selbstmorde und circa achtmal so viele Versuche (Stand 1975). Die Zunahme der

Häufigkeit der mißlungenen Suizide kann auch daran liegen, daß die Therapie sich ständig verbessert.

Gliedern kann man die Selbstmorde nach ihren Motiven. Der *Bilanzselbstmord* wird meist im höheren Lebensalter verübt. Er ist das Ergebnis reiflicher Überlegung und scheint der einzige Ausweg. Der *Fluchtselftmord* erfolgt, um sich einer drohenden, beispielsweise gerichtlichen Bestrafung zu entziehen. Der *Kurzschlußselbstmord* wird oft bei Jugendlichen gesehen, der zum Beispiel nach einer enttäuschten Liebe ohne reifliche Überlegung vollzogen wird. Der *demonstrative* Selbstmord wird unternommen, um der Umwelt die Verzweiflung, in der man sich befindet, kundzutun. Hier handelt es sich meist um Tablettenintoxikationen. Die Dosis zeigt häufig, daß kein unbedingter Tötungswunsch dem mißglückten Versuch zugrunde lag (63). Als weitere Form der Selbsttötung sei der sogenannte *induzierte* Selbstmord erwähnt, bei dem der Selbstmörder die Selbstmordart eines „Vorbildes“ kopiert, beispielsweise das Springen von der Hochbrücke im Isartal, von den Brücken in Budapest, Absturz vom Eiffelturm (68,69). In Deutschland wurde dieses Phänomen nach der Ausstrahlung des Fernsehfilms „Tod eines Schülers“ beobachtet. Ein Schüler nahm sich das Leben, indem er sich auf die Zuggleise legte, wodurch es nach diesem Vorbild zu gehäuften Suiziden durch Überfahrenlassen kam. Ein *Doppelsebstmord* liegt dann vor, wenn zwei Menschen aus dem Leben scheiden wollen. Selten tun sie dies gleichzeitig, meist bringt der eine den anderen zuerst um und tötet sich dann selbst. Ein *erweiterter* Selbstmord liegt vor, wenn eine lebensmüde Person eine zweite in den Tod mitnehmen will – gegen deren Willen.

An Formen wird ein aktiver – Erschießen, Erhängen – und ein passiver Selbstmord – Vergiftungen, Überfahrenlassen – unterschieden. Aus Sicht der Altersverteilung gibt es zwei Extrema, eines im Alter von 14-25 Jahren und eines nach dem 50. Lebensjahr. Während bei den erfolgreichen Suiziden die Anzahl der Männer größer ist, begehen Frauen häufiger Suizidversuche (63). Weitere epidemiologische Studien haben gezeigt, daß bei Studenten in den USA die Suizidrate um bis zu 77% höher liegt als in der übrigen Bevölkerung (27).

Weissmann stellt 1975 in ihrer Studie an Personen, die einen Selbstmordversuch unternommen haben, fest, daß nur 11,7% der Personen sich durch Schnitte an den Handgelenken verletzen (182). Ein Vergleich wurde angestellt zwischen den Patienten, die versuchten sich durch Schnitte zu töten, und denen, die andere Methoden des Suizids wählten. Hierbei ergaben sich entgegen einer vier Jahre zuvor durchgeführten Studie (183) über epidemiologische Daten, Motive, geistigen Zustand und Depression keine signifikanten Unterschiede, so daß ein eigenes Syndrom des „wrist-cutter“s nicht etabliert werden konnte.

Eine Gruppe von Studien erforschte die hirnrorganischen Läsionen, die wahrscheinlich über psychische Störungen zu einer erhöhten Suizidalität führen. So konnten Möllhoff und Müller 1975 beobachten, daß Suizide häufiger bei Stirnhirnschädigungen und meningalen Adhäsionen verübt werden (63).

Eine Studie in Oxford beschäftigte sich mit der Selbstbeschädigung sowie mit Suizid und Suizidversuch in den Jahren 1976-1989 (45). Hier fand man eine drastische Zunahme der Suizidversuche unter den weiblichen Teenagern, wobei die Tablettenintoxikation die am häufigsten praktizierte Methode darstellte. Die Studie war angelegt, Trends in der Methode von über 14-jährigen Jugendlichen, die einen Suizidversuch unternommen hatten, herauszufinden, sowie gemeinsame Charakteristika der Personen zu definieren. Ein weiteres Ziel war, Lösungsstrategien für diese Patienten zu entwickeln. Der Artikel bezeichnet es als Selbstverletzung, wenn Schäden aufgrund eines mißglückten Suizids zurückbleiben, so daß er nicht mit unserer Definition der Selbstverletzung übereinstimmt.

Als Ergebnis zeigte sich, daß die Gruppe, die am häufigsten einen Suizidversuch unternahm, aus Mädchen zwischen dem 15. und 19. Lebensjahr bestand. Festgestellt wurde außerdem, daß die Zahl der Tablettenintoxikationen mit Tranquilizern rückläufig war, während die der Paracetamolvergiftungen dramatisch anstieg. Die Jugendlichen, die sich durch Schnitte verletzten, waren hauptsächlich weiblich, während die männlichen bei den radikaleren Suizidversuchen, wie Springen aus großer Höhe, Ertrinken, Erschießen, öfter vertreten waren.

Die Motive für den versuchten Selbstmord reichten von Problemen innerhalb der Familie (71% der Mädchen und 58% der Jungen) über Partnerschaftskonflikte (40% der Mädchen und 41% der Jungen) bis hin zu finanziellen oder Alkohol bedingten Problemen oder solchen am Arbeitsplatz. In 2,8% der Fälle hatten Mädchen und in 9,8% der Fälle hatten Jungen Drogenprobleme. Auffällig war, daß während beziehungsweise vor dem Suizidversuch 18,9% der Jungen und 12,5% der Mädchen Alkohol konsumiert hatten. Alkoholkrank im Sinne einer Abhängigkeit waren jedoch nur 1,3% der Jungen und 0,7% der Mädchen. 22,2% der Jungen und 5,9% der Mädchen waren in den letzten 5 Jahren vor dem Suizidversuch in gewaltsame Aktivitäten gegen andere verwickelt. 5,1% der Jugendlichen hatte eine psychiatrische Störung, unabhängig vom Geschlecht. Körperliche Erkrankungen waren selten, keiner war beispielsweise HIV-positiv.

Betont wurden die sozialen Probleme der suizidalen Jugendlichen, wobei Arbeitslosigkeit an oberster Stelle stand.

Hawton, Fagg, Platt und Hawkins untersuchten 1993 die Risikofaktoren, die es erlauben, die Personen, die einen Suizidversuch hinter sich haben, in Risikogruppen für einen Suizid einzustufen (193). Linehan schreibt zum gleichen Thema 1971 entgegen anderen Ansichten, daß die Menschen, die eine Anamnese von Selbstverletzungen haben, gefährdeter sind, sich eines Tages selbst zu töten, als Personen ohne Selbstbeschädigung in ihrer Vorgeschichte, auch wenn der Großteil jener es letztlich nicht tut (156). Ob es sich bei diesen Selbstbeschädigungen um solche mit suizidaler Absicht handelte, wird leider nicht näher ausgeführt.

Hawton, Fagg, Platt und Hawkins finden über 20 Jahre später, daß den sozialen Faktoren, wie Mittel- und Arbeitslosigkeit, daß dem früheren Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken, dem Drogen- oder Tablettenabusus und den Persönlichkeitsstörungen die größte Vorhersagekraft über einen erneuten – diesmal eventuell erfolgreichen – Suizidversuch beigemessen werden muß. Sie fordern deshalb eine enge Zusammenarbeit von Suchtberatern und Krankenhäusern, um die Personen, die einen Substanzenabusus betreiben und überdies einen Suizidversuch hinter sich haben, zu erkennen und um die ihre Gefährdung richtig einschätzen zu können.

Chiles et al. versuchten 1985 herauszufinden (195), ob bei suizidalem Verhalten die Gesellschaft eine Rolle spielt und man mit der sozialen Lerntheorie die Selbsttötung erklären kann (196), oder ob Suizidalität komplett erlernt wird (197). Hierzu untersuchten sie 30 Patienten, die wegen eines Suizidversuchs in einer psychiatrischen Klinik stationär behandelt wurden. 26 Patienten hiervon wurden eines ernstzunehmenden Suizidgedankens wegen therapiert. 20 weitere psychisch Kranke, die nicht mit Suizidalität in Zusammenhang gebracht werden konnten, sowie 18 Kontrollpatienten, die wegen orthopädischer Leiden operiert werden mußten, wurden in die Studie mit einbezogen. Das Ergebnis zeigt, daß in allen drei Gruppen Kontakte zu Verwandten oder Freunden bestanden hatten, die an einem Suizid gestorben waren. Die einzige Gruppe, deren Mitglieder signifikant seltener Kontakt zu Suizidalen hatten, war die Gruppe der Personen, die aktuell eines Suizidversuchs wegen behandelt wurden. Eine mögliche Erklärung hierfür wird von den Autoren derart begründet, daß die Menschen der Gruppe, die einen Suizidversuch begangen hatten, weniger Kontakte insgesamt und damit auch weniger zu suizidalen Personen hatten. Hier geht das Ergebnis konform mit anderen Untersuchungen, die zeigen, daß 42% (198) beziehungsweise 36% (199) von suizidalen Personen Angehörige haben, die einen Suizidversuch unternommen hatten, daß aber nicht-psychiatrische Patienten sogar mehr Kontakte zu Personen beziehungsweise Angehörigen mit Suizidversuchen haben. Dies läßt vermuten, daß man nicht von einem Erlernen des suizidalen Verhaltens als Alternative sprechen kann, sondern vielmehr sagen muß, daß Suizidalität in der Familie eine eher abschreckende Wirkung hat und alles andere als einen Lösungsweg aus Problemsituationen vermittelt.

Pöldinger und Holsboer-Trachsler stellen 1989 die psychodynamischen Theorien des Suizids zusammen (252). Laut Sperling (253) hat die gegenwärtige Familie, in der ein Individuum lebt, einen protektiven Effekt – deshalb auch die besondere Gefährdung der Alleinlebenden. Die Herkunftsfamilie hat in mehrfacher Hinsicht eine suizidfördernde Wirkung: Zum einen dann, wenn Selbstmorde in der Familiengeschichte nachweisbar sind, zum anderen dann, wenn Angehörige Selbstmorddrohungen als Erpressung einsetzen oder wenn die Familien unvollständige Trauererlebnisse naher Angehöriger nie vollständig „ausgetrauert“ haben.

Auf der Suche nach einer genetischen Disposition zitieren Pöldinger und Holsboer-Trachslar wieder Sperling (253), der von einer Bauernfamilie berichtet, in der sich seit Generationen die männlichen Mitglieder jeweils um das 40. Lebensjahr an immer demselben Haken auf dem Heuboden erhängt haben. Die Familie davon zu überzeugen, daß die Entfernung dieses Hakens angebracht sei, wäre sehr schwierig gewesen. Des weiteren zitiert er Zaw (254), der mehrere Familien beschreibt, in denen sich unter anderem eineiige Zwillinge gehäuft seit Generationen mit harten Methoden suizidiert haben. Juel-Nielsen und Videbeck haben 1970 mono- und dizygoten Zwillingspaare untersucht (255). Von den 19 monozygoten Paaren suizidierten sich vier konkordant, von den 58 dizygoten kein einziges, komplettes Paar. Schulsinger et al. (256) konnten nachweisen, daß in Adoptivfamilien die Kinder das Suizidverhalten beibehielten, das in ihrer biologischen Familie bestanden hatte, auch wenn sie es nicht kannten und in ganz anderen Verhältnissen aufgewachsen waren.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß der Suizid multifaktoriell bedingt ist. Widrige Lebensumstände, wie hohe Arbeitslosigkeit und das Aufwachsen in sozial ungünstigen Verhältnissen, bilden einen Risikofaktor für das Auftreten von Suizidalität, ebenso wie eingeschränkte Strategien der Konfliktlösung, die durch mangelnde soziale Kontakte insuffizient oder nie ausgebildet werden. Ein Drogenabusus oder vorangegangene Selbstbeschädigungen scheinen, ebenfalls eine Lebensmüdigkeit zu unterstützen. Stressige Lebensereignisse, wie der Verlust einer geliebten Person, können dann die auslösenden Faktoren darstellen.

Die Methode des Suizids unterliegt einer Geschlechtsverteilung mit einer Neigung des männlichen Geschlechts zu „härteren“ Selbstmordarten sowie zu gewissen zeitlich gehäuft auftretenden Trends.

Biologische Komponenten sind nicht von der Hand zu weisen, die sich an Zwillingen durch eine gehäufte Konkordanz von Suiziden beobachten lassen, wobei hier natürlich auch der Verlust eines besonders lieben Menschen für den zunächst weiter lebenden Zwilling einen Faktor für Suizidalität darstellen kann.

Die Suizide unter Haftbedingungen werden im Zweiten Teil der Arbeit näher untersucht, da sie sich in einer sehr speziellen Situation ereignen und nicht in diesem eher allgemein gehaltenen Kapitel eingeordnet werden sollten, wenngleich sie formal hierher gehören.

5. Einteilung der Selbstbeschädigung

Gemäß der oben beschriebenen Definition kann das selbstbeschädigende Verhalten nach den Motiven, dem Vorsatz, der Handlungsform oder der Art des Schadens eingeteilt werden. Hierzu werden zunächst die in der Literatur aufgeführten Einteilungen referiert und bewertet, bevor eine eigene Aufstellung vorgenommen wird.

Cohen teilt 1993 die Selbstbeschädigung von Jugendlichen in zwei Formen ein (164): In den direkten Schaden am eigenen Körper, beispielsweise durch Schlagen und Schneiden, und in die indirekte Form, in der man sich gefährlichen Situationen aussetzt. Die Ausführung wendet sich in ihrer weiteren Einteilung den Motiven zu, wenn betont wird, daß beide Varianten Ausdruck einer gewissen Suizidalität sein können. Anhand von Fallbeispielen wird erklärt, daß man nicht unbedingt den Wunsch zu sterben oder die Sehnsucht nach Aufmerksamkeit hinter dem selbstverletzenden Verhalten bei Kindern findet. Cohen deutet vielmehr das Verhalten als gesteuert durch den Einfluß unkontrollierter Motive und Regungen, die dem Wunsch zu sterben gegensätzlich sind.

Noch wenig differenziert scheint die Einteilung, die bei Reuter 1911 (2) getroffen wird. Sie ist vermischt nach Motiv und Krankheit gegliedert. Danach erfolgt die erste Gliederung in zwei große Gruppen, nämlich die, deren Tat einer krankhaften Psyche entsprungen ist und die, welche sich durch ihre Selbstbeschädigung einen persönlichen Vorteil verschaffen will.

Zu den Geisteskranken, die zu selbstverletzenden Taten neigen, zählen nach Reuter die Melancholischen, die Hysterischen, die Paranoiker und die Epileptiker. Ferner werden die verschiedenen Formen der Demenz (Demenz paralytika, senilis und praecox) erwähnt, bei denen Selbstbeschädigung beobachtet wird.

Hiernach leitet er über zu den nicht als geisteskrank zu bezeichnenden Personen, die aber in ihrem psychischen Verhalten von der Norm abweichende Züge aufweisen. Im Unterschied zu Blondel (3) rät Reuter, nicht nur die Morphologie der Wunde genau zu betrachten, sondern eben auch die Motive ganz entscheidend sogar zu berücksichtigen, denn nur so könne man herausfinden, ob die Selbstverletzung einer kranken Psyche entspringe oder nur zum persönlichen Vorteil gereiche oder es sich um Simulanz handele.

Doepfmer wählt schon 1962 eine auf die Vorsätzlichkeit zielende Einteilung, die gelungen erscheint (16), jedoch das Motiv außer acht läßt. Es gibt insgesamt vier Gruppen:

- a) bewußte („deliberate“), geplante („planned“) und absichtliche („wilful“) Selbstverletzung,
- b) Verletzungen, die bewußt aber durch andere Personen durchgeführt werden,
- c) bewußte („deliberate“), nicht beabsichtigte („non-wilful“) Selbstverletzung, wie sie beispielsweise als Unfall bei der Selbstbeibringung von Verletzungen auftreten,
- d) teilweise bewußte („partially deliberate“), nicht beabsichtigte („non-wilful“) Selbstverletzung bei Psychotikern, Epileptikern und Alkoholikern.

1977 wird nach Arbab-Zadeh et al. folgendermaßen gegliedert (73):

- a) vorsätzliche Selbstbeschädigung mit dem Ziel, sich Vorteile zu schaffen (Betrugsabsicht),
- b) vorsätzliche Selbstbeschädigung ohne Betrugsabsicht wie bei religiöser Selbstkasteiung,
- c) Selbstbeschädigung in schuldausschließendem Zustand (ohne Vorsatz) bei psychisch Kranken, hysterischen Kindern,
- d) der sogenannte „Schlucker“ in Haft zur Durchsetzung von Wünschen.

Hier scheint jedoch die Differenzierung zwischen a) und d) nicht ganz klar. Wenn der „Schlucker“ in Haft durch seine Selbstbeschädigung tatsächlich nur manipulativ tätig werden will, um seine Wünsche durchzusetzen, so beschädigt er sich doch vorsätzlich,

um sich Vorteile zu verschaffen, – fiele also unter a). Die Einrichtung einer zusätzlichen Kategorie für Häftlinge scheint in der vorliegenden Kategorie nicht logisch. Eine Äußerung zum Suizid fehlt gänzlich.

Eine andere Einteilung, geordnet nach der ausführenden Personengruppe, trifft Winchel 1991 (101). Er unterteilt in Selbstbeschädigung bei:

- a) geistig Behinderten,
- b) Psychotikern,
- c) Gefängnisinsassen,
- d) Menschen mit Charakterstörungen (vor allem Borderline-Störungen).

Diese Einteilung wiederum läßt jede Vorsätzlichkeit und jedes Motiv außen vor. Außer den Gefängnisinsassen, die unbegründet in eine eigene Klasse gerutscht sind, findet sich kein psychisch „normaler“ Mensch unter den Genannten. Und auch bei den Gefängnisinsassen ist nicht klar, wie der geistige Zustand vom Autor bewertet wird. Dieser Einteilung zufolge ist Selbstbeschädigung ein Phänomen hauptsächlich der psychisch Gestörten. Doch Alkoholiker beispielsweise können schwer einer Gruppe zugeordnet werden.

Die Selbstverletzung wird nach van Moffaert (1989) (186) nach ihrem Kontext und den Begleiterkrankungen eingeordnet, so daß Selbstbeschädigung entweder das zentrale Problem an sich darstellt, oder auf dem Boden einer psychischen Störung, wie einer Psychose oder Borderline-Störung, auftritt. Zusätzlich kann sie in eine separate selbstverletzende Pathologie, wie die Bulimie oder die Anorexie, eingebettet (56,189) oder mit Drogenabusus und einer parasuizidalen Einstellung verknüpft sein.

Hier wird die Vorsätzlichkeit überhaupt nicht berücksichtigt, sondern vom psychiatrischen Standpunkt aus wird eine Gliederung unternommen, die dem Phänomen der Selbstbeschädigung nicht gerecht wird.

Olsen (10) wählt 1967 eine Einteilung nach Motiven in fünf Gruppen.

Die erste Gruppe ist die Selbstbeschädigung von Personen, die an einer hysteriformen Neurose leiden. Meist ist das Ziel ein Gewinn an Aufmerksamkeit.

Die zweite Gruppe besteht aus Psychopathen und Alkoholikern.

Die dritte Gruppe besteht aus Menschen, die an einer endogenen oder exogenen Psychose leiden.

Die vierte betrifft die Minderbegabten, wobei er einen deutlichen Unterschied zwischen dem Grad der Intelligenz und der Art der Verletzung bemerkt. Er behauptet, daß die weniger Begabten die Haut als Ziel ihrer Selbstzerstörung wählten, weil diese am einfachsten zu erreichen und offen sichtbar sei. Die Intelligenteren würden einen feinsinnigeren Weg wählen.

Die letzte und fünfte Gruppe besteht aus den Personen, die sich selbst verletzen oder falsche Informationen angeben, um in ein Krankenhaus eingewiesen zu werden, einer Verfolgung zu entgehen, vor einem kalten Winter geschützt zu sein oder einfach nur, um die Ärzte zu ärgern.

Diese Einteilung folgt gewissen Beobachtungen, die der Autor macht, ohne daß eine klare Strukturierung erkennbar wäre. Motive werden mit zugrunde liegenden Krankheiten vermischt. Der Alkoholiker beispielsweise wird hier mit aufgenommen, kann aber andererseits keinem Motiv zugeordnet werden.

Interessant ist, daß eine allumfassende Einteilung, die sicher schwierig ist, nie versucht wurde. Die Selbstbeschädigung setzt sich aus forensischen, psychiatrischen, psychologischen, biologischen, sozialen und medizinischen Komponenten zusammen und je nach Blickwinkel wird das Hauptaugenmerk auf den einen oder anderen Aspekt gerichtet.

Eine Gliederung in erster Priorität an den Motiven festzumachen, ist mit Sicherheit eine der schwierigsten, denn allzu leicht wird die Vielfalt zu groß oder eine wichtige Gruppe vergessen. Logisch scheint zunächst die Einteilung nach dem Kriterium der Vorsätzlichkeit von Doepfmer (16) mit einer weiteren Untergliederung nach Motiv oder eventuell nach Form der Beschädigung. Gemäß der in dieser Arbeit oben genannten

Definition muß zudem das absichtliche Handeln und die Unterscheidung in passive und aktive Handlungsform in die Einteilung mit einbezogen werden.

Beispielsweise folgendermaßen in Anlehnung an Doepfmer:

1. bewußte, absichtliche Selbstverletzung ohne Tötungsabsicht
 - 1.1. aktiv
 - 1.1.1. mit Täuschungsabsicht
 - 1.1.1.1. aus materiellen Gründen (z.B. Versicherungsbetrug, Simulanz)
 - 1.1.1.2. aus persönlichen Gründen (z.B. fingierte Überfälle aus Rachsucht, um Aufmerksamkeit zu erhalten, Simulanz)
 - 1.1.1.3. aus unterbewußten Gründen (z.B. aus pathologischen Beziehungen, wie beim Münchhausen-Syndrom)
 - 1.1.2. ohne Täuschungsabsicht
 - 1.1.2.1. bei intra- oder interpersonellen Konflikten (z.B. zum Abbau einer unerträglichen Spannung) z.B. als Mittel der Konfliktlösung
 - 1.1.2.2. unter Deprivation (in Haft) z.B. zum Aggressionsabbau
 - 1.2. passiv
 - 1.2.1. mit Täuschungsabsicht
 - 1.2.1.1. aus materiellen Gründen (z.B. Versicherungsbetrug, Simulanz)
 - 1.2.1.2. aus persönlichen Gründen (z.B. fingierte Überfälle aus Rachsucht, um Aufmerksamkeit zu erhalten, Simulanz)
 - 1.2.1.3. aus unterbewußten Gründen (z.B. aus pathologischen Beziehungen wie beim Münchhausen-Syndrom)
 - 1.2.2. ohne Täuschungsabsicht
 - 1.2.2.1. bei intra- oder interpersonellen Konflikten (z.B. zum Abbau einer unerträglichen Spannung) z.B. als Mittel der Konfliktlösung
 - 1.2.2.2. unter Deprivation (in Haft), z.B. zum Aggressionsabbau

2. teilweise bewußte, beabsichtigte Selbstbeschädigung
 - 2.1. bei Psychotikern während einer psychotischen Phase

3. teilweise bewußte, unbeabsichtigte Selbstbeschädigung
 - 3.1. Eingehen eines Risikos bei Extremsportarten
 - 3.2. Alkoholabusus, Nikotin- und Drogenabusus
 - 3.3. Schlafmangel sowie jede zur Schädigung der Gesundheit führende Lebensweise
 - 3.4. Eßstörungen

4. unbewußte, unbeabsichtigte Selbstbeschädigung
 - 4.1. bei geistig Behinderten
 - 4.2. bei Epileptikern

5. Selbstbeschädigung als Zwischenstadium zur Erreichung eines anderen Ziels
 - 5.1. Suizid

6. bewußte Selbstbeschädigung zu kosmetischen Zwecken
 - 6.1. Ohrlochstechen, Piercing
 - 6.2. Tätowieren

Diese Einteilung mag kompliziert erscheinen, doch wird sie größtenteils Motiven, Handlungsform und Vorsatz gerecht. Nicht berücksichtigt ist hierbei eine Einteilung nach der Morphologie der Wunde, die ebenfalls denkbar wäre.

Jetzt wird erkennbar, inwieweit die Differentialdiagnosen des vorangegangenen Kapitels sich in diese Einteilung einfügen. So ist deutlich, daß die in der oben dargestellten Gliederung unter Punkt 3.1. erwähnte, erhöhte Risikobereitschaft, beispielsweise bei Extremsportarten, formal durchaus der Selbstbeschädigung zuzuordnen ist. Denn bei einem Unfall, der bei manchen Sportarten wahrscheinlicher ist als bei anderen, wird das Gewebe des Körpers durch eine eigens durchgeführte Handlung verletzt. Dennoch fehlt

hier die Absicht, den Körper zu verletzen. Somit sieht die Handlung zwar aus wie eine Selbstverletzung, jedoch fehlt ihr definitionsgemäß eine wichtige Voraussetzung.

Die vorliegende Arbeit untersucht nach obiger Einteilung die unter Punkt 1 zusammengefaßte Selbstbeschädigung, also die bewußte, absichtliche Selbstverletzung ohne Tötungsabsicht, wobei hier zusätzlich in eine aktive und eine passive Handlungsform unterschieden wird.

Punkt 2, die teilweise bewußte Selbstbeschädigung, die überwiegend in die Kompetenz der Psychiater und Psychologen fällt, soll diesem Fachbereich überlassen bleiben, da es dem Laien schwerfällt, Absicht und Bewußtsein einer selbstverletzenden Handlung bei einem psychisch Kranken oder geistig Behinderten zu objektivieren. Diese Gruppe von sich selbst verletzenden Menschen wird zu Vergleichen nur dort herangezogen, wo sich Parallelen aufzeigen lassen.

Punkt 3 und 6 sind zu weit gefaßt, um näher untersucht werden zu können. Viele unserer sozial akzeptierten Lebensformen grenzen an selbstbeschädigendes Verhalten, wie beispielsweise die gesundheitsschädigende Wirkung des Schichtdienstes. Hier jedoch eine selbstzerstörerische Absicht zu unterstellen und den Grad der eventuell selbstschädigenden Wirkung zu beziffern, würde zu weit führen.

Punkt 5, die Selbstbeschädigung als Zwischenstadium zur Erreichung eines anderen Ziels, wozu beispielsweise der Suizid gerechnet werden kann, soll insofern nicht näher beleuchtet werden, weil die Absicht der bloßen Selbstverletzung in diesem Handeln fehlt.

6. Arten der Selbstbeschädigung

6.1. In Haft

6.1.1. Schlucken von Fremdkörpern

Ein in Haftanstalten häufig angetroffenes Phänomen (4,70,73) ist das Schlucken von Fremdkörpern. Nach der Ansicht Prokop und Göhlers (14) hoffen die Gefangenen zumeist, daß der geschluckte Gegenstand operativ entfernt werden muß, was einen längeren Aufenthalt in einem Justizvollzugskrankenhaus nach sich ziehen würde, von wo aus eine sich bietende Fluchtmöglichkeit leichter oder wo die Verpflegung besser ist (vgl. auch (73)). Nach Goedel (17) (1932) sind die meisten „Schlucker“ Hysteriker oder Psychopathen. Welche Gegenstände verschluckt werden, richtet sich danach, was verfügbar ist. Bevorzugt werden scharfe Gegenstände, wie Rasierklingen, Glasscherben oder Nägel. Von Vorteil wird erachtet, wenn der Gegenstand röntgendicht ist, so daß keine Zweifel an dem tatsächlichen Verschlucken gehegt werden können.

Prokop und Göhler (14) berichten 1976 von einem Fall, in dem es einem mehrfach Vorbestraften bei seiner Festnahme gelang, ein Thermometer zu verschlucken, welches zu einem späteren Zeitpunkt operativ entfernt werden mußte. Aufgrund des unter Umständen verkürzten Krankenhausaufenthalts, bedingt durch eine vermeidbare Operation, begründete sich der Ausfall eines möglichen Probanden für eine Befragung seitens der Autorin, indem ihr in der Justizvollzugsanstalt Hohenasperg übereinstimmend mit der Literaturmeinung (vgl. (14,70,73)) mitgeteilt wurde, daß eine ballaststoffreiche Diät, zum Beispiel eine Kur mit Sauerkraut, das den Gegenstand umwickelt, den gefahrlosen Abgang via naturalis beschleunigt, wodurch ein chirurgisches Vorgehen vielfach vermeidbar wird.

Angaben der Betroffenen selbst, warum Gegenstände geschluckt werden, existieren nicht. Einige der in der Literatur erwähnten Patienten werden aber offensichtlich als psychisch krank geschildert.

Während der Interviews im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg konnte leider kein Häftling, der einen Gegenstand geschluckt hatte, befragt werden.

6.1.2. Hungerstreik

Der Hungerstreik ist ein mittlerweile nur noch selten angetroffenes Phänomen und wird meist von politischen Gefangenen zu manipulativen Zwecken eingesetzt. Da das Hungern nicht im Verborgenen durchgeführt und nicht lange geheimgehalten werden kann, erregt es häufig Aufsehen und wird zu diesem Zwecke auch benutzt, beispielsweise um auf eine subjektiv empfundene ungerechte Verurteilung oder auf schlechte Bedingungen hinzuweisen.

Während eines im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg am 10.05.1996 mit einem zum damaligen Zeitpunkt 34-jährigen Untersuchungshäftling, der angab, einen Menschen getötet zu haben (vgl. Fall I.5.), geführten Gesprächs, erzählte dieser von einem Hungerstreik, den er drei Tage vor seiner Selbstbeschädigung – in diesem Fall Schnitte im Bereich des linken Unterarms – durchgeführt hatte. Einen dezidierten Grund für diese Wahl nannte er nicht. Der Patient äußerte aber eindeutig Suizidgedanken und war zutiefst verzweifelt, so daß von einer Tötungsabsicht ausgegangen werden mußte.

6.1.3. Schnittwunden

Das Zufügen von Schnitten unter Haftbedingungen und auch außerhalb der Haft, ist eine der populärsten Selbstbeschädigungsmethoden sowohl nach Literaturmeinung als auch nach der Erfahrung mit den eigenen Fällen. Das Auftreten des sogenannten „Schnippelns“, vor allem an den Unterarmen und Handgelenken, tritt so häufig auf, daß der Versuch gemacht wurde, ein sogenanntes „wrist-cutting“-syndrome zu etablieren, was jedoch aufgrund fehlender gemeinsamer, charakteristischer Symptome gescheitert ist (vgl. 183).

Insgesamt gaben alle sechs im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg befragten Häftlinge an, sich aktuell geschnitten zu haben. Zwei von ihnen wirkten hierbei suizidal und schlossen auch in ihren Aussagen eine Tötungsabsicht nicht aus, so daß bei ihrem Handeln von einem Suizidversuch ausgegangen werden mußte. Zumindest drei der Befragten gaben an, das Schneiden früher schon einmal versucht zu haben.

In der Literatur wird das Verletzen der Haut mit scharfen Werkzeugen, wie Glasscherben oder Rasierklingen, auch als Sucht beschrieben, welcher aus den verschiedensten Gründen immer wieder drängend nachgegeben wird.

Die Morphologie der selbst zugefügten Schnittwunde ist sehr aufschlußreich und läßt Schlüsse sowohl über das Tatwerkzeug als auch über die Selbst- oder Fremdbeibringung zu. Auf die einzelnen Kriterien wird im zweiten Teil der Arbeit bei der Beschreibung und der Analyse des selbstbeschädigenden Akts eingegangen werden.

6.1.4. Erhängungsversuche

Der Versuch, sich mit beispielsweise einem Bettlaken während der Haft zu erhängen, wird meist von einer echten Tötungsabsicht begleitet. Die Mehrzahl der Suizide von Gefängnisinsassen wird durch Erhängen herbeigeführt (146), wobei der Erfindungsreichtum der verwendeten Strangulationswerkzeuge groß ist und vom eigenen Gürtel über Elektrokabel bis zu in Streifen gerissenen und zusammengeknoteten Textilien reicht.

6.2. Außerhalb von Haftanstalten

6.2.1. Schlucken von Fremdkörpern

Außerhalb von Haftanstalten konnte kein einziger Vorfall bei einem Menschen, der einen Fremdkörper geschluckt hatte, beobachtet werden. Dies scheint ein haftspezifisches und von großer Nachahmung geprägtes Phänomen zu sein. 1991 untersuchten Karp et al. 19

Häftlinge (18 davon mit psychiatrischen Diagnosen), die Gegenstände verschluckt hatten (163). Keiner von ihnen hatte dieses Verhalten vor Antritt der Haft gezeigt.

6.2.2. Hungerstreik

Der Hungerstreik wird außerhalb von Haftanstalten selten beobachtet. Meist dient er manipulativen Zwecken, um gegen Unterdrückung zu protestieren. In diesen Fällen wird das Hungern publik gemacht und zieht wie bei Mahatma Gandhi weite Kreise, um den gewünschten Effekt zu erreichen.

6.2.3. Schnittwunden

Das Schneiden, vornehmlich der Handgelenke, Unterarme und Oberschenkel ist, ebenso wie innerhalb der Haft, ein häufig auftretendes Phänomen, das bei sehr unterschiedlichem Schmerzempfinden ausgeführt wird und deshalb auch in seiner Gefährlichkeit von oberflächlichen Hautläsionen bis zu Durchtrennung von Gefäßen und Sehnen variieren kann.

6.2.4. Erhängungsversuche

Erhängungsversuche außerhalb der Haft kommen hauptsächlich im Zusammenhang mit Selbstmordversuchen vor, also mit Tötungsabsicht. Fälle der reinen Selbstbeschädigung liegen anhand der Literatur nicht vor.

II. Zweiter Teil: Die Selbstbeschädigung – Psychosoziale Befunde, Umstände, Erscheinungsbild und Konsequenz der Handlung

1. Die Selbstbeschädigung in Haft

Die meisten Literaturstellen beschäftigen sich vor allem mit der rein manipulativ gedeuteten Selbstbeschädigung der Häftlinge, die sich persönliche Vorteile von ihrer Verletzung erhoffen.

Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeiten fokussiert auf den Suizid in Haft. Hier werden sehr viele epidemiologische Daten veröffentlicht. Die verschiedensten Länder publizieren ihre in Gefängnissen gesammelten Suizide. Je nach Blickwinkel des Artikels wird mehr die juristische, psychologische, medizinische oder soziale Komponente der Haftsituation beleuchtet. Selten findet man einen umfassenden Artikel, der einen Überblick über alle Faktoren, die in einer Haftsituation auf den Gefängnisinsassen einströmen, verschafft.

Zunächst wird im folgenden die Literatur, die sich mit dem Suizid in Haft beschäftigt, reflektiert, auch wenn der Selbstmord durch seine Tötungsabsicht vom eigentlichen Thema dieser Arbeit wegführt. Weil die Forschung auf diesem Gebiet bereits sehr weit fortgeschritten ist und weil es mögliche Analogien zur reinen Selbstbeschädigung gibt, soll dieses Kapitel, „Selbstbeschädigung in Haft“, den weiteren vorangestellt werden.

Die persönliche Erfahrung bei den Interviews, leider nicht gestützt durch die mangelhaften Berichte der Literatur über mögliche weitere Motive, lassen zudem manchen „Selbstmordversuch“ in einem anderen Licht erscheinen, so daß eine Skepsis gegenüber der tatsächlichen Tötungsabsicht angebracht ist.

Die Häufigkeit des Suizids beziehungsweise des Suizidversuchs von Häftlingen soll 1975 etwa dreimal so hoch gewesen sein wie in der freien Bevölkerung (63). Hayes dagegen schreibt 1989, daß in Texas die Suizidrate in Gefängnissen neunmal höher als außerhalb von Haftanstalten sei (98). Hierzu ist zu berücksichtigen, daß in Texas noch die

Todesstrafe verhängt wird. McClure beziffert 1987 die Quote in England innerhalb von Gefängnismauern viermal höher (153) als außerhalb.

Spielmann hat 1988 (146) die Suizide im Gefängnis von Luxemburg untersucht und gliedert den Zeitraum in Abschnitte von 1900 bis 1944 und von 1945 bis 1987. Hierbei unterscheidet er verschiedene Parameter, wie Alter, Suizidmethode und so weiter. Im folgenden sollen ein paar bemerkenswerte Beobachtungen erwähnt werden, für die Spielmann leider spärliche Erklärungsversuche anbietet. Zunächst bleibt festzuhalten, daß die Anzahl der Suizide in den beiden untersuchten Zeitabschnitten ungefähr gleich hoch war, nämlich 23 und 24 Fälle. In den Jahren 1924-1930 gab es besonders viele Selbstmorde (8), vielleicht – so Spielmann – wegen der schlechten Wirtschaftslage des Landes. Die nächste vom Üblichen abweichende Zeitperiode war die Zeit von 1945-1969 mit 20 Suiziden. In der Zeit vor 1952 gab es unklare Sterbefälle. Die Dokumentation ist nicht schlüssig nachvollziehbar. Spielmann ist der Frage nachgegangen, ob von 1952 bis 1969 eine Übervölkerung der Gefängnisse beziehungsweise ein Personalmangel Einfluß auf die erhöhte Selbstmordrate gehabt haben könnte. Leider argumentiert er in bezug auf die personelle Situation nicht mit Zahlen, sondern äußert seine irreführende Ansicht dahingehend, daß jede noch so hohe Personalpräsenz, die mit einem erhöhten Maß an Supervision einhergeht, einen ernsthaft Selbstmordwilligen nicht von seinem Vorhaben abhalten könne. Hier führt er Hermann Göring als Beispiel an. Das ist sicher zutreffend. Bekannt sind Fälle aus psychiatrischen Kliniken, die trotz strengster Überwachung es den Patienten dennoch ermöglicht haben, sich das Leben zu nehmen. Spielmann geht aber nicht auf die Frage ein, ob eine personelle Unterbesetzung vielleicht Schuld an katastrophalen Verhältnissen in einem Gefängnis sein könnte, so daß deshalb erst der Entschluß zu einem Suizid gefaßt wird. Es gehe ja nicht darum, einen geplanten Suizid mit allen Mitteln zu verhindern, sondern zunächst darum, die Bedingungen so zu verbessern, daß der Häftling erst gar nicht gewillt ist, sich zu töten.

Das Argument der Überbelegung der Gefängnisse und einer daraus resultierenden erhöhten Suizidrate lehnt Spielmann ohne Nennung von Gründen ab, obgleich er zugeben muß, daß in den Jahren 1973-1977, in denen die Gefängnisse Luxemburgs deutlich

geringer belegt waren als in den vorangegangenen und folgenden, kein einziger Suizid stattgefunden hatte.

Die am häufigsten angetroffene Suizidmethode in der Haft ist in allen Jahren das Erhängen (146). Sowohl in Luxemburg als auch in Frankreich begingen Häftlinge häufiger vor ihrer Verhandlung, also in Untersuchungshaft, Selbstmord. Von den Suiziden, die in Frankreich unter Haftbedingungen verübt wurden, haben 65% während der Untersuchungshaft und 44% während der Haftstrafe Selbstmord begangen. 75% der sich in den Jahren 1945 bis 1987 in Luxemburg suizidierenden Gefangenen saßen in Untersuchungshaft. Hiervon tötete sich fast die Hälfte innerhalb der ersten zwei Tage. Dies bestätigt die Arbeit von Backett, die sich 1987 mit den Suiziden in schottischen Gefängnissen beschäftigt (227). Von den 33 hier untersuchten Häftlingen, töteten sich vier in den ersten 24 Stunden, 13 in der ersten Woche und 20 innerhalb des ersten Monats. Anderen Autoren zufolge sind die ersten 72 Stunden die gefährlichsten (158,189). Weitere Artikel (64,65,66,67) können diese Beobachtung stützen. Insgesamt ist bei den Untersuchungshäftlingen die Suizidgefahr höher. In 13% der Fälle sind diese Suizidversuche erfolgreich.

Interessanterweise berichtet Backett (227) auch über zwei Häftlinge, die sich wenige Tage vor der geplanten Entlassung suizidieren. Hier scheint offensichtlich, die Angst vor dem Leben außerhalb des Gefängnisses so groß gewesen zu sein, daß man vermuten muß, daß die Resozialisierungsmaßnahmen in der Haftanstalt, die den Häftling wieder in unsere Gesellschaft eingliedern soll, zumindest nach Meinung des Betroffenen versagt haben.

Weiterhin konnte Spielmann in Luxemburg beobachten, daß die Selbstmord gefährdetsten Altersgruppen die 36-40- und die 46-55-Jährigen sind. Ein weiteres Maximum zeigt sich im Alter ab 61 Jahre.

Zusammenfassend spricht sich Spielmann klar für die „open prison“ policy aus, bei deren Anwendung ein deutlicher Rückgang der Suizide in Haft verzeichnet werden kann. Solange es für die Gesellschaft nicht gefährlich sei, favorisiert er eine Lockerung der

Haftbedingungen, um Suizide zu verringern, auch unter Inkaufnahme einer erhöhten Fluchtgefahr. Auf psychische Erkrankungen, Nebendiagnosen, Art der begangenen Verbrechen wird in dem Artikel leider nicht eingegangen.

Die Arbeit von Backett beschäftigt sich zudem mit den psychiatrischen Vorgeschichten von Häftlingen, die beachtlich sind (227). Fünfzehn der später durch Suizid sterbenden 33 Häftlinge hatten zuvor bereits Suizidversuche beziehungsweise "parasuicide" unternommen, ohne daß der Autor hier eine Definition für die Verwendung seines Begriffs bietet. Zwanzig Häftlinge hatten vorherige Behandlungen bei Psychiatern und sieben von ihnen innerhalb des letzten Monats vor ihrem Suizid. Elf waren schon vor ihrer Verhaftung in psychiatrischen Kliniken stationär behandelt worden.

Dies macht deutlich, daß rund die Hälfte aller Selbstmörder in Gefängnissen psychiatrische Probleme haben. Ein Drittel von ihnen war bereits vor ihrer Inhaftierung in Behandlung gewesen. Dieser Punkt wird in den meisten publizierten Artikeln nicht oder nur ungenügend beachtet. Auch Backett geht auf die einzelnen Diagnosen in seiner Arbeit nicht näher ein.

Gegenstand der Forschung ist auch die Beantwortung der Frage, inwieweit sich die Länge der zu verbüßenden Strafe auf das Suizidverhalten der Häftlinge auswirkt? Rieger (189) fand 1971 diesbezüglich heraus, daß die Länge der zu verbüßenden Strafe keine oder sogar eine inverse Beziehung zur Suizidalitätsgefährdung hat.

Welche Faktoren, außer den oben erwähnten, unter Umständen vor der Haft bestehenden psychischen Problemen des Häftlings, erhöhen die Vorhersage eines suizidalen Akts? Hier ist zwischen den äußeren Umständen, wie den Haftbedingungen, den inneren Spannungen des Inhaftierten und den diesem zur Verfügung stehenden Strategien zur Konfliktbewältigung zu unterscheiden.

Eine Untersuchung zu Gewalt in Gefängnissen untermauert Theorien zur Begünstigung von Gewalt durch eine Überfüllung der Gefängnisse (148,149,150), durch den architektonischen Entwurf der Anstalt (151) und durch die Mechanismen der sozialen Kontrolle (149). Hinsichtlich der „inneren Risikofaktoren“ kann ein erheblicher Einfluß

des sozialen Hintergrunds, den die Insassen als Kinder erfahren haben, selektiert werden (149). Auch Rieger untersuchte 1971 (189) 58 Gefängnisinsassen, die einen Suizidversuch unternommen hatten. Er konnte beobachten, daß die schwereren, gefährlicheren Selbstmordversuche am ehesten von Personen verübt wurden, die einen geliebten Menschen verloren und die sich in späteren Jahren von ihrer Mutter getrennt hatten. Als Erklärung kann eine besonders enge Bindung an eine Person angeführt werden, die sich vor oder durch die Inhaftierung gelöst und damit zu einer Vergrößerung der Konfliktsituation geführt hat.

Koller und Castanos untersuchten 1969 die anamnesticen Auffälligkeiten von drei Gruppen von Häftlingen (192): Zum einen solche, die eine lange Haftstrafe zu verbüßen hatten, zum anderen solche, die zu einer kurzen verurteilt waren und zu kürzeren Haftstrafen verurteilte Frauen. Diesen drei Gruppen war gemeinsam, daß alle Suizidversuche unternommen hatten. Hier unterscheiden die Autoren allerdings nicht, ob diese Selbstmordversuche während der Haft oder zuvor unternommen wurden, so daß über die Motive keinerlei Aussage gemacht werden kann. Diese drei Gruppen wurden mit Häftlingen verglichen, die zu unterschiedlich langen Haftstrafen verurteilt waren, aber keinen Suizidversuch zu irgendeinem Zeitpunkt unternommen hatten. Sie fanden heraus, daß 12% der männlichen und 36% der weiblichen Häftlinge zugaben, zu irgendeinem Zeitpunkt in ihrem Leben mindestens einen Suizidversuch unternommen zu haben. Die Größe der Herkunftsfamilie war zwischen den Gruppen statistisch nicht relevant, aber der Verlust beider Eltern im Alter zwischen 10 und 15 Jahren und die Position des Jüngsten in der Familie prädestinierten zu suizidalem Verhalten. Leider werden in diese Studie so viele Variablen eingebracht und nicht konsequent zueinander in Beziehung gesetzt, daß kaum Schlußfolgerungen aus den Ergebnissen gezogen werden können. Es läßt jedoch vermuten, daß der Verlust beider Eltern in einer sensiblen Phase der Entwicklung einen ebenso ungünstigen Einfluß auf die Suizidalität zu haben scheint wie die besonders lange Bindung an die Mutter, wie Rieger 1971 beschreibt (189).

Diese geschilderten Beobachtungen wurden alle an Personen gemacht, die einen Suizidversuch erfolglos oder erfolgreich unternommen hatten. In der Mehrzahl der

erfolgreichen Fälle lag also als Motiv eine Tötungsabsicht vor, selbst wenn man nicht sicher ausschließen kann, daß einige unabsichtlich zum Tode führende Selbstbeschädigungen hier mit eingerechnet wurden. Bei den Suizidversuchen ist diese Gewißheit nicht gegeben. Wie die eigenen Interviews zeigen, wird oft als Motiv eine Todessehnsucht angegeben, auch wenn die Umstände des Versuchs und die Durchführung desselben dagegen zu sprechen scheinen. Leider wurde in den voranstehenden Arbeiten entweder nicht sauber recherchiert oder eine genaue Spezifizierung des Motivs war unmöglich.

Welche Schlußfolgerungen ergeben sich hieraus für die Selbstbeschädigung?

Weekes und Morison untersuchten 1992 die Gemeinsamkeiten und die Unterschiede von Suizid und Selbstbeschädigung kanadischer Häftlinge (147). Sie geben an, daß die Gefängnisinsassen, die sich durch oberflächliche Schnitte selbst verletzen, keine suizidalen Absichten haben, sondern daß sie aus ihrem Verhalten einen Sekundärgewinn ziehen, wie den Rückzug aus unerwünschten Situationen. Sie versuchen hierdurch, ihren Zustand zu verbessern, oder wie von den Autoren noch treffender ausgedrückt, die persönliche Verletzung zu vermeiden, so daß die Selbstbeschädigung als „anti-suicidal“ (140) charakterisiert wird und einem Todeswunsch entgegensteht. Die Häftlinge hängen vielmehr so sehr an ihrem Leben, daß sie die Umstände zu verbessern suchen.

Toch beziffert das Vorkommen von Selbstbeschädigung in Haft auf 2,2-7,7% (103). Ein großes Problem bei der Recherche ergibt sich laut Winchel dadurch, daß die Nachforschungen durch eine miserable Dokumentation erschwert und eine saubere Analyse durch Drogenmißbrauch und undiagnostizierte psychiatrische Störungen kompliziert wird (101). Die meisten selbstverletzenden Akte werden als manipulativ gedeutet, die nur dazu ausgeführt werden, um in eine weniger restriktive Einheit, beispielsweise ein Vollzugskrankenhaus, verlegt zu werden.

Ein immer wieder erwähnter (104,105,106,107) Umstand ist, daß viele Selbstbeschädigungen zu einem Zeitpunkt stattfinden, wenn sich der betroffene Häftling in einer Einzelzelle befindet. Natürlich ist hier auch eher die Gelegenheit gegeben, sich

unbemerkt zu verletzen, doch viele Autoren machen die Situation, in der über Tage mit niemandem kommuniziert werden kann, verantwortlich für das Verhalten der Gefängnisinsassen. Zu bestätigen scheint dies eines der auf dem Hohenasperg geführten Interviews (vgl. Fall I.6.). Hier berichtet der zu diesem Zeitpunkt 27-jährige Häftling, er habe kein Radio für seine Einzelzelle bewilligt bekommen, weil alle verliehen gewesen seien. Somit habe sein Tag 23 Stunden lang daraus bestanden, die Decke anzustarren. Eine Stunde habe er jeweils geschlafen. Lesen sei ihm unmöglich gewesen, da seine Gedanken die ganze Zeit gekreist seien. Hierauf habe er sich mit einem Messer in den Unterarm geschnitten. Wenigstens für eine Nacht habe die Unruhe in ihm dann aufgehört.

Ivanoff setzt 1992 den Begriff der Selbstverletzung mit dem des „Parasuizids“ („parasuicide“) gleich (154). Der Begriff beschreibt einen Akt der gewollt („intentional“) unschädlichen Selbstverletzung. Hierbei wird nicht ausgedrückt, ob eine Tötungsabsicht mit dem Willen, die Umgebung zu manipulieren, ein anstehendes Problem zu lösen oder aus einer unerträglichen Situation zu entfliehen, hinter dem Verhalten stecken kann. Der Begriff wird völlig unabhängig von einem Motiv definiert, obgleich er eigentlich hiervon nicht zu trennen sein dürfte. Dem Leser bleibt das Rätseln überlassen, ob das Wortteil „suicide“ immer eine Tötungsabsicht impliziert und ob das Prefix „para“ sich auf jedes erdenkliche Motiv anwenden lässt.

Vielleicht mangels einer klaren Definition, wird dieser Begriff in der Literatur nicht einheitlich verwendet, denn Hawton, Fagg, Platt und Hawkins setzen in ihrem 1993 erschienen Artikel „Factors associated with suicide after parasuicide in young people“ (193) „parasuicide“ mit „attempted suicide“, also dem Suizidversuch, gleich und beschreiben den Begriff wenige Abschnitte weiter mit einer nicht zum Tode führenden (non-fatal) Handlung, bei der ein Individuum sich selbst freiwillig verletzt oder eine Substanz in einer höheren Dosierung als der therapeutischen einnimmt. Mögliche Motive werden auch hier nicht erwähnt.

Warum werden ausgerechnet die Selbstbeschädigungen unter Haftbedingungen so vielfältig analysiert? Vielleicht, weil die Betroffenen diejenigen sind, welche die meiste

Zeit beobachtbar sind und die sich nur schwer unbemerkt unkontrollierbaren Einflüssen aussetzen können. Vielleicht auch deshalb, weil aufgefallen ist, daß das Auftreten von Selbstverletzungen in Haftanstalten soviel häufiger ist als in der freien Gesellschaft. Auf jeden Fall wurde die Rolle, welche die Haft selbst spielt, schon verschiedentlich bewertet. Menschen leben hier unter ganz besonderen, die Freiheit einengenden Bedingungen mit einer nicht unerheblichen, aufgezwungenen Einschränkung ihres Bewegungsdrangs und ihrer persönlichen Entscheidungsfreiheit.

Die Limitierung der Freiheit, die das zentrale Spannungsfeld der Haft bildet, versagt den Insassen den Zugriff auf das Spektrum an Mechanismen, die üblicherweise zur Streßbewältigung in Anspruch genommen werden. Diese Beschränkung wird um so schlimmer, je häufiger und intensiver der Insasse den Streßfaktoren, wie Lärm, einem Mangel an Privatsphäre und Bedrohung der Sicherheit, ausgesetzt ist. Wenn dieser Streß nicht durch verfügbare Mittel abgebaut werden kann, so mag ein Individuum auf unübliche und verzweifelte Methoden zurückgreifen: Einige bitten um Hilfe, andere reagieren sich bei anderen Insassen ab und wieder andere an sich selbst. In diesem Kontext muß nach Toch 1977 der Parasuizid gesehen werden (155).

In vielen Individuen reflektiert der Parasuizid einen persönlichen Zusammenbruch, der aus einer Krise aus Hoffnungslosigkeit, Angst, Selbstzweifel und Einsamkeit entsteht. Während in der Zivilbevölkerung die Frauen den überwiegenden Anteil der Personengruppe stellen, die sich selbst verletzen, ist es in Gefängnissen umgekehrt.

Toch schildert den Parasuizid, den er, ebenfalls ohne Definition, im Sinne von Selbstverletzung verwendet, als Produkt der Bedingungen, denen sich der Häftling zu fügen hat. Er geht leider nicht auf die Frage ein, ob die Menschen, die sich unter Haftbedingungen selbst verletzen, sich auch vor ihrer Inhaftierung beschädigen würden, das heißt, zur Beantwortung der Frage, ob die Haft Ursache oder Auslöser des Verhaltens ist, wird keine Aussage gemacht.

Abschließend soll das Wesentliche einer Arbeit von Tigges referiert werden, der in seiner 1934 vorgelegten Dissertation über die Selbstverletzung von Gefangenen mehrere Fälle

beschreibt (247). Er grenzt ab von der versehentlich beigebrachten Selbstverletzung und von der Selbstverstümmelung zum Erhalt einer Unfallversicherung und beschreibt dann die Vorgehensweisen mehrerer Häftlinge, die sich vornehmlich durch das Schlucken von Gegenständen verletzt haben. Er empfiehlt, in jedem Einzelfall eine Täteranalyse durchzuführen, die den Geisteszustand, die Motivfrage, die Art der Verletzung und den Erfolg berücksichtigt, wobei es seiner Ansicht nach naheliegt, aus der „Seltsamkeit einer Selbstverletzung auf eine erhebliche Störung der Geistestätigkeit oder auf eine Simulation zu schließen“. Die Fälle, die er beschreibt, basieren entweder eindeutig auf einer Geisteskrankheit oder aber eröffnen dem Handelnden die Tür zur (oft erfolgreichen) Flucht.

1.1. Die äußeren Umstände der Haft

1.1.1. Untersuchungshaft

Die Literatur legt nahe, daß die Zeit der Untersuchungshaft einen besonders belastenden Abschnitt für die Straftäter darstellt. Wie Spielmann (146) schon beschreibt, ereignen sich in dieser Phase eine Vielzahl der Suizide. Vorstellbar ist, daß vor allem bei Erstinhaftierten die Situation bedrohlich wirkt und das Folgende nicht mehr abzuschätzen ist.

Von den im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg befragten sechs Häftlingen, befanden sich zwei zum Zeitpunkt ihrer Selbstbeschädigung in Untersuchungshaft (vgl. Fälle I.2., 5.). Einer von ihnen (Fall I.5.), ein 34-jähriger Deutscher, der die Freundin seiner Lebensgefährtin knapp zwei Monate zuvor ermordet hatte, gab offen zu, eine entsetzliche Angst vor dem Prozeß zu haben. Er wolle diesen am liebsten nicht erleben. Seine Befürchtung war, daß alle seine Angehörigen und die des Mordopfers zugegen sein würden, um ihm Vorwürfe zu machen. In aufkommender und ständig wachsender Panik hatte er sich mit einer Rasierklinge an den Unterarmen geschnitten.

1.1.2. Strafhaft

In bezug auf die Selbstbeschädigung während der Strafhaft gilt das eingangs in diesem Kapitel Erwähnte. Von den sechs auf dem Hohenasperg befragten Häftlingen befanden sich zwei zum Zeitpunkt der Selbstverletzung in Straf- (Fälle I.4., 6.) und einer verweilte (Fall I.3.) in Abschiebehaft.

1.1.3. Aufenthalt im Vollzugskrankenhaus

Alle sechs befragten Häftlinge waren wegen einer Selbstbeschädigung, in einem Fall (Fall I.5.) mit möglicher suizidaler Absicht, aus den umliegenden Justizvollzugsanstalten auf den Hohenasperg verlegt worden. Lediglich Fall I.1. bildet hier eine Ausnahme. Dieser Patient verletzte sich bereits vor seiner Verhaftung und wurde direkt in das Justizvollzugskrankenhaus eingewiesen. Bei ihm wurde eine Suizidabsicht erwogen.

Zwei Patienten gaben an, daß es ihr sehnlichster Wunsch gewesen sei, aus ihrer Zelle (Fall I.2.) oder aus ihrer Haftanstalt (Fall I.3.) der dort herrschenden unerträglichen – möglicherweise subjektiv empfundenen – Verhältnisse wegen verlegt zu werden. Sie fühlten sich auf dem Hohenasperg deutlich wohler.

1.1.4. Der Einfluß der Haftbedingungen

Yaroshevsky (215) beschreibt 1975 eine Sammlung von Selbstbeschädigungen in sowjetischen Gefängnissen. Diese Handlungen werden unerträglichen Zuständen der Deprivatisierung und einem akuten Streßereignis, wie dem Besuchsverbot oder zurückgehaltenen Postempfang, zugeschrieben. Daß extrem boshafte Behandlungsmaßnahmen auf die sich nach innen richtende Gewalt einen Einfluß haben, scheint einleuchtend. Aber auch der Einfluß baulicher Maßnahmen wurde bereits erwähnt (151). Untersucht wurde ebenfalls die Überfüllung der Gefängnisse und der Personalmangel, der sich auf das (auto)aggressive Verhalten der Insassen auswirkte.

Jones zitiert (249) aus Untersuchungen, die sie selbst bestätigen kann, daß die Selbstbeschädigung vor allem in Einzelhaft durchgeführt wird (250,251,140). In der von ihr durchgeführten Studie waren 51% der Selbstbeschädiger zum Zeitpunkt ihrer Selbstverletzung in Einzelhaft. Zudem fand lediglich eine zu vernachlässigende Zahl an Selbstbeschädigungen in den anderen als den Sicherheits- oder Hochsicherheitsgefängnissen statt. Durch diese Zahlen kann belegt werden, daß nicht nur die Haft an sich, sondern vor allem die Bedingungen entscheidend dafür verantwortlich sind, daß Selbstbeschädigungen ausgeführt werden.

Von den sechs im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg befragten Patienten machten vier Aussagen zu ihrem Empfinden über Haft und Haftbedingungen. Ausdrücklich sei betont, daß der Wahrheitsgehalt dieser Aussagen nicht überprüft wurde.

Der in Fall I.2. beschriebene Patient gab an, daß er mit einem sehr schwer umgänglichen Algerier zusammen in einer Zelle gesessen habe. Mit diesem sei er nicht ausgekommen. Nachdem mehrmalige Anträge auf Verlegung in eine andere Zelle abgelehnt worden waren, beging der Patient eine Selbstbeschädigung, um die Verlegung zu erzwingen.

Ein anderer Patient (vgl. Fall I.3.) wollte durch seine Selbstbeschädigung die Verlegung aus seiner „heimatlichen“ Vollzugsanstalt erzwingen, da die Bedingungen dort unerträglich seien. Er gab an, geschlagen worden zu sein – er klassifizierte nicht ob von Mitinsassen oder vom Personal. Außerdem lege man ihm immer Handschellen an, was er für überflüssig hielt und als diskriminierend empfand.

Der in Fall I.5. beschriebene Patient machte die Angabe, daß es in der Justizvollzugsanstalt, von wo er herkomme, „Wanzen und Flöhe“ gebe. Zudem könne er kaum kommunizieren, weil unter den 150 Mitgefangenen nur vier Deutsche seien. Am Ende des Interviews beschwerte sich dieser Untersuchungshäftling massiv über die Haftbedingungen. Er berichtete, maximal vier Seiten lange Briefe schreiben zu dürfen und alles würde man lesen. Eine Erlaubnis zum Telefonieren habe er überhaupt nicht. Lediglich zwei Päckchen Tabak im Monat seien erlaubt. Wegen jeder Genehmigung müsse er den Untersuchungsrichter fragen, was ihn sehr störe. Seine Freundin habe ihm Fotos von sich und den ersten Blumen im Garten geschickt, doch von den insgesamt 21

Bildern dürfe er nur zehn behalten. Man habe ihm gesagt, man befürchte, er würde sie an seinem Schrank festmachen, dabei sei er doch „aus diesem Alter heraus“. Lobend erwähnte er, daß er eine eigene Kaffeemaschine in seiner Zelle habe, über die er frei verfügen könne. Zusätzlich sei seine Zellentür meist offen, weil er Hausarbeiten verrichten würde.

Der in Fall I.6. beschriebene Patient bezeichnete seinen Aufenthalt in einer Einzelhaftzelle als die „Hölle“. Er sei nur mit seinen Gedanken alleine, ein Radio habe er nicht erhalten, und lesen könne er aus Nervosität nicht. Er führte seine Selbstbeschädigung dezidiert auf die zermürbenden Haftbedingungen zurück. Außerhalb eines Gefängnisses habe er sich noch nie so verhalten und würde sich auch zukünftig keine Verletzungen mehr zufügen.

Wie erwähnt, wurde der Wahrheitsgehalt der Aussagen nicht überprüft. Aber auch unter Berücksichtigung einer gewissen Übertreibung ist deutlich, daß vier von sechs Häftlingen, von denen einer zum erstenmal einsaß und somit noch keine diesbezügliche Erfahrung gemacht hatte (Fall I.1.), mit den Haftbedingungen unzufrieden waren und eine Einengung ihrer Persönlichkeit beklagten.

1.2. Die persönlichen Daten

1.2.1. Herkunft

Wenig zuverlässige Aussagen lassen sich zu der ethnischen Herkunft der Selbstbeschädiger machen, da zwar in der Literatur teilweise deren Nationalität (28-jähriger Chilene (40), 12 Spanier (163)) oder Hautfarbe (4 Schwarze, 3 Weiße in den USA (163)) erwähnt, nie aber in Relation dazu die prozentuale Verteilung der Herkunftsländer in den Haftanstalten gesetzt wird.

Die sechs Befragten im Justizvollzugskrankenhaus bilden sicherlich auch keinen repräsentativen Befund.

1.2.2. Entwicklung / Ausbildung

Griffith hat 1990 in einem Gefängnis in London Häftlinge untersucht, die Suizidversuche unternommen hatten, und hat ihre Vorgeschichte und ihr soziales Umfeld mit den Häftlingen, die keine Suizidversuche unternommen hatten, verglichen (97). Er beobachtete hierbei, daß die Häftlinge, die versucht hatten, sich das Leben zu nehmen, häufiger Geisteskrankheiten in der Familie hatten, zum großen Teil über eine extrem unglückliche Kindheit klagten, häufiger von Zuhause weggelaufen waren, keine Freundschaft in der Kindheit erfahren und ebenfalls öfter eine Trennung von einem Ehepartner hinter sich hatten sowie deutlich häufiger (69,6% zu 13%) psychiatrisch stationär behandelt wurden als die Personen der Vergleichsgruppe. Es fiel ebenfalls besonders auf, daß eine deutlich größere Anzahl der suizidalen Häftlinge Drogen konsumierten (65,2% zu 26,1%) sowie in 52,7% der Fälle häufiger vorbestraft waren als die Häftlinge, die keinen Suizidversuch unternommen hatten.

Man kann aus diesen Zahlen schließen, daß die – wohlgemerkt – suizidalen, sich nicht selbstbeschädigenden Häftlinge widrigere Bedingungen gehabt haben, ihr Leben zu meistern. Die Verhältnisse, in denen sie aufgewachsen sind, scheinen, schlechter zu sein als die anderer Häftlinge. Sie haben weniger Kontakte, häufiger Beziehungsprobleme. Eine Erklärung für die Beobachtungen wird nicht angeboten.

Daß Menschen in ungünstigen sozialen Verhältnissen häufiger straffällig werden, ist denkbar. Aber genauso straffällig sind die Individuen der Vergleichsgruppe auch. Das Unterscheidungskriterium ist der Suizidversuch, auch wenn die größere Anzahl an Vorstrafen bei den Suizidalen eine größere Anzahl an Straftaten vermuten läßt. Warum aber die erhöhte Selbstmordrate? Über die Häufigkeit von Suiziden in der Herkunftsfamilie ist keine Aussage gemacht. Wohl aber über soziale Bindungen. Die Individuen werden als anti-sozial beschrieben. Eine geringere Anzahl an Kontakten in der Kindheit bedeutet auch, wie bereits weiter oben ausgeführt, weniger Möglichkeiten des Erlernens sozialer Fähigkeiten. Eventuell haben die suizidalen Häftlinge ein vermindertes Angebot an Konfliktbewältigungsstrategien, die sie mangels Kontakten nie gelernt haben.

Der Suizid scheint, zumal nach dem Verlust einer Bezugsperson, weil häufige Trennungen von Lebenspartnern, der einzige Ausweg zu sein.

Entgegen der erhöhten Rate an Vorstrafen bei suizidalen im Vergleich zu nicht-suizidalen Häftlingen bei Griffith (97) findet Ivanoff 1992 in seinem Artikel (154) keinen Unterschied zwischen den sich beschädigenden (nicht suizidalen!) und den sich nicht beschädigenden Häftlingen, was die kriminelle Karriere angeht (Gewalttätigkeit des Verbrechens, Länge der zu verbüßenden Strafe, Fluchtversuche). Unterschiede finden sich jedoch hinsichtlich der Anzahl der psychiatrischen Vorbehandlungen, des Drogenabusus und der Obdachlosigkeit, wo die sich verletzenden Gefängnisinsassen häufiger vertreten waren (154). Für den Alkoholabusus ergibt sich kein signifikanter Unterschied. Die Variable der vorangegangenen psychiatrischen Behandlungen ist am engsten mit dem Auftreten von Selbstbeschädigung verknüpft. Die Häftlinge, die psychiatrisch behandelt worden waren, hatten ein zehnmal so hohes Risiko, sich während der Haft selbst zu verletzen. Des weiteren konnte beobachtet werden, daß die Selbstbeschädigung Modellcharakter hat. Ein Häftling, der Kontakt zu anderen sich verletzenden Gefängnisinsassen hat, wird sich eher auch selbst beschädigen. Dies unterstützt die Theorien, die besagen, daß die Selbstbeschädigung ein erlerntes Verhalten häufig voraussetzt (154).

Teilweise widersprüchlich zu einzelnen der oben gemachten Aussagen faßt Jones (249) 1986 aus mehreren Untersuchungen zusammen, daß weiße Häftlinge in den USA bei dem Anteil der Selbstbeschädiger überrepräsentiert sind (250,251,103) – wieder ohne auf das Gesamtverhältnis von weißen zu farbigen Gefängnisinsassen einzugehen -, daß die Selbstbeschädiger typischerweise jung (250,103) und unverheiratet (103) sind und daß sie gewalttätiger (103) agieren sowie längere Haftstrafen zu verbüßen haben als die Häftlinge, die sich nicht beschädigen.

Diese Studienergebnisse lassen sich bedingt bei den befragten Häftlingen auf dem Hohenasperg überprüfen. Der erste auf dem Hohenasperg befragte Patient wird wegen seiner Selbstbeschädigung vor Antritt der Haft nicht berücksichtigt.

Der zweite Patient (Fall I.2.) wurde in der Türkei geboren. Seine Mutter hatte nach seiner Geburt noch dreimal geheiratet. Als er zehn Jahre alt war, wanderte die Mutter nach Deutschland aus. Er hatte sie dort besucht, mußte aber mit 13 Jahren wieder in die Türkei ausreisen. Hier lebte und versorgte er sich angeblich mehr oder weniger alleine. Dann ein Jahr später erfolgte die Ausreise nach Deutschland und der Besuch einer Hauptschule für zwei Jahre. Der Abschluß wurde aufgrund schlechter Deutschkenntnisse nicht geschafft. Im Anschluß besuchte er eine Vorschule zur Berufsschule. Zu dieser Zeit lebte er unter anderen mit der Mutter, den zwei Geschwistern und einer Tante zu neun in zwei Zimmern. Nebenher begann er früh, Gelegenheitsarbeiten anzunehmen. Er war 17 Jahre alt, als die Mutter einen neuen Mann kennenlernte, den sie heiratete. Eines Tages wurde das Elternpaar von der Polizei abgeführt, wobei es sich bei dem Grund hierfür am ehesten um die Verwicklung in Drogengeschäfte handelte. Der Patient zog dann ziellos durch die Gegend, wohnte bei Freunden, war obdachlos. Schließlich beging er nach eigenen Angaben eine Straftat, um „ein Dach über dem Kopf“ zu haben.

Der dritte Patient (Fall I.3.), zum Zeitpunkt der Befragung 26-jährig, wurde in Algerien geboren. Dort besuchte er 14 Jahre die Schule und übte dann einen Beruf als Elektrotechniker aus. Er wurde aufgrund eines „politischen“ Vergehens in Algerien verfolgt, woraufhin er 19-jährig nach Frankreich zu Verwandten flüchtete. Vier Jahre später erfolgte die illegale Einreise nach Deutschland. Die Verhaftung fand weitere zwei Jahre später wegen illegalen Aufenthalts statt.

Der vierte Patient (Fall I.4.) war zum Zeitpunkt der Befragung 33 Jahre alt. Er hat zwei Geschwister und wurde in Weimar geboren. Fünf Jahre nach seiner Geburt heiratete die Mutter erneut. Zu seinem Stiefvater, den er als streng beschrieb, schilderte er eine schlechte Beziehung. Die Ehe zerbrach fünf Jahre später. Er selbst besuchte eine Schule, später eine polytechnische Oberschule. Wegen untragbaren Verhaltens mußte er diese Schule verlassen. Ab dem dreizehnten Lebensjahr lebte er in einem Kinderheim. 16-jährig besuchte er einen Werkhof, da das Kinderheim ihn nicht länger behalten wollte. Ein Jahr später begann er eine Lehre als Maurer. Fünf Jahre später wanderte er für ein Jahr nach Griechenland aus. Dort erfolgte seine Verhaftung wegen illegalen Waffenbesitzes. Nach

seiner Rückkehr suchte er sich erneut Arbeit in Deutschland, die er rasch wegen der Arbeitszeit und der Bezahlung aufgab. Es folgten Zeiten der Arbeitslosigkeit und das Leben im Obdachlosenheim.

Der fünfte Patient (Fall I.5.) wurde 34-jährig befragt. Er wurde als zweites von insgesamt vier Kindern in Deutschland geboren. Von Geburt an leidet er unter einem Klumpfuß, der mehrfach operiert wurde und ihn erst im Alter von zehn Jahren laufen lernen ließ. Er besuchte die Volks- dann die Hauptschule, die er regulär abschloß. 16-jährig hatte er einen schweren Unfall mit Schädel-Hirn-Trauma und in der Folge epileptischen Anfällen. Nach 2½ Jahren brach er eine Maurerlehre ab. Er arbeitete nur noch als Gelegenheitsarbeiter. Mit 33 Jahren erfolgte eine einjährige Alkoholentzugstherapie. Weitere Angaben möchte der insgesamt sehr unruhige Patient nicht machen.

Der sechste, zum Zeitpunkt der Befragung 27-jährige Patient (Fall I.6.) wurde als mittleres von drei Kindern in Deutschland geboren. Er besuchte Grund- und Realschule mit dem Hauptschulabschluß. Es folgte eine Lehre als Elektroingenieur, die trotz mehrfach nicht bestandener Prüfungen abgeschlossen wurde. Seine Kindheit wurde als glücklich bezeichnet, obwohl er häufiger von seinen Eltern geschlagen wurde. Seit dem 22. Lebensjahr erfolgten mehrfache Inhaftierungen. und auch psychiatrische Behandlungen wegen einer paranoiden Psychose.

Somit schildern zumindest zwei (I.2. und I.4.) der auf dem Hohenasperg befragten Häftlinge widrige Familienverhältnisse mit teilweiser Obdachlosigkeit und dem Fehlen einer festen Bezugsperson. Vier der fünf Häftlinge wurden bereits vor dem 25. Lebensjahr erstmals straffällig. Es scheint sich somit trotz der geringen Anzahl an Befragungen, die Meinung der Literatur zu bestätigen, daß die sich selbst beschädigenden Häftlinge widrige Lebensumstände in sensiblen Zeiten der Entwicklung zu bewältigen hatten. Jedoch muß beachtet werden, daß sich nicht selbstbeschädigende Häftlinge nicht zu ihren sozialen Verhältnissen befragt wurden und daß somit nicht beurteilt werden kann, ob sie unter besseren Bedingungen aufwuchsen oder auch nicht.

1.3. Die kriminelle Seite

1.3.1. Kriminelle Auffälligkeiten

Wie an anderer Stelle berichtet (vgl. Kapitel 1.2.2.), existieren in der Literatur widersprüchliche Angaben hinsichtlich der Kriminalität von Häftlingen, die sich selbst beschädigen und solchen, die es nicht tun. Griffith hat 1990 (97) über eine größere Anzahl an Vorstrafen bei suizidalen Häftlingen im Vergleich zu den nicht-suizidalen Gefängnisinsassen berichtet, Ivanoff hat 1992 (154) keine Unterschiede in der kriminellen Karriere von sich selbstbeschädigenden und sich nicht selbstbeschädigenden Häftlingen feststellen können und schließlich hat Jones 1986 (249) eine größere Gewaltbereitschaft bei der Ausübung von Taten der Selbstbeschädiger beschrieben.

Karp et al. untersuchten 1991 19 Gefängnisinsassen in New York, die Gegenstände zum Zweck der Selbstverletzung geschluckt hatten (163). Zehn von ihnen waren wegen Gewaltverbrechen inhaftiert. Wie groß der Anteil der Gewaltverbrecher in diesem Gefängnis insgesamt war, wird leider nicht berichtet. Völlig konträr beschreiben Johnson und Britt 1967, daß die sich beschädigenden Häftlinge weniger Gewaltverbrechen begangen hatten als ihre Mitinsassen (265).

Weitere Studien (157,158,159) konnten zeigen, daß die Selbstbeschädiger in Haft zu weniger langen Haftstrafen verurteilt worden waren als diejenigen, die sich nicht selbst verletzt hatten, und daß die langen kriminellen Karrieren bei ihnen eher selten vorgekommen waren. Insgesamt hatten Selbstbeschädiger weniger und kürzere Haftstrafen in der Vorgeschichte.

Auch hier sind somit aufgrund der vorliegenden, extrem widersprüchlichen Literatur keine eindeutigen Aussagen möglich.

Die fünf im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg befragten, auswertbaren Patienten haben unterschiedliche kriminelle Vorgeschichten. Diese werden nach den Patientenangaben verwertet. Eine Überprüfung der juristischen Akten fand nicht statt.

Der erste Patient (Fall I.2.) hatte seit seinem ungefähr 19. Lebensjahr eine kriminelle Karriere, die mehrere Überfälle und Körperverletzungen aufwies.

Der zweite Patient (Fall I.3.) hatte sich ungefähr 20-jährig in seinem Heimatland Algerien „politisch nicht korrekt“ verhalten. Hierauf wurde er verfolgt, was zur Flucht über Frankreich nach Deutschland führte, wo er zwei Jahre später wegen illegalen Aufenthalts festgenommen wurde.

Der dritte Patient (Fall I.4.) begann 17-jährig mit Einbruch, dann Republikflucht. Es folgte die Verurteilung wegen einer falschen Bombendrohung, eines Überfalls und in Griechenland wegen illegalen Waffenbesitzes. Nach seiner Rückkehr nach Deutschland wurde er erneute wegen Überfalls mit Körperverletzung verurteilt.

Der vierte Patient (Fall I.5.) saß nach eigenen Angaben im Alter von 25 Jahren wegen versuchter Vergewaltigung in Untersuchungshaft. Drei Jahre später beging er das gleiche Vergehen, weswegen er erneut verurteilt wurde. Mit 34 Jahren ermordete er im Alkoholrausch die Freundin seiner Lebensgefährtin.

Der fünfte Patient (Fall I.6.) hatte eine lange Geschichte von Straftaten zu berichten. Erstmals war er 22-jährig in Haft, weil er eine wegen Körperverletzung auferlegte Geldbuße nicht bezahlen konnte. In der Folge saß er häufiger ein, wobei er sich an Einzelheiten angeblich nicht erinnern konnte. Dann beging er einen Überfall, dessen Strafe zur Bewährung ausgesetzt war. Er kam den Auflagen jedoch nicht nach, weshalb er erneut inhaftiert wurde.

Die kriminelle Karriere der Befragten begann also meist früh. Vier der fünf Häftlinge (I.2., I.4., I.5., I.6.) hatten Taten mit Körperverletzung begangen, wobei nicht beurteilt werden kann, wie brutal hierbei vorgegangen wurde. Dennoch scheint durchaus eine Gewaltbereitschaft bei den sich selbst beschädigenden Häftlingen vorzuliegen, wenngleich kein Vergleich mit inhaftierten, sich nicht verletzenden Probanden stattgefunden hat.

1.3.2. Einstellung zur Haftstrafe

Salzberg findet 1976 heraus, daß die sich selbst beschädigenden Häftlinge weniger häufig Fluchtversuche unternehmen und weniger häufig Disziplinarmaßnahmen provozieren (158) als ihre sich nicht selbst beschädigenden Mitinsassen.

Hier liegt die Vermutung nahe, daß sich die Aggression, die sich in den meisten Individuen entwickelt, die unter freiheitsentziehenden Maßnahmen leben, bei den Selbstbeschädigern nach innen entläßt, anstatt sich in Gewalt gegen andere, was allerdings wiederum Disziplinarmaßnahmen nach sich zöge, zu äußern.

Keiner der auf dem Hohenasperg befragten Häftlinge gab an, daß gegen ihn Disziplinarmaßnahmen wegen gewalttätigen Verhaltens gegenüber Mithäftlingen verhängt worden seien. Die juristische Akte wurde zu diesen Angaben nicht überprüft.

1.4. Die medizinische Seite

1.4.1. Somatische Krankheitsanamnese

Körperliche Erkrankungen, die gehäuft bei Selbstbeschädigern in Haft vorhanden sind, werden in der vorliegenden Literatur nicht untersucht und sind auch nicht Gegenstand von Nachforschungen.

Das Auftreten beziehungsweise Vorliegen psychischer Erkrankungen wird im folgenden Kapitel erörtert.

Von den auf dem Hohenasperg interviewten Patienten leidet einer (Fall I.4.) an starker Akne und Migräne. Außerdem berichtete er über epileptische Anfälle. Ein anderer Patient (Fall I.5.) leidet seit einem Schädel-Hirn-Trauma in seinem 16. Lebensjahr ebenfalls an Epilepsie. Dieser Patient wurde mit einem Klumpfuß geboren, der in der Folgezeit mehrfach operiert werden mußte. Ein Dritter (Fall I.6.) gab an, er habe als Jugendlicher eine traumatisch bedingte Trümmerfraktur des rechten Fußes erlitten, weshalb er seitdem gehbehindert sei.

1.4.2. Psychiatrische Krankheitsanamnese

Wie in Kapitel 1.2.2. beschrieben, fand Ivanoff 1992 (154) eine direkte Relation zwischen dem Vorliegen psychiatrischer Vorbehandlungen und dem Auftreten von Selbstbeschädigung bei Häftlingen. Seinen Angaben zufolge besteht ein zehnmal höheres Risiko, sich in Haft selbst zu verletzen, wenn zuvor eine psychiatrische Behandlung notwendig gewesen und erfolgt ist.

Turner und Tofler untersuchten 1986 die Insassen des Frauengefängnisses Holloway in Großbritannien (194). Sie versuchten, Indikatoren für psychische Erkrankungen bei den Frauen zu finden. Hierzu befragten sie 708 von insgesamt 2194 inhaftierten Frauen. Faktoren, wie soziales Umfeld, Länge der zu verbüßenden Haftstrafe und die Straftat selbst, ließen sie hierbei außer acht. Sie fanden bei 207 Frauen einen aktuellen Drogenmißbrauch, bei 125 Frauen eine psychiatrische Vorgeschichte und 195 Frauen gaben selbstbeschädigendes Verhalten an, ohne daß die Absicht hierfür näher untersucht wurde. Es gab Schnittmengen mit 37 Frauen, die alle drei Faktoren aufwiesen, 60 Frauen mit Drogenabusus und Selbstbeschädigung sowie 39 Frauen mit psychiatrischen Vorerkrankungen und Selbstbeschädigung.

Dies bedeutet, daß die Anzahl an psychiatrisch vorbehandelten und sich verletzenden Frauen in dieser Studie eher gering war (39 von 708 Frauen). Eine größere Gruppe von Häftlingen (86 Frauen) war zuvor wegen psychiatrischer Störungen aufgefallen, aber Selbstbeschädigung war hier nicht festzustellen.

Nach Franklin (1988) haben Selbstbeschädiger in Haft häufiger die Diagnose einer Borderline-Störung als hinsichtlich diesen Verhaltens unauffällige Mitinsassen (248).

Von den sechs im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg befragten Häftlingen sind vier zuvor psychiatrisch behandelt worden (Fälle I.1., 4., 5., 6.). Zwei von ihnen haben eine Suchttherapie hinter sich (Fall I.1.: Spielsucht, Fall I.5.: Alkoholentzug), einer ist eines fraglichen Suizidversuchs wegen (Sprung in den Neckar) therapiert worden (Fall I.4.), einer wegen einer paranoiden Psychose (Fall I.6.) und zwei wegen Suizidversuchen (Fälle I.1. und 5.). Diese Aussagen sind ihrer geringen Anzahl und der Heterogenität der

Patienten wegen (zwei wahrscheinlich suizidale (Fälle I.1. und 5.), einer offensichtlich psychisch krank (Fall I.6.)) statistisch nicht relevant.

Zusammenfassend läßt sich aufgrund widersprüchlicher Angaben keine Aussage zum Auftreten psychiatrischer Erkrankungen bei Selbstbeschädigern in Haft machen. Die Mehrzahl der Fälle in der Literatur deutet aber eine diesbezügliche Störung an – zumindest das gehäufte Vorliegen von Borderline-Persönlichkeiten. Allerdings fällt auf, daß in den meisten vorliegenden Artikeln die Mehrzahl der Häftlinge, unabhängig von ihrem selbstbeschädigenden Verhalten, psychisch auffällig geschildert wird.

1.5. Die Selbstbeschädigung und ihre Umstände

1.5.1. Die Selbstbeschädigung

Die Formen der Selbstbeschädigung in Haft sind vielfältig. Hierfür folgt eine Auswahl der in der Literatur reichlich vertretenen Fallbeispiele.

Bei einem 28-jährigen Häftling tritt rezidivierend eine Schwellung des Hals- und Gesichtsbereichs auf. Des weiteren finden sich radiologisch ein Mediastinalemphysem und beiderseits gering ausgeprägte Pneumothoraces. Perkutorisch besteht ein Hautemphysem im Bereich des Gesichts- und Halsbereichs (40). Dieser Patient hat ein unklares Krankheitsbild, wahrscheinlich durch Bisse in die Wangenschleimhaut mit anschließender Insufflation von Luft vorgetäuscht. Eine Überführung des Häftlings gelingt nicht. Lediglich aus der rasch eintretenden Heilung und der Harmlosigkeit des Verlaufs wird auf das Vorliegen einer Selbstbeschädigung geschlossen. Der Patient ist weder geständig, noch kann er demzufolge Motive für sein Handeln äußern.

Ähnliche Fälle werden in der Literatur mehrfach beschrieben. Das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose wird nicht berichtet.

Weit verbreitet ist das Schlucken verschiedener, meist metallischer Gegenstände in Haft (vgl. auch (63)). Tigges (247) hat in seiner medizinischen Dissertation zur

Selbstbeschädigung von Häftlingen 1934 ein buntes Sammelsurium an Kuriositäten dargelegt, das sicher an Abstrusität kaum übertroffen werden kann. Nicht nur die Größe der verschluckten Gegenstände variiert beträchtlich, sondern auch deren Anzahl. Entweder handelte es sich bei dem Patientengut von Tigges um psychisch Kranke oder aber um solche, welche die Verlegung in ein Krankenhaus zur Flucht zu nutzen versuchten.

Weitere Fälle werden 1977 von Arbab-Zadeh et al. (73) geschildert. Eine Auswahl: Ein 42-jähriger, zu lebenslanger Freiheitsstrafe Verurteilter schluckte ein Messer und drei weitere Metallgegenstände ohne Angabe von Gründen. Ein 31-Jähriger, der zu zwölf Jahren Haftstrafe verurteilt worden war, manipulierte eine Gabel, einen Schaschlikspieß und zwei weitere Metallgegenstände seinen Ösophagus hinunter. Ein 34-Jähriger schluckte zwei Messer, eine Zahnbürste, einen Löffel und zwei weitere Gegenstände.

Karp et al. untersuchten 1991 19 „schluckende“ Häftlinge in einem New Yorker Gefängnis (163). 14 von ihnen schluckten während ihres Aufenthalts in einer Haftanstalt, fünf während sie auf einer dem Gefängnis zugeordneten psychiatrischen Station waren. Alle Patienten schluckten scharfe oder spitze Gegenstände, üblicherweise Rasierklingen. Bei anderen Objekten handelte es sich um Glas, Zahnbürsten, Stifte oder Radioantennen. Drei Patienten gaben an, die Rasierklingen vor dem Schlucken eingewickelt zu haben, konnten aber nicht angeben, warum sie dies taten.

Das am häufigsten geäußerte Motiv hierbei war eine Suizididee mit Befehls-Halluzinationen (10 von 19). Sonst waren es (2 von 19) befehlende Stimmen ohne Suizidabsicht. 2 von 10 gaben Depressionen an, verbunden mit dem Willen, sich zu verletzen, aber sich nicht zu töten. Die Mehrzahl der Patienten litt an Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen, fünf weitere nur an letzterem. Ein einziger Patient von allen 19 hatte keine psychiatrische Diagnose. 14 Patienten wurden antipsychiatrisch behandelt. Kein Patient hatte vor seiner ersten Inhaftierung einen Gegenstand verschluckt. 18 der 19 waren psychiatrisch vorbehandelt.

Die sechs im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg befragten Häftlinge gaben teilweise mehrere Akte selbstverletzenden Verhaltens im letzten Zeitraum vor Verlegung

an. Ein Häftling (Fall I.1.) kann komplett nicht berücksichtigt werden, da er sich vor seiner Verhaftung verletzt hatte. Die bevorzugte Methode war das Schneiden (Fälle I.2.-6.). Dies spiegeln die vielfachen Literaturangaben wieder, die das Problem des Schneidens – aus der Anzahl der Veröffentlichungen geschlossen – gleich häufig beschreiben, wie das des Schluckens. Selbstverständlich überwiegen die Schilderungen extremer und exotischer Verletzungen.

1.5.2. Die Zahl der vorausgegangenen Selbstbeschädigungen

Ohne einen statistischen Wert zu ermitteln, läßt sich behaupten, daß die meisten Häftlinge, die sich selbst verletzen, dies repetitiv tun. Ist diese Form der Konfliktbewältigung einmal in dem Verhaltensmuster eines Menschen etabliert, so ist es schwer, unabhängig von einer Haftsituation, dieses zu beenden. Von Stereotypie ist in der Literatur die Rede. Des weiteren gibt es verschiedene Erklärungsmodelle für die Entstehung selbstbeschädigenden Verhaltens, die den Faktor der Aufrechterhaltung enthalten. Diese werden im dritten Kapitel dieser Arbeit ausführlicher erläutert.

Auffällig ist jedoch, daß es Menschen gibt, die sich zum ersten Mal selbst beschädigen und zwar dann, wenn sie inhaftiert sind (vgl. (163), allerdings bei psychisch kranken Gefängnisinsassen).

Für den sich immer wiederholenden Charakter von selbstverletzenden Handlungen scheinen auch die Aussagen der sechs im Justizvollzugskrankenhaus befragten Häftlinge zu sprechen. Vier (Fälle I.1., 2., 4., 5.) von ihnen gaben selbstbeschädigendes Tun in der Zeit vor ihrer Verhaftung an. Teilweise wurden diese als Suizidversuch bezeichnet (Fälle I.1., 4., 5.). Bei zwei der Befragten (Fälle I.3., 6.) trat die Selbstbeschädigung nur in der Haft, dann aber wiederholt auf.

1.5.3. Die Methode

Die Methoden der Selbstbeschädigung reichen vom Erhängen, wobei es sich hierbei meist um einen ernstzunehmenden Suizidversuch handelt (63), über das Schlucken von

Gegenständen bis hin zum Schneiden der Haut mit scharfen Gegenständen, um die häufigsten zu nennen. Um eine Wiederholung zu vermeiden, wird an dieser Stelle auf die genauere Auflistung der Formen, die sich im Ersten Teil der Arbeit befindet, verwiesen. Eine Übersicht der ebenfalls zur Selbstbeschädigung zählenden Simulanz, die bei Häftlingen sowie außerhalb von Gefängnissen zu beobachten ist, kann in dem entsprechenden Abschnitt im ersten Kapitel nachgelesen werden.

1.5.4. Der Zeitpunkt

Daß die ersten Tage der Haft und dann wieder der Zeitpunkt kurz vor der Entlassung die Phasen sind, in denen zumindest der Suizid am häufigsten auftritt, wurde bereits erwähnt (vgl. Kapitel II.1. (227,146,158,184,64,65,66,67)).

Weitere Untersuchungen beschäftigten sich mit der Jahreszeit, zu der Suizide häufiger durchgeführt werden, und fanden heraus, daß die Weihnachts- und Neujahrszeit die bevorzugten sind (63) (vergleiche hierzu auch die Angaben zum Zeitpunkt für Suizide außerhalb von Gefängnissen).

Dezidierte Untersuchungen zu einem möglichen, bevorzugten Zeitpunkt für das Auftreten von Selbstbeschädigung unter Haftbedingungen wurden in der Literatur nicht beschrieben. Auch anhand der auf dem Hohenasperg befragten Patienten läßt sich keine definitive Aussage zum Zeitpunkt machen.

1.5.5. Emotionen / Schmerzempfinden

Berichte über eine Veränderung des Schmerzempfindens bei der Durchführung der Selbstbeschädigung von Häftlingen liegen der Autorin nicht vor. Interessant ist aber, die entsprechende Ausführung über Selbstbeschädigung außerhalb von Haftanstalten zu diesem Thema zu lesen. Ein im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg interviewter Patient (Fall I.6.) gab an, beim Schneiden mit einer Rasierklinge am Unterarm keine Schmerzen verspürt zu haben. Zwei andere Patienten (Fälle I.2. und 3.) hatten sich

wegen Schmerzen nach dem Schneiden gemeldet. Hierbei wurde jedoch nicht exakt zwischen Schmerzen *während des* Schneidens oder *nach dem* Schneiden differenziert.

1.5.6. Drogenkonsum

Griffith hat 1990 Häftlinge, die einen Suizidversuch unternommen hatten, mit solchen, die nicht als suizidal aufgefallen waren, hinsichtlich Drogenkonsums verglichen (97). Hierbei stellt er fest, daß eine deutlich größere Anzahl der Häftlinge, die einen Selbstmordversuch hinter sich hatten, Drogen konsumierten (65,2% zu 26,1%). Die meisten Publikationen zum Thema der Selbstbeschädigung unter Haftbedingungen lassen jedoch den Drogenkonsum außen vor. Auch hierzu kann somit letztlich keine sichere Angabe gemacht werden.

Die fünf diesbezüglich verwertbaren Interviews, die im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg geführt wurden, spiegeln einen nicht unerheblichen Drogenkonsum mit Suchtverhalten zumindest vor der Haft wieder. Ein Patient (Fall I.3.) gab Haschischkonsum zu, den er 3 Jahren zuvor eingestellt hatte. Alkohol trank er in Maßen. Ein weiterer (Fall I.4.) trank viel Alkohol, wobei er die Menge nicht weiter quantifizierte. Auch ein dritter Patient (Fall I.5.) gab heftigen Alkoholkonsum von 10 Flaschen Bier pro Tag mit zusätzlichem Schnapsgenuß seit seinem 16. Lebensjahr an. Ein vierter (Fall I.6.) trank 4-5 l Bier pro Tag seit seinem 15. Lebensjahr. Zusätzlich gab er gelegentlichen Haschisch-, Kokain- und Rohypnol[®]-Abusus zu.

1.5.7. Morphologie der Wunde

Interessanterweise wird die Morphologie der Wunde bei Selbstbeibringung durch Häftlinge in der herrschenden Literatur nicht näher beschrieben.

Die am häufigsten vorkommenden Methoden der Selbstbeschädigung sind Erhängen, Schneiden und Schlucken. Beim Erhängen gibt es keinen Bericht, der die Strangmarke klassifiziert. Beim Schlucken existieren viele publizierte Röntgenaufnahmen, doch die Beschaffenheit einer Wunde wird auch hier nicht näher analysiert.

Anders verhält sich dies beim Schneiden. Jedoch gibt es weder Artikel, die sich mit der Morphologie, noch welche, die sich mit der Tiefe der Schnitte beschäftigen. Daß es hier ein extremes Ungleichgewicht in der Anzahl der Veröffentlichungen zwischen Selbstbeschädigung unter Haftbedingungen und außerhalb von Gefängnissen gibt, mag daran liegen, daß die Häftlinge keine Zweifel über die Selbstbeibringung aufkommen lassen, während außerhalb von Haftanstalten Zurückhaltung geboten ist und viel häufiger zwischen Fremd- und Selbstbeibringung unterschieden werden muß. Das Betrachten der Morphologie der Wunde ist ein Kriterium, welches die Diskriminierung erleichtert.

1.5.8. Motive

Um die Selbstbeschädigung unter Haftbedingungen besser einordnen zu können, ist die Analyse der Motive wesentlich. Bei näherer Betrachtung kristallisiert sich heraus, daß sich die Selbstbeschädigung unter Haftbedingungen im wesentlichen in drei Motivarten unterteilen läßt:

Zur ersten gehört die Selbstbeschädigung, die durchgeführt wird, um ein Ziel zu erreichen. Dies kann mit Täuschungsabsicht vor sich gehen, wenn ein Häftling beispielsweise eine schwere Erkrankung simuliert, wobei er sich hierzu selbst mehr oder weniger beschädigt. Oder das manipulative Verhalten findet ohne eine Täuschungsabsicht statt, wenn ein Häftling Gegenstände schluckt, um in ein Krankenhaus verlegt zu werden oder um andere persönliche Vorteile zu erreichen.

Die zweite Form wird von psychisch kranken Häftlingen verübt. Diese Art der Beschädigung wird wegen des fraglichen Vorsatzes vom Hauptthema der Arbeit ausgeschlossen.

Die dritte Gruppe selbstverletzenden Verhaltens ist die des Gefangenen, der sich aus zunächst undurchsichtigen Motiven schneidet. Dies kann dem Zweck dienen, Spannung abzubauen oder kann Ausdruck eines nach innen gerichteten Aggressionsimpulses sein. Bei dieser Art der Selbstverletzung ist von Interesse, ob gleiches Verhalten als Mittel zur Konfliktlösung bereits vor der Haft ausgeübt wurde oder ob es die Haftsituation ist, die

diese Form der Autoaggression hervorruft, und ob beispielsweise eine Änderung der Haftbedingungen das Auftreten selbstverletzenden Verhaltens limitieren könnte.

Abzugrenzen sind alle drei Gruppen von den Suizidversuchen, was in Ausnahmefällen schwerfällt. Die häufig gehörte Aussage, „Ich habe das nicht mehr ausgehalten“, muß sich nicht auf das ganze Leben mit einem konsekutiven Todeswunsch beziehen, sondern kann Ausdruck einer situativ bedingten Depression sein.

Rosen beschreibt 1989 Selbstbeschädigung bei Jugendlichen, die straffällig geworden beziehungsweise schwer erziehbar sind, als Kommunikationsmittel (54). Sie wird ausgeübt, um Wut, Eifersucht oder Zuneigung auszudrücken. Eventuell sind hier Analogien, zu dem selbstverletzenden Verhalten von Häftlingen zu ziehen. Die Selbstbeschädigung dient beispielsweise als Mittel, um Unzufriedenheit mit den herrschenden Umständen auszudrücken. Diese Sichtweise wird von den Autoren der aktuellen Literatur bislang nicht vertreten, erscheint aber denkbar.

Franklin befragte 1988 Häftlinge (248), die sich selbst verletzten und von denen 50% Manipulation als ihr Ziel angaben. Dies entspricht der Meinung, die auch Tigges in seiner Arbeit vertritt (247), nämlich daß die meisten der Gefängnisinsassen, die selbstverletzendes Verhalten zeigen, dieses dazu benutzen, in ein Krankenhaus verlegt zu werden, um danach diesen Wechsel zu einem Fluchtversuch zu mißbrauchen. Auch bei Prokop und Göhler (1976) (14) findet man Simulanz oder Selbstbeschädigung bei Straf- und Untersuchungsgefangenen meist deshalb, weil sie sich durch die Verlegung in ein Haftkrankenhaus einen angenehmeren Aufenthalt verschaffen wollen oder weil sie annehmen, von der Krankenabteilung aus leichter entfliehen zu können. Hierfür sprechen in der Literatur viele der berichteten Fälle, beispielsweise erwähnen Kürkcıyan et al. den Fall eines 28-jährigen Chilenen, der eines Mediastinalempyems wegen auf einer Krankenstation beobachtet werden sollte, von woraus ihm die Flucht gelang (40).

Diese Erklärung mag in vielen Fällen zutreffen, doch macht es sich derjenige, der in ihr die einzig mögliche Motivation zur Selbstbeschädigung sucht, zu einfach. Mittlerweile gibt es gut gesicherte Justizvollzugskrankenhäuser, von woraus die Flucht nicht leichter

gelingt als aus Justizvollzugsanstalten. Allerdings werden von den Häftlingen die Bedingungen, die hier herrschen, als besser beschrieben (vgl. Fall I.5.), so daß der Wunsch nach Verlegung durchaus als Argument angeführt werden kann.

Ein anderer Erklärungsansatz für das Auftreten von Selbstbeschädigung ist der psychologische, der nach Sluga und Grünberger (1969) besagt, daß die Häufigkeit von Selbstbeschädigung bei Häftlingen mit dem Auftreten eines sogenannten funktionellen Psychosyndroms korreliert, das eine Persönlichkeitsreaktion auf eine längere Freiheitsstrafe darstellt, die sich durch Störungen im Gefühlsleben, in der Auffassung und im Denken sowie durch Änderungen in der Kontaktfähigkeit und im Lebensstil äußert (36).

Die sechs auf dem Hohenasperg befragten Patienten gaben unterschiedliche Motive für ihr Verhalten an. Fall I.1. ist hierbei separat zu betrachten, da der Patient sich bereits vor seiner Verhaftung selbst beschädigt hatte.

Der zweite Patient (Fall I.2.) gab an, daß die Haftsituation mit einem schweigsamen Algerier zusammen in einer Zelle unerträglich gewesen sei. Hierauf habe er, nachdem sein Gesuch um Verlegung in eine andere Zelle abgelehnt worden sei, daran gedacht, sich aufzuhängen. Es sei ihm aber besser gegangen, nachdem er alles dazu vorbereitet hatte. Am Tag danach sei seine Bitte um Verlegung erneut abgewiesen worden, woraufhin er versucht habe, sich die Pulsadern aufzuschneiden. Er gab dezidiert hierzu an, er habe sich nicht das Leben nehmen wollen.

Der dritte Patient (Fall I.3.) gab an, er habe den unerträglichen Haftbedingungen seiner vorherigen Vollzugsanstalt – wo man ihn angeblich geschlagen hatte – entkommen wollen. Auch er distanzierte sich von Suizidalität. Da die Schnitte chirurgisch versorgt werden mußten, wurde dieser Patient auf den Hohenasperg verlegt.

Der vierte Patient (Fall I.4.) hatte versucht, sich mit Rasierklingen die Pulsadern aufzuschneiden. Er gab an, sich krank und hoffnungslos zu fühlen. Eine Aussage zur Suizidalität konnte er nicht machen; der Grund für seine Selbstbeschädigung bleibt unklar.

Der fünfte Patient (Fall I.5.) gab verschiedene Gründe für sein selbstverletzendes Verhalten an – er hatte sich durch parallele Schnitte am Unterarm verletzt und war drei Tage zuvor in den Hungerstreik getreten. Zum einen habe er es in seiner Zelle, wo alle Mithäftlinge nur über ihre Pläne nach der Entlassung redeten, nicht ausgehalten. Zum anderen plage ihn die Angst vor dem bevorstehenden Prozeß, bei dem die Angehörigen seines Mordopfers sicher anwesend seien, was ihm unerträglich sei. Kurz vor seiner Selbstbeschädigung hatte man ihm gesagt, er solle zu einem Gutachten nach Tübingen verlegt werden, was er strikt ablehnte, da er dort zwei Beamte kenne, was ihm unangenehm sei. Hierauf habe er sich bei der ersten Gelegenheit mit einer Rasierklinge geschnitten. In Erwartung der bevorstehenden Verhandlung gab dieser Patient zudem auch suizidale Gedanken an. Letztlich sei er aber froh, im Justizvollzugskrankenhaus zu sein, weil die Bedingungen besser seien und es in seiner vorherigen Vollzugsanstalt nur „Wanzen und Flöhe“ gebe.

Der sechste Patient hatte sich in Haft mehrfach geschnitten. Einmal habe er sich das Wort „Afrika“ in den rechten Unterarm geritzt, da dort seine verpaßte Chance liege. Er gab ausdrücklich die Haftbedingungen als Motiv für seine Selbstverletzung an. Nach 72 Stunden in Einzelhaft sei er „fast wahnsinnig“ vor Einsamkeit geworden. Hierauf habe er sich mit einer Rasierklinge am rechten Unterarm geschnitten. Er gab an, er habe sich das Leben nehmen wollen. Er habe dann aber nach den ersten Schnitten ein Nachlassen der inneren Spannung verspürt. Daraufhin habe er aufgehört.

Zusammenfassend meint man, aus drei Aussagen von den fünf bewerteten der sechs befragten Häftlinge auf dem Hohenasperg (I.2., I.3., I.5.) Motive herauszuhören, die nahelegen, daß durch die Selbstbeschädigung eine bestimmte Maßnahme erzwungen oder abgewendet werden sollte. Die beiden anderen Häftlinge jedoch scheinen aus einem inneren, ihrerseits nicht näher klassifizierbaren Impuls heraus, sich selbst verletzt zu haben, wobei eine Suizidalität keine Rolle zu spielen scheint. Ob der Häftling, der in I.6. beschrieben wird, hierbei tatsächlich nur die von ihm beschriebene innere Spannung abbauen wollte oder ebenfalls die Bedingung der Einzelhaft zu verbessern suchte, also ihm doch manipulative Beweggründe nachgesagt werden könnten, ist nicht sicher zu klären.

1.5.9. Einstellung der Patienten bezüglich ihres selbstverletzenden Verhaltens

Ein anonymes Zitat einer Gefängnisinsassin, die sich selbst verletzte, lautet: *“Slashing releases tension. Pain and anger would disappear. It’s the hopelessness of doing time. Waiting, waiting, waiting. What was I waiting for? Life to end or life to begin?”* (147)

Darüber hinaus kommen die Häftlinge in der Literatur hinsichtlich ihres selbstverletzenden Verhaltens nicht oft zu Wort.

Die auf dem Hohenasperg befragten sechs Patienten machten die Angaben über ihr Motiv für das selbstverletzende Verhalten, die im Abschnitt 1.5.8. *Motive* erwähnt sind. Keiner bezeichnete sein Verhalten als Krankheit und keiner suchte diesbezüglich Hilfe.

1.5.10. Das Entdecken der Selbstbeschädigung

In der Literatur wird das Vorliegen einer Selbstbeschädigung bei Häftlingen meist aufgrund der Umstände vermutet und dann der Betroffene darauf angesprochen. Einige geben hierauf die Selbstbeibringung zu. Ein derart gelagerter Fall wird von Kürkciyan et al. 1993 beschrieben (40), bei welchem aufgrund des benignen Verlaufs und des erfolgten Fluchtversuchs nach Vorliegen eines Mediastinalemphysems der Verdacht auf Selbstbeibringung nahe lag. Ein Valsalva-Manöver wurde vermutet, konnte aber letztlich nicht bewiesen werden. Der Häftling hatte eine Selbstbeibringung nicht zugegeben.

Bei den befragten Patienten auf dem Hohenasperg führten verschiedene Methoden zur Entdeckung: Zwei Patienten waren „gefunden“ worden (Fälle I.2. und I.5.). Einer (Fall I.4.) hatte sich selbst unmittelbar wegen Schmerzen gemeldet und einer (Fall I.6.) am Folgetag. Ein Patient machte hierzu keine Angaben.

1.5.11. Konsequenzen der Selbstbeschädigung

Die Literatur beschränkt sich auf Vorschläge, wie selbstverletzendes Verhalten zu behandeln sei. Diese Empfehlungen, die oft disziplinarische Maßnahmen vorsehen, werden im dritten Teil der Arbeit behandelt.

Über spezielle Maßnahmen, die den selbstbeschädigenden Taten der Häftlinge auf dem Hohenasperg folgten, wurde von offizieller Seite nichts berichtet. Unmittelbare Folgen des Verhaltens waren jedoch sowohl die Verlegung in das Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg als auch eine psychiatrische Untersuchung zur Einschätzung der Suizidalität. Ob sich hieraus eine Psychotherapie ergab oder der Häftling mit disziplinarischen Maßnahmen zu rechnen hatte, ob sich das Verhalten repetitiv gezeigt hatte oder eine medikamentöse oder anderweitige Therapie initiiert wurde, ist nicht bekannt.

Auch die eigenen Fälle aus dem Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg berichten lediglich über ihre Verlegung ins Krankenhaus.

2. Die Selbstbeschädigung außerhalb der Haft

2.1. Die persönlichen Daten

2.1.1. Herkunft

Über die Herkunft der Personen, die sich selbst beschädigen, wird in der aktuellen Literatur wenig und spärlich berichtet. Selten sind die sozialen Hintergründe beleuchtet oder gar in eine Beziehung zu dem selbstverletzenden Verhalten gesetzt. Wenige Autoren erwähnen die Erziehung oder die Ausbildung, wie im folgenden Kapitel erläutert. Lediglich Prokop und Göhler (14) wagen die These, daß zumindest die Art des selbstbeigebrachten Artefakts weitgehend vom Intelligenzgrad des Betreffenden abhängt. Bei primitiven Personen würde somit häufiger die Haut, bei intelligenteren Personen die inneren Organe bevorzugt. Für diese sehr verallgemeinernde Aussage braucht man allerdings nicht viel Phantasie. Ähnlich kann man sich vorstellen, daß ein „kluger“ Kopf hinter einem raffiniert ausgeklügelten Mordplan im Vergleich zum geistigen Aufwand, der das Erschlagen eines Kontrahenten erfordert, stecken mag.

Bei den 40 der Gerichtsmedizin Tübingen vorliegenden Fällen von Personen, die sich selbst verletzten und dann aus unterschiedlichen Motiven die Tat als Fremdbeibringung zur Anzeige brachten, gab eine Person (Fall II.8.) sieben Vorfälle zu Protokoll, so daß insgesamt 34 Personen beurteilt wurden. Das Alter liegt zwischen 13 und 43 Jahren. Über die Herkunft der Personen wird wenig protokolliert – eine von ihnen ist Kroatin, einer Spanier.

2.1.2. Entwicklung / Ausbildung

Die Angaben über die Entwicklung und die Ausbildung der sich selbst beschädigenden Personen sind spärlich. Die Berufe und die diesbezüglich interessierenden Daten werden eher beiläufig in der aktuellen Literatur erwähnt. Nur in einer Minderzahl der Fälle wird eine Verbindung zwischen der Entwicklung und der Selbstbeschädigung gezogen.

So berichten Pollack, Reiter und Stellwag-Carion 1987 über vier Fälle von Selbstbeschädigung (23). Sie erwähnen, daß es sich bei den Personen um einen 16-jähriger Schüler, eine 20-jährige Angestellte, einen 28-jährigen Hilfsarbeiter und einen 58-jährigen Techniker handelt. Alle vier geben fälschlicherweise Fremdbeibringung in Art und Weise eines fingierten Überfalls für ihre selbstzugefügten Verletzungen an. Bei dem Motiv des 28-jährigen Hilfsarbeiters handelt es sich um die Dissimulation eines Suizids.

Pedal berichtet 1994 über den Fall einer 26-jährigen, ledigen Patientin, die sich selbst verletzte (39). Interessant ist der Fallbericht von Marty, Sigrist und Bär über einen 55-jährigen Ingenieur, der sein Bein in flüssigen Stickstoff zum Erhalt einer Unfallversicherungssumme tauchte (41). Diese Arbeit versucht auch, einen Zusammenhang statistischer Natur zwischen den epidemiologischen Daten und dem Vorkommen von Selbstbeschädigung herzustellen. Wie schon Dotzauer und Iffland 1976 (29) finden sie heraus, daß die Selbstbeschädiger, die sich verletzen, um einen Versicherungsfall vorzutäuschen, meist männlich, jünger als 40 Jahre und von höherem Ausbildungsstand sind.

Häufiger als die Ausbildung werden traumatische (Kindheits-)Erlebnisse reflektiert. So beschreibt Green 1978, daß sich 41% einer Gruppe von physisch und sexuell mißbrauchten Kindern durch Kopfschlagen, Beißen, Verbrennen und Schnippeln selbst verletzten (59). Ähnliche Erfahrungen machten Rosenthal und Rosenthal, die 1984 16 Fälle von Kindern zwischen zweieinhalb und fünf Jahren beschreiben, die sich suizidal und selbstbeschädigend verhielten und ein vermindertes Schmerzempfinden zeigten. Alle 16 waren mißbraucht und vernachlässigt worden. Auch finden andere psychische Traumata, wie beispielsweise Kriegserlebnisse, in der Literatur Erwähnung (62).

Van der Kolk, Perry und Herman untersuchten 1991 in einer Studie Kinder und Jugendliche, die drei Arten von Traumata durchlebt hatten: In Form von physischer Gewalt und sexuellem Mißbrauch und als Zeugen häuslicher Gewaltszenen (55). Außerdem wurden sie in drei Altersgruppen eingeteilt: 0-6 Jahre, 7-12 und 13-18 Jahre. Diese Versuchspersonen beantworteten Fragebögen, nach deren Auswertung sie in 32% der Fälle die volle Diagnose einer Borderline-Persönlichkeit erfüllten, 23% erfüllten nur

manche Kriterien dieses Krankheitsbildes, 26% hatten eine antisoziale Persönlichkeitsstörung, 34% eine schizotypische und 59% zeigten bipolare Veränderungen in ihrer Persönlichkeitsstruktur. Im Resultat konnte gezeigt werden, daß von den drei Traumaformen die des sexuellen Mißbrauchs am stärksten mit dem Auftreten aller Formen der Selbstbeschädigung korrelierte. Dagegen unternahmen die Jugendlichen, die Zeugen häuslicher Gewaltszenen gewesen waren, am häufigsten Suizidversuche, hatten aber keine erhöhte Prävalenz anderer Selbstverletzungsformen.

In bezug auf das Alter kann gesagt werden, daß je früher das Trauma auftritt, um so früher beginnen die Kinder mit dem Schnippeln oder mit einer vergleichbaren Form des selbstbeschädigenden Verhaltens. Wird das Trauma erst in einem Alter ab 7 Jahren erlebt, so resultieren häufiger Suizidversuche. Spätes Durchleben einer als traumatisch empfundenen Lebenssituation, beispielsweise erst im Alter zwischen 13 und 18 Jahren, hat häufiger eine erhöhte Suizidalität und das vermehrte Auftreten von Anorexie zur Folge.

Auch Ivanoff bringt im Jahre 1992 traumatische Erlebnisse in der Anamnese in eine enge Verbindung zu selbstbeschädigendem Verhalten (154).

Greenspan et al. (99) beschreibt drei Fälle von Frauen, die nach einem gewaltsamen Überfall beginnen, sich selbst oberflächlich zu schneiden. Analog hierzu beschreiben Burgess und Holmstrom 1974 ein Syndrom, welches gehäuft nach Überfällen auftritt und sich in Angst, Depression, Appetitverlust, Schlaflosigkeit, Alpträumen, sozialem Rückzug, verlängerten Gefühlen von Schuld oder Scham und einer großen Anzahl an Veränderungen des Lebensstils äußert (100).

Allgemein beschreibt Pao schon 1969, sehr übereinstimmend mit der aktuellen Literatur, die sozialen Faktoren, die bei Selbstbeschädigern – hier allerdings durchweg mit Borderline-Persönlichkeit – zu finden sind (180). Er beobachtete diese bei 27 Patienten, vorwiegend Frauen, die sich selbst Schnittwunden zufügten. Im einzelnen untersuchte er die Korrelation zwischen den persönlichen Bindungen der Kindheit und dem selbstverletzenden Verhalten. So fand er, daß die Mutter im Leben der untersuchten

Personen zumeist die zentrale Rolle spielt. Der Vater wird als eher schwach empfunden geschildert. Die Mutter zeichnet sich typischerweise durch einen Mangel an Fürsorge aus. Eine dieser Frauen gab sogar zu, sie habe Angst, Säuglinge zu berühren. Das traumatische Erleben des von dieser Person aufgezogenen Kindes kann nachempfunden werden. Diesen Mangel an Emotionalität und fürsorgender Zuwendung seitens der Mutter macht Pao für die in der Kindheit verursachte Fehlentwicklung bei diesen untersuchten Frauen, die in selbstbeschädigendem Verhalten gipfelt, mitverantwortlich.

Des Weiteren wird regelmäßig ein häufiger Wechsel in der Qualität und der Quantität der mütterlichen Aufmerksamkeit beschrieben, sei es durch Krankheit oder Tod der Mutter, Geburt eines Geschwister oder durch die wechselnde Betreuung durch mehrere Kindermädchen. Die Kinder selbst wurden seit frühester Kindheit als viel mehr an Personen als an Objekten interessiert befunden. Die Patienten wurden in dem Glauben erzogen, sie seien zu aggressiv und damit „schlecht“. Hiermit wurde der Grundstein für ihre Furcht vor der eigenen Aggression gelegt, die sich demzufolge nach innen, gegen sich selbst, richtete. Alle Patienten waren bis zur Pubertät frei von therapiebedürftigen Symptomen. Eine soziale Isolation taucht häufig rein zufällig in der Anamnese auf. Die oberflächlichen Beziehungen wurden meist durch Imitation oder Clownerien erworben. Zwischen 12 und 14 Jahren begannen die meisten Patienten mit der Selbstbeschädigung.

Die 34 vom Institut für Gerichtliche Medizin begutachteten Personen, die wegen des Verdachts auf einen fingierten Überfall untersucht wurden, waren überwiegend Angestellte. Im einzelnen aufgeführt, gingen 11 noch zur Schule (davon einer zur Berufsschule), eine Person war Haushaltspraktikantin, eine Friseurin, eine angehende und eine fertig ausgebildete Zahnarzthelferin, zwei waren Hausfrauen, eine war kaufmännische Angestellte, zwei waren berufslos. Weitere Personen waren: ein Bäcker, ein selbständiger Geschäftsmann, ein Berufssoldat, eine Tierarzthelferin, eine Küchenhilfe, ein Kaufmannslehrling, eine Metzgereiverkäuferin, eine Kosmetikerin, ein Lehrling, ein Getränkehändler, eine Einzelhandelskauffrau, ein Gärtner und eine Dolmetscherin. Bei einer Person erfolgte keine Aussage über den Beruf. Die Entwicklung, wie Trennung von den Eltern, Anzahl der Geschwister, Traumata und

dergleichen, wurde nicht explizit erfragt und kann somit zur Bewertung nicht berücksichtigt werden. Lediglich deutliche Auffälligkeiten in der Anamnese wurden erwähnt. So litt eine 16-jährige Schülerin (Fall II.13.) an einer enormen Adipositas und hatte in der Vorgeschichte bereits mehrere frustrierende Abnehmversuche unternommen. Eine 25-jährige Patientin (Fall II.16.) gab an, masochistisch veranlagt und seit dem 12. Lebensjahr von ihrem Vater sexuell mißbraucht worden zu sein. Eine 16-jährige Schülerin (Fall II.28.) beschäftigte sich intensiv mit schwarzer und weißer Magie. Sie ging zweimal pro Woche in eine Neuapostolische Kirche und fürchtete, deshalb diskriminiert zu werden. Sie behauptete, von einer Gruppe von „Grufties“ (schwarz gekleidete Jugendliche mit weiß geschminktem Gesicht) angegriffen worden zu sein.

Eine 14-jährige Schülerin (Fall II.29.) wurde befragt, da sie behauptet hatte, auf dem Schulweg überfallen worden zu sein. Hier werden desolate häusliche Verhältnisse berichtet, beide Eltern sind Alkoholiker, und es kommt häufig zu Streitereien. Auch eine 13-jährige Schülerin (Fall II.33.) lebt unter widrigen häuslichen Umständen. Der Vater ist trockener Alkoholiker; die leibliche Mutter starb früh. Mit der Stiefmutter kommt die Untersuchte nicht gut aus; sie bezeichnete sie sogar als „Hexe“.

2.1.3. Charaktere

Holitzner betont 1993, daß die Charakterstruktur von Selbstbeschädigern eine narzißtische ist (74). Diese Aussage taucht in mehreren Publikationen auf, die zumeist vom psychologisch / psychiatrischen Standpunkt aus veröffentlicht werden. Winchel und Stanley schreiben 1991, daß impulsives, selbstverletzendes Verhalten bei nicht-psychotischen, intellektuell normalen Individuen entweder als Kontrollverlust über Impulse oder als ein Symptom einer Borderline-Störung spezifiziert werden könne (101). Also, auch hier die Erwähnung einer psychiatrisch und häufig angetroffenen Diagnose der Borderline-Störung, wie sie in oben genannter Studie von Van der Kolk, Perry und Herman 1991 ebenfalls beobachtet wird. Sieht man von dieser Störung ab, bleibt der Kontrollverlust über (aggressive) Impulse. In der Arbeit wird impliziert, daß Selbstbeschädiger vielleicht unbeherrschter, jähzorniger sind als andere oder in

Konfliktsituationen nur über ein beschränktes Repertoire an Möglichkeiten eines Ausgleichs verfügen.

Pattison et al. prägen 1983 den Begriff des "deliberate self-harm syndrome" (56), nachdem sie 56 publizierte Fälle von Selbstbeschädigern analysiert und die Personen mit einer Tötungsabsicht, die psychotischen und die geistig behinderten Individuen ausgeschlossen haben. Gemeinsamkeiten waren zu erkennen: Ein durchweg geringer Verletzungsgrad, mehrfaches Selbstbeschädigen und das bezeichnenderweise zum Zeitpunkt der Adoleszenz beginnende Verhalten. Die Untersucher fanden nicht, daß diese Personengruppe unter einer speziellen Persönlichkeitsstörung litt und prägen deshalb den oben genannten Begriff des freiwilligen Selbstverletzungs-Syndroms. Inwieweit dieses Verhalten dem Charakter zuzurechnen ist, ob Lernmodelle eine Rolle spielen, wird nicht näher differenziert.

2.2. Die Kriminelle Seite

2.2.1. Kriminelle Auffälligkeiten

Zur Frage, ob die Personen, die sich selbst verletzen, häufiger zu strafbaren Handlungen egal welcher Art tendieren, wird in der Literatur wenig berichtet. Anders als bei den sich selbst beschädigenden Häftlingen, die nach besonders gewalttätigen Verbrechen in ihrer Vorgeschichte befragt und eingeordnet werden, ist die kriminelle Karriere der Personen, die sich außerhalb von Haftanstalten verletzen, deutlich seltener berücksichtigt worden. Eine diesbezügliche Untersuchung zu diesem Thema kann in der aktuellen Literatur nicht gefunden werden.

Auch bei den Patienten, die der Gerichtsmedizin Tübingen nach selbstverletzenden Sachlagen zur Begutachtung vorgestellt wurden, spielte die kriminelle Vorgeschichte eine untergeordnete Rolle. Somit kann nur wiedergegeben werden, was aus den Tathergangsschilderungen der „Opfer“ herauszuhören ist. Eine der 34 von dem Institut für Rechtsmedizin untersuchten Patientinnen (Fall II.8.1.-8.7.) gibt den Diebstahl eines Rings zu. Zwei weitere Personen (Fälle II.11., II.19.) beschreiben einen Überfall, bei dem

sie – angeblich in Notwehr – den Kontrahenten ermorden. Von den insgesamt 34 Personen wird aber in keinem Fall über eine vorausgegangene Haftstrafe berichtet. Auch die in der Literatur beschriebenen Selbstbeschädiger, die sich außerhalb von Haftanstalten verletzen, haben häufig eine deutlich längere psychiatrische als kriminelle Vorgeschichte.

2.3. Die medizinische Seite

2.3.1. Somatische Krankheitsanamnese

Über somatische Erkrankungen von sich selbst beschädigenden Personen wird wenig berichtet. Ausnahme bilden hier die eingangs erwähnten, genetisch bedingten Syndrome, wie das Lesch-Nyhan-Syndrom, welche allesamt mit einer geistigen Behinderung einhergehen. Weitere somatische Erkrankungen, und seien sie noch so weit verbreitet, werden nicht erwähnt. Offenbar wird ihnen in der aktuellen Literatur keine Bedeutung beigemessen. Sie werden somit nie in einen Zusammenhang mit selbstverletzendem Verhalten gebracht.

Um so mehr wird über das Auftreten von Selbstbeschädigung bei psychisch Kranken berichtet, wobei die psychiatrische Diagnose oft hinter die eigentliche, meist spektakuläre Fallschilderung zurücktreten muß und nur in einem Nebensatz erwähnt wird.

Von den 34 Personen, die im Institut für Gerichtliche Medizin Tübingen wegen des Vortäuschens fingierter Überfälle untersucht wurden, ist eine 17-jährige Gymnasiastin (Fall II.21.), die sich ein Hakenkreuz auf die linke Wange ritzte und Fremdbeibringung vortäuschte. Diese junge Frau ist seit eineinhalb Jahren vor dem betreffenden Ereignis querschnittsgelähmt, ohne daß eine somatische Ursache gefunden wurde. Eine andere, 16-jährige Schülerin, leidet an einer Adipositas permagna. Weitere somatische Erkrankungen sind aus den Schilderungen nicht herauszulesen.

2.3.2. Psychiatrische Krankheitsanamnese

Blondel (3) gibt 1906 an, daß jeder Selbstbeschädiger ein abnorm gearteter Mensch sei. Lochte schließt sich 1913 der Meinung an (20), daß derartige Fälle in das Gebiet des Psychiaters fallen.

Zu Anfang des letzten Jahrhunderts wurde in der Literatur angenommen, daß generell irgendeine Form der Geisteskrankheit hinter selbstverletzendem Verhalten stehen muß. Noch 1967 schreibt Olsen dann: "Psychial disorder is always the underlying factor" (10). Auffallend häufig wird von Patienten mit einer hysteriformen Neurose oder einem Borderline-Syndrom berichtet, die bzw. das früher oder später in der Entwicklung ihrer Krankheit selbstzerstörerische Tendenzen aufweist.

Auch einige der Personen, die vom Institut für Rechtsmedizin Tübingen untersucht wurden, weil sie sich mit Verletzungen bei der Polizei präsentiert hatten, die nicht zu der Tathergangsschilderung paßten und somit auf Selbstbeibringung schließen ließen, hatten häufig psychiatrische Auffälligkeiten. So wurde eine 29-Jährige, die insgesamt sieben Überfälle zur Anzeige brachte (Fall II.8.1.-7.), psychiatrisch untersucht. Man äußerte den Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung im Sinne einer infantilen, retardierten Persönlichkeit mit unerfüllten Zuwendungs- und Geborgenheitswünschen. Ihr wurde eine stationäre Behandlung angeraten, die sie jedoch ablehnte. Nach der Schilderung des insgesamt sechsten fingierten Überfalls wurde sie in die geschlossene Abteilung einer psychiatrischen Landeslinik eingewiesen, weil die hinzugezogene Psychiaterin eine tiefe Depression mit Suizidalität diagnostizierte. Ebenso wurde während dieses stationären Aufenthalts die Diagnose eines Münchhausen-Syndroms gestellt.

Eine weitere 28-jährige Patientin (Fall II.10.) war bei der Untersuchung weinerlich mit im Wechsel aggressiven Phasen. Eine Präpsychose ist bei ihr denkbar.

Eine 25-jährige Tierarzhelferin (Fall II.16.) gab mehrere Vorfälle von tätlichen Angriffen und Vergewaltigungen an. Sie wurde ärztlicher- und polizeilicherseits als psychisch krank eingestuft.

Auch die bereits erwähnte 17-jährige Gymnasiastin (Fall II.21.), die seit eineinhalb Jahren vor dem geschilderten Überfall ohne erkennbare somatische Ursache querschnittsgelähmt in einem Rollstuhl sitzt, ist wahrscheinlich psychosomatisch erkrankt.

Unter Anorexie leidet die 26-jährige berufslose Patientin (Fall II.22.), die deswegen mehrfach bereits psychiatrisch behandelt wurde. Sie wurde als psychisch instabil eingestuft und lebt in einer Wohngemeinschaft, die von Sozialpädagogen und Psychologen betreut wird.

Zumindest mit psychischen Problemen behaftet, wurde die 19-jährige Patientin (Fall II.26.), die ebenfalls einen Überfall durch einen Mann geschildert hatte, von ihrer Hausärztin beschrieben. In den fünf Monaten seit Beginn ihrer psychischen Auffälligkeit hatte sie mindestens acht fingierte Bedrohungen gestanden.

Letztlich wurde die 13-jährige Schülerin, die unter Schulangst litt, als psychisch krank beschrieben (Fall II.33.). Sie wurde ambulant jugendpsychiatrisch untersucht. Eine schwere Störung des Sozialverhaltens mit Depression und dem Verdacht auf ein Mißbrauchsyndrom mit lang dauernder emotionaler Deprivation wurde diagnostiziert.

Insgesamt wird also bei sieben von 34 Personen eine psychiatrische Störung festgestellt. Dies entspricht circa einem Fünftel der Untersuchten.

2.4. Die Selbstbeschädigung und ihre Umstände

2.4.1. Die Selbstbeschädigung

In diesem und den folgenden Abschnitten sollen die Modalitäten der Selbstbeschädigung, die Art der Selbstverletzung, die Beibringung und der Zeitpunkt sowie statistische Gemeinsamkeiten, den Selbstbeschädiger und die Situation betreffend, erörtert werden. Da die Selbstbeschädigung aus den unterschiedlichsten Motiven durchgeführt wird, ist auch die epidemiologische Datenlage nur schwer miteinander vergleichbar. Dennoch gibt es statistische Auffälligkeiten, die oft ohne Erklärungsansatz rein deskriptiv erwähnt werden. So sind beispielsweise die Personen, die aus Gründen des Versicherungsbetrugs Selbstbeschädigung begehen, meist männlich, jünger als 40 Jahre und haben eine bessere

Berufsausbildung (41). In diesem speziellen Fall ist der typische Ort der häusliche Bereich, die Garage, der Hobbykeller, und fast immer ereignen sich die „Unfälle“ in der Freizeit (29).

Leibenluft (108) beschreibt 1987 die klassischen fünf Stadien des selbstbeschädigenden Akts: Das auslösende Ereignis, wie beispielsweise der Verlust einer Beziehung, dann die Eskalation der Dysphorie, Versuche, die Selbstbeschädigung zu verhindern, die Selbstverletzung und schließlich die Nachwirkungen, zum Beispiel die Erleichterung nach der Lösung einer Spannung.

Die einzelnen Methoden sowie der Zeitpunkt und die meisten der untersuchten Parameter differieren sehr stark, je nachdem welches Motiv die Selbstbeschädigung ausgelöst hat. Hierzu sollen im folgendem vor allem die Fälle, die im Institut für Gerichtliche Medizin der Universität Tübingen begutachtet wurden, näher analysiert werden.

2.4.2. Die Zahl der vorausgegangenen Selbstbeschädigungen

Die 34 im Institut für Gerichtliche Medizin in Tübingen untersuchten Personen wurden nach früheren Selbstbeschädigungen gefragt, nachdem die meisten von ihnen auch im aktuell zu begutachtenden Fall eine Selbstbeibringung eingestanden hatten.

Insgesamt hatten sechs Personen frühere Selbstbeschädigung zugegeben oder waren wegen ähnlicher Anzeigen auffällig geworden (vgl. Fälle II.6., 7., 8., 10., 26., 33.). Bei drei weiteren Untersuchten lag der Verdacht auf frühere Selbstbeschädigung nahe. Eine Patientin war wiederholt in der Schule durch Ohnmachtsanfälle aufgefallen, die simuliert zu sein schienen (Fall II.4.). Zwei weitere (Fälle II.16., 22.) hatten viele ähnlich konfigurierte Narben aufzuweisen, die den dringenden Verdacht auf ein repetitives selbstverletzendes Verhalten nahelegten. Von der Altersverteilung her lag das Durchschnittsalter der untersuchten Personen bei 22,7 Jahren, wenn man die Patientin, die sieben einzelne Vorfälle im Alter zwischen 27 und 30 Jahren zur Berechnung beiträgt, mit durchschnittlich 28 Jahren in die Menge einbezieht.

Auffallend ist, daß die Personen, die bereits selbstverletzende Akte in ihrer Vorgeschichte haben, meist nicht nur über einen Vorfall, sondern über eine Vielzahl berichten, wodurch ihr Verhalten also schon chronisch und die Selbstbeschädigung als Strategie im eigenen Repertoire bereits als etabliert zu bezeichnen ist. Diese Personen liegen von der Altersverteilung her entweder im unteren oder im oberen Bereich der Alterspyramide – mit 13, 15 und 19 Jahren und dann wieder mit 27, 28 und 42 Jahren.

2.4.3. Die Methode

(41) Eine sehr seltene Methode der Selbstbeschädigung wird von Marty beschrieben. Ein 55-jähriger Ingenieur kommt mit Erfrierungen vierten Grades eines Unterschenkels in ein Krankenhaus und berichtet, er habe sich das Bein versehentlich mit flüssigem Stickstoff übergossen. In der Folge konnte anhand von Experimenten gezeigt werden, daß alleiniges Übergießen nicht zu derart hochgradigen Erfrierungen führen kann – der Unterschenkel mußte amputiert werden – sondern daß eine wesentlich längere Einwirkzeit benötigt wird, um einen Unfall wahrscheinlich erscheinen zu lassen. Ein Versicherungsbetrug wurde als Motiv für möglich gehalten.

Von den 34 im Institut für Gerichtliche Medizin begutachteten Patienten haben alle Schnitt- oder Kratzwunden als Selbstverletzung gewählt. Diese wurden mit den unterschiedlichsten Instrumenten, wie mit Glasscherben (Fälle II.1., 15.), einer Seifenschale (II.4.), einem Messer (II.5.), einem Rasiermesser (Fall II.9.), einem Küchenmesser (Fälle II.13., 16., 23.), einem Skalpell (Fall II.16.), einer Injektionsnadel (Fall II.16.), einer Rasierklinge (Fälle II.17., 20.), einer Nähnadel (Fall II.29.), ausgeführt.

Einige Untersuchte wiesen außerdem Verletzungen von stumpfer Gewalteinwirkung auf. Eine 20-Jährige hatte sich, beispielsweise mit der Faust, auf das rechte Auge geschlagen (Fall II.1.). Einen unklaren Verletzungskomplex an der Wirbelsäule konnte die 19-Jährige in Fall II.3. vorweisen. Die 16-jährige Schülerin aus Fall II.13. hatte sich zudem noch Brandwunden mit einer Zigarette zugefügt. Eine recht brutale Methode wählte die 25-jährige Tierarzhelferin (vgl. Fall II.16.), die durch Schilderungen von mehreren

Überfällen aufgefallen war. In einer Situation brach sie sich eine Injektionsnadel in der Nackenmuskulatur ab. Ein andermal legte sie sich, im Auto sitzend, eine Schnur um den Hals, verknotete diese hinter der Nackenstütze und lehnte sich heftig nach vorne, was ein deutliches Strangulationsmal entstehen ließ. In der gleichen Situation stützte sie ein Messer auf das Lenkrad und lehnte sich nach vorne, wobei sie eine 2,5cm tiefe Stichwunde im Bereich der Brust erlitt.

Auch das Zerreißen von Kleidung wird häufig festgestellt (Fälle II.1., 7., 13., 18., 26., 34.), wobei die Risse in der Kleidung meist nicht mit den Schnittwunden korrespondieren (außer Fall II.18.).

2.4.4. Der Zeitpunkt

Über den Zeitpunkt der Selbstverletzung steht wenig Informationsmaterial in der herrschenden Literatur zur Verfügung, so daß nicht sicher eine bevorzugte „Tatzeit“ benannt werden kann. Einige Beispiele seien hier jedoch erwähnt. Pedal beschreibt 1994 den Fall einer 26-Jährigen, die einige Wochen zuvor von ihrem ehemaligen Freund vergewaltigt worden war. Sie brachte sich Wochen später selbst Verletzungen bei, um ihren Vergewaltiger anzuzeigen, was sie bis zu diesem Zeitpunkt nicht getan hatte (39). Hier ist der Zeitpunkt der Selbstverletzung sicher eher zufällig gewählt. Hätte die Frau gleich den Mut gehabt, Anzeige zu erstatten, so wäre es erst gar nicht zu einer Selbstverletzung gekommen. Auch hätte sie zu jedem anderen Zeitpunkt nach der Tat den Mut zur Anzeige fassen können, was sicherlich Einfluß auf die Durchführung der Selbstverletzung gehabt hätte.

Eine Studie aus London (96), die 1993 veröffentlicht wurde, untersuchte, ob die weit verbreitete Meinung zutrifft, daß es an emotional belegten Feiertagen, wie Weihnachten oder am Valentinstag, zu einer größeren Anzahl von Suizidversuchen und Selbstverletzungen kommt. Der Valentinstag ist ein besonders in den USA gefeierter Tag, an dem Verliebte sich gegenseitig beschenken und miteinander ausgehen. Es wurden alle Fälle untersucht, die an diesen beiden Feiertagen in die drei zentralen

Londoner Kliniken eingeliefert worden waren, und zwar im Jahr 1983 und 1989. Hierbei zeigte sich, daß am Valentinstag tatsächlich mehr Personen mit Selbstverletzungen eingeliefert wurden. Leider ist die Zahl statistisch nicht signifikant. An Weihnachten hingegen wurden deutlich weniger Selbstbeschädiger in die Krankenhäuser eingeliefert als an einem vergleichbaren Stichtag. Somit scheint widerlegt zu sein, daß eine akute, gefühlsbedingte Depression zu selbstverletzendem Verhalten führt. Für eine selbstbeschädigende Tat benötigt man wohl nicht nur allein das Gefühl der Einsamkeit. Hier müssen sicher ganz besonders die Motive, die einer solchen Handlung zugrunde liegen, berücksichtigt werden.

Im Vordergrund steht, ob mit der Tat etwas oder jemand beeinflußt werden soll. Hat die Selbstbeschädigung eine intendierte „Außenwirkung“, so ist anzunehmen, daß sie zu einem definierten Zeitpunkt ausgeführt wird. Ist die Selbstverletzung aber ein repetitives Ereignis oder zumindest ein Verhalten, welches nicht als Kommunikationsmittel genutzt werden soll, so kann es wahrscheinlich immer auftreten und die jeweils kritische Situation ist vom Zufall, von der Gelegenheit oder eben auch von einem dezidierten Auslöser abhängig. So konnten Winchel und Stanley beobachten, daß das Erstauftreten selbstverletzenden Verhaltens mit dem Ereignis einer Trennung von einem sehr nahestehenden Menschen zusammenfiel (101).

2.4.5. Emotionen / Schmerzempfinden

Rosenthal und Rosenthal beschreiben ein vermindertes Schmerzempfinden bei sich selbst beschädigenden Kindern zwischen zweieinhalb und fünf Jahren, die zuvor mißbraucht worden waren (60).

In Berichten von van der Kolk, Perry und Herman (55) sowie von Pattison und Kahan (56) geben Betroffene an, bei der Selbstbeibringung der Verletzung keine Schmerzen verspürt zu haben.

Greenspan berichtet 1989 über drei Fälle von Frauen, die überfallen worden waren und anschließend anfangen, sich selbst zu schneiden (99). Eine Frau, die in der Kindheit

sexuell mißbraucht worden war, hatte als einzige eine psychiatrische Diagnose (in diesem Fall eine Borderline-Störung). Eine andere, 19-Jährige, informierte über das völlige Ausbleiben von Schmerz, als sie sich mit einer scharfen Büchse oder einem Messer oder einer Glasscherbe geschnitten hatte. Blut floß jedesmal, aber eine Hautnaht war nie nötig.

Gardner und Cowdry beschreiben in ihrer Studie ebenfalls eine absolute oder relative Analgesie während der Selbstbeschädigung (57).

Leibenluft (108) findet, daß in den Untersuchungen ungefähr die Hälfte der Patienten, die sich verletzen, eine gewisse Analgesie hatte. Andere Patienten (101) berichten, daß dem Schmerz eine Erleichterung folgt. Einige meinen dazu, der Schmerz rief ihnen die Fähigkeit, etwas zu fühlen, wieder ins Gedächtnis zurück, und sie merkten daran, daß sie noch leben würden. Für wieder andere ist der Schmerz eine Abwechslung zu den sonstigen auf ihnen lastenden dysphorischen Gefühlen, wie beispielsweise unerträgliche Wut. Während der Selbstbeschädigung beschreiben viele Patienten das Gefühl der Depersonalisation und Derealisierung(234,235,236,237,238,239,240). Depersonalisation beschreibt einen Entfremdungszustand, in dem der eigene Körper nicht mehr als zugehörig empfunden wird. Das eigene Selbst wird verändert wahrgenommen. Handlungen laufen automatisch ab. Bei der Derealisierung wird die Außenwelt verändert, wie „hinter einer Glaswand“ (241), wahrgenommen. In 50% der Fälle treten Depersonalisation und Derealisierung gemeinsam auf. Eine Studie an zufällig ausgewählten amerikanischen Collegestudenten zeigte, daß 34% schon einmal oder mehrmals Depersonalisationszustände erlebt hatten. Meistens war dieser Zustand in Konfliktsituationen aufgetreten (242). Diese Depersonalisation wird von manchen Patienten als angenehm beschrieben. Die Mehrzahl berichtet jedoch von einer zunehmenden Angst „verrückt zu werden“ und setzt die Selbstbeschädigung als Reiz ein, um ihren Entfremdungszustand zu beenden (241). Vernon hat 1969 gesunde Versuchspersonen einer sensorischen Deprivation ausgesetzt (242). Es traten starke Körper-, Raum- und Selbstwahrnehmungsstörungen auf. Nach dreitägiger Versuchsdauer fügten sich die Probanden häufig selbst Schmerzreize zu, um der quälenden Gefühllosigkeit zu entkommen. Diesen Zustand beschreibt eine 27-jährige

MTA, die sich seit der Pubertät immer wieder selbst verletzt hatte (241): „...*Plötzlich kommt mir alles so fremd vor. Als ob mein Körper nicht mehr zu mir gehöre. Ich spüre ihn nicht mehr. Ich fühle mich wie abgestorben, wie tot. Es ist, als ob ich aus zwei Teilen bestünde. Ein Teil scheint ganz normal zu funktionieren, tut seine Arbeit und alles sonst. Der andere Teil scheint davon abgetrennt, als ob er nur beobachtet. Alles, was ich tue, kommt mir mechanisch vor. Ich gebe mir Befehle, weil ich nichts mehr fühle: 'Jetzt mußt du lachen, sag jetzt das, tu jetzt das.'*

Eine Unsensibilität gegenüber Schmerzen, unabhängig davon, ob sich ein schizophrener Patient oder ein geistig behindertes Kind verletzt, wird auch von Fahmy und Jones beschrieben (165). Sie bringen einen Erklärungsmechanismus über das limbische System zur Sprache.

Die Gruppe der stationär behandelten, sich selbst durch Schnittverletzungen beschädigenden Patienten schildert laut Pao (181) ihr Erlebnis so: Aus unbekanntem Gründen fühlen sie sich sehr unter Anspannung. Sie entschließen sich, bei steigender Anspannung alleine zu sein. Wenn sie für sich sind, dann steigt die Anspannung ins Unermeßliche. Dann ganz plötzlich stellen sie fest, daß sie sich verletzt haben. Während des Schneidens sind sie sich also ihrer Tat nicht bewußt und fühlen auch keinen Schmerz. Das „Erwachen“ aus diesem tranceähnlichen Zustand kommt meist bei dem Gefühl des Fließens von Blut. Wenn die Patienten realisieren, was sie getan haben, dann überkommen sie eventuell Gefühle von Schuld oder Reue, aber sie sind erleichtert, da „es vorbei“ ist.

Aufgrund der zumeist vorherrschend oberflächlichen Wundverletzungen bei den 34 im Institut für Gerichtliche Medizin begutachteten Personen ist von einem intakten Schmerzempfinden auszugehen. Lediglich die 25-jährige Tierarzhelferin (Fall II.16.) weist ein tiefes Einbringen ihrer Wunden (bis 2,5cm) und eine erheblich brutalere Ausübung (Selbststrangulation) auf. Über ihr Schmerzempfinden während der Selbstverletzung macht sie keine Aussage, doch gibt sie eine masochistische Vorliebe an. Letztlich gleichen die geschilderten Fälle ja dem Versicherungsbetrug, für den, um ein wie auch immer definiertes Ziel zu erreichen, der Körper verletzt wird. Daß hierbei die Schmerzempfindung intakt bleibt, ist anzunehmen.

2.4.6. Drogenkonsum

In der Literatur wird in wenigen Fallberichten der Konsum einer Droge erwähnt. Weder chronischer Drogenkonsum noch ein relevanter Konsum zum Zeitpunkt der oder kurz vor der Selbstbeschädigung werden besonders beachtet.

Bei den in der Gerichtsmedizin Tübingen beurteilten Fällen ist in einem Fall ein chronischer Alkohol-, Drogen und Medikamentenmißbrauch (Fall II.10.), in einem weiteren ein Haschisch- und Kokainkonsum (Fall II.17.) bekannt. Im letzteren Fall gab diese Untersuchte auch an, am Tattag eine größere Menge Kokain konsumiert zu haben. Eine weitere Selbstbeschädigerin (Fall II.16.) erlag einem regelmäßigen Konsum an Betäubungsmitteln. Zwei Untersuchte standen bei der Vernehmung noch am Tag nach der Tat (Fall II.11.) beziehungsweise am Tag der Tat (Fall II.14.) unter Alkoholeinfluß von je 2‰.

2.4.7. Morphologie der Wunde

Die Morphologie der Wunden bei Selbstbeibringung, zumal wenn sie dazu dient, einen Überfall vorzutäuschen, findet in der aktuellen Literatur viel Beachtung. Genaue Kriterien wurden mit der Zeit erarbeitet, die eine zuverlässige Beurteilung eines tatsächlichen Überfalls wahrscheinlicher machen. Auffallend ähnlich ist das Aussehen der

Wunden, wenn es sich um Schnitt- oder Kratzverletzungen handelt. Hierzu einige Beispiele aus der Literatur, die vor allem ihrer Übersichtlichkeit und der Gliederung wegen ausgewählt wurden.

Knight (1) beschreibt 1968 die Wunden, die sich ein 46-jähriger Mann selbst zugefügt und dann behauptet hatte, er sei an seiner Tankstelle von Motorradrowdies überfallen worden, die ihm das Geld aus der Kasse gestohlen hätten.

- a) Die Schnitte waren hauptsächlich peripher angeordnet und vermieden vitale und sehr empfindliche Gebiete, wie die Augen, Augenbrauen, Nase und Lippen.
- b) Die meisten Schnitte ähnelten sich in Länge und Richtung.
- c) Eine verblüffende Ähnlichkeit bestand in der Tiefe der Schnitte, die allesamt oberflächlich waren (nicht tiefer als 1 mm).
- d) Viele der Schnitte verliefen parallel oder trafen sich an ihren Enden.
- e) Es existierte eine Symmetrie in der Gruppenanordnung, obgleich die Vielzahl der Schnitte sich an der linken Gesichtshälfte und Hand befanden, was zu erwarten gewesen war, denn das „Opfer“ war Rechtshänder.

In einer sehr gut geordneten Arbeit beschreiben König, Freislederer, Baedeker und Pedal 1987 Charakteristika der Wunden, wie sie typischerweise bei selbstzugefügten Verletzungen zu beobachten sind (19). Die Kriterien sind hierbei: Die Art der scharfen Verletzung, die Anordnung und die Lokalisation der Verletzung, die Form, die Intensität und die Anzahl der Einzelverletzung, die Gesamtverletzungsschwere, die Existenz von Begleitverletzungen, von Abwehrverletzungen unter Einbeziehung der beschädigten Kleidung. Die Ergebnisse werden in einer Tabelle anschaulich gegenübergestellt. Die markanten Unterschiede zwischen den Verletzungen eines tatsächlichen zu einem fingierten Überfall sind die folgenden: Bei einem fingierten Überfall setzen sich die Verletzungen überwiegend aus Schnitten zusammen, während das bei einem tatsächlichen Überfall kaum möglich ist. Hier werden vor allem Stiche, auch einzelne Schnitte und Abkappungen beobachtet. Die Anordnung ist hier quer über den Körper verteilt und nicht wie bei einer Selbstbeibringung in Gruppen angeordnet, die zudem den Brust- und Schambereich unter Aussparung empfindlicher Stellen bevorzugt. Die Form

und Intensität der Einzelverletzung zeigen bei der Selbstbeibringung eine große Konstanz. Selten wechseln die Verletzungen in Form oder Tiefe; sie sind immer oberflächlich, oft lang und stetig und kommen meist in großer Zahl vor. Schon bei der Vorstellung einer Kampfsituation, wie sie zumeist geschildert wird, ist es nicht nachvollziehbar, daß das Opfer durchweg oberflächliche, gleichförmige Schnitte aufweist. Begleitverletzungen durch stumpfe Schläge, Schürfungen und Hämatome sind bei tatsächlichen Überfällen häufig, bei den fingierten eher eine Seltenheit. Die Kleidung bleibt hier in der Regel unversehrt (vgl. auch 24-27 und 21). Abwehrverletzungen, die typischerweise im Rahmen eines Kampfs an der Fingerbeugeseite, der Hohlhand, am Handrücken und den Unterarmen auftreten, fehlen. Diese Beobachtungen machen auch Pollak et al. 1987 (23).

Die oben genannten morphologischen Kriterien entsprechen dem Erscheinungsbild der Wunden, die vom Institut für Gerichtliche Medizin in Tübingen begutachtet wurden:

In Fall II.1. findet man zahlreiche oberflächliche Kratzer. Zum Teil sind die Hauptläsionen gruppiert. Zusätzlich finden sich parallel zueinander verlaufende Schnittwunden. In Fall II.2. sieht man am rechten Unterarm circa 30 unterschiedliche Kratzer, wovon 20 größtenteils parallel zueinander verlaufen. In Fall II.3. fallen an der rechten Stirn 10 oberflächliche, parallel verlaufende Schnittwunden, an der rechten Brust 6 oberflächliche und an beiden Handrücken und Handinnenflächen 10-20 feine Kratzer auf. Ebenso sind in Fall II.5. sehr oberflächliche Verletzungen zu sehen. Auffallend die zumeist recht zahlreichen Hinweise, wie in Fall II.9. mit 32 scharfen, gradlinigen Verletzungsspuren und in Fall II.13., bei dem 46 in 5 Gruppen angeordnete, durchweg konstant oberflächliche Schnittverletzungen imponieren. Vergleichbares sieht man in Fall II.33., in dem sich eine 13-jährige Schülerin 38 durchgehend sehr oberflächliche, gradlinige, mehrfach nachgezogene, teilweise in Gruppen angeordnete Ritzverletzungen zuzog. Auch kann beobachtet werden, beispielsweise in Fall II.8.2, daß sich die Verletzungen nicht kreuzen und teilweise nachgezogen sind.

Interessant sind die Fälle, in denen die Schnittverletzungen ein Symbol formen. Hier scheint ein Nachahmungscharakter vorzuliegen, wie in Fall II.20., bei dem der

Selbstbeschädiger angab, man lese in der letzten Zeit so viel über Hakenkreuze. Dieser 17-jährige Spanier hatte sich in beide Brustseiten je ein Hakenkreuz geritzt und behauptet, die Verletzungen seien ihm von vier Skinheads zugefügt worden. Ähnlich liegt der sich 2 Monate später, im Januar 1994, ereignende Fall, der für viel Medienrummel gesorgt hat. Hier hatte sich eine 17-jährige Gymnasiastin (Fall II.21.) ein Hakenkreuz in die linke Wange geritzt. Angeblich seien ihr die Verletzungen von zwei Skinheads und einer Frau beigebracht worden.

Die 25-jährige Tierarzhelferin (Fall II.16.) hatte sich in die rechte Brust das Wort „RACHE“ geritzt. Eine Erklärung, warum sich jemand an ihr rächen wollte, gab sie bei der Anzeige des fingierten Überfalls nicht. Eine 24-jährige Kroatin ritzte sich die Aussage „AUSLÄNDERHASS WIR SAGEN JA“ in den linken Unterarm (Fall II.17.)

2.4.8. Motive

Van der Kolk behauptet (55), daß das selbstverletzende Verhalten in hohem Maße mit zwei psychologischen Konflikten korreliert: Mit dem, der sich um den Komplex Trennung und Einsamkeit fokussiert, und dem, der aus der Erfahrung von Ärger mit der Äußerung von Ärger oder Wünschen entsteht.

Auf der Suche nach Motiven muß man laut Reuter (2) auch psychologische, psychiatrische, forensische, ethnografische, sozialpolitische und religiöse Gesichtspunkte berücksichtigen.

Für mögliche Motive hier einige Beispiele aus der Literatur:

Knight (1) berichtet 1968 von einem 19-Jährigen, der erzählt hatte, er sei auf der Straße von zwei Jugendlichen in schwarzer Motorradkleidung überfallen worden, und man habe ihm Schnittwunden im Gesicht und am Thorax zugefügt. Später, konfrontiert mit dem Mißtrauen der medizinischen Gutachter hinsichtlich der Fremdbeibringung, gab er zu, sich die Verletzungen selbst zugefügt zu haben. Als Grund gab er an, er habe sich an diesem Tag mit einem Mädchen verlobt und gehofft, seinen Vater durch seine Verletzungen milde stimmen zu können, wenn er ihm die Neuigkeit mitteile.

Vom selben Autor stammt auch der folgende Fall (1): Ein bei der Polizei bekannter Dieb wurde vor der zerbrochenen Fensterscheibe eines Wettbüros verhaftet. Er gab an, daß die Schnittwunden, die er an Händen und Armen hatte, akzidentiell passiert seien, als er nach der Ursache des laut klirrenden Glases habe suchen wollen. Die Schnittwunden waren hier selbst beigebracht, um der Bestrafung einer Straftat zu entgehen.

Reuter (2) legt in der Einteilung der Selbstbeschädigung den größten Wert auf die Motive, da er nur mit ihrer Hilfe zwischen Geisteskrankheiten und Grenzzuständen oder Simulanz unterscheiden könne. Er teilt die Motive in Gruppen ein: Eine große Motivgruppe bilden die Personen mit Ideen sexuellen oder religiösen Inhalts. Hier berichtet er ausführlich, wie die Geschichte der Religionen mit Selbstverletzung verknüpft ist. Diese wurde in Kapitel I.2. genauer erörtert. Erwähnt sei an dieser Stelle nur die Askese, die an Selbstbeschädigung grenzt, oder der religiös motivierte Büsser, der seinen Körper solange geißelt, bis die Haut aufplatzt und Blut austritt. Die Vorstellungen aus der Sexualsphäre sind laut Reuter den Geisteskrankheiten zuzurechnen oder zumindest entstehen verstümmelnde Selbstverletzungen in einem geistig abnormen Zustand. So erwähnt er das Beispiel, daß ein junger Mann, der bei seiner Angebeteten kein Gehör fand, sich kurz entschlossen entmannte. Zu der Entstehung seiner Verletzung befragt, bezichtigte er einen anderen jungen Mann, dessen Werbungen mehr Gehör fanden, der Tat. Für diese Verleumdung wurde er vor Gericht verurteilt.

Zu der Gruppe von Motiven, in denen der Täter versucht, sich einen persönlichen Vorteil zu verschaffen, zählte als wichtigstes im Jahre 1911 der Wunsch, durch eine Verletzung vom Militärdienst befreit zu werden.

Pollak et al. schildern vier Fälle des Wiener Instituts für gerichtliche Medizin, die in den Jahren 1984-1986 als vorgetäuschte Überfälle begutachtet wurden (23). In diesen vier Fällen reichen die Motive von Fernbleiben vom Unterricht (Furcht vor Strafe) (vgl. auch (70)), über Appell an das Mitgefühl bei Trennungsängsten, bis zu der Dissimulation eines Suizidversuchs. In dieser Arbeit wird die Selbstbeschädigung in verschiedene Motivgruppen gegliedert. Diese Gruppen umfassen die Selbstverletzung, die zum

Zwecke des Versicherungsbetrugs (ebenso 29,70,72), zur Vortäuschung eines fingierten Überfalls, um von einem vorausgegangenem Fehlverhalten abzulenken (vgl. auch 1,30,31), durchgeführt wird. Sie beinhalten Selbstbeschädigung in der Armee (vgl. auch 2,32,34) und in Gefängnissen (vgl. auch 33,36), wobei hier kein Motiv, sondern ein spezieller Umstand, in dem sich die betreffende Person befindet, nämlich die Haft, vorliegt, Selbstverletzung zur Vortäuschung einer Notwehrsituation (33), eines Alibis (35), Artefakte, die ein Sittlichkeitsdelikt glaubhaft machen sollen (35), Selbstverletzung aus krankhafter Geltungssucht (vgl. auch 30,37,38,70,72), zur Dissimulation bei Suizidversuch oder Darstellung eines fingierten Überfalls, um an das Mitgefühl der Mitmenschen zu appellieren (vgl. auch 19,23,70,72).

Bei Möllhoff und Müller kommt eine ganze Liste an Motiven für Selbstbeschädigung in Betracht (63). Im einzelnen sind dies: Vortäuschen eines Überfalls / einer Notwehrsituation, Befreiung vom Wehrdienst, Einfordern einer Versicherungsentschädigung, Verhinderung einer Haftstrafe, Verlängerung eines Krankenhausaufenthalts, Wichtigtuerei, Erregung von Mitleid, Aggressionsgelüste.

Freud (1916) und Abraham (1912) stellen bei Selbstmordhandlungen den Objektverlust und somit eine Depressionstheorie in den Vordergrund. Hiernach wendet sich der depressive, orale Affekt, der ursprünglich auf das enttäuschende Objekt gerichtet war, nun gegen das Ich-Objekt, also gegen die eigene Person. Autoaggression in jeder Form, also nicht nur der Suizid, ist nach der klassischen Theorie die Lösung eines Aggressionskonflikts.

Anna Freud schreibt 1954 (167), daß einige Formen der Selbstbeschädigung autoaggressiv seien. Sie beschreibt, daß die Aggression, die gefühlt wird und die nicht nach außen gelassen werden kann, sich automatisch nach innen richtet. Somit läßt ein Kind seinen Ärger nicht an dem enttäuschenden Erwachsenen aus, sondern wendet ihn gegen sich selbst, um den eigentlich geschätzten und verehrten Erwachsenen nicht zu verletzen und um sich selbst für seine aggressiven Bedürfnisse zu bestrafen. Motiv ist also hier eine mangelnde Möglichkeit, mit entstandener Frustration umzugehen.

Gunsett et al. vermuten selbstbeschädigendes Verhalten als Antwort auf unbehandelte Schmerzen (174). Sicherlich kann hier ein Motiv vorliegen, wenn chronische Schmerzen somatischer Natur ertragen werden müssen und dann der Weg über das Zufügen neuer, anderer, vielleicht leichter auszuhaltender Schmerzen gewählt wird. In der Literatur ist ein solcher Fall jedoch nicht explizit beschrieben, und dieses Motiv dürfte in der Praxis nicht allzu häufig anzutreffen sein.

Bostock und Williams beschreiben 1974 den Fall einer 20-jährigen Studentin in den USA (185), die seit frühester Kindheit die dramatischen Suizidversuche ihrer Mutter miterleben mußte. Diese Mutter ließ sich scheiden, als die Patientin 9 Jahre alt war. Ihr Vater, bei dem die Patientin fortan lebte, heiratete eine um Jahre jüngere Frau, die bald darauf einen Säugling bekam. Die Selbstbeschädigung der Patientin begann in dem Alter, als sie schon zur Universität ging, zu der Zeit als der Vater erneut geheiratet hatte. Sie schnitt sich häufig in die Handgelenke und nahm oft Überdosen an Tabletten, wobei sie jedesmal von Freunden, die sie selbst alarmierte, rechtzeitig gefunden wurde. Sie zeigte dieses Verhalten in den folgenden zwei Jahren und zwar eindeutig mit dem Ziel, ihre Mitmenschen zu manipulieren. Sie suchte Aufmerksamkeit und reagierte mit Selbstbeschädigung, wenn ein Therapietermin ihr versagt wurde oder sie eine Trennung erlebte. Die Autoren überschreiben ihren Artikel zwar mit "Attempted Suicide", doch wird in dem Artikel kein Beweis dafür präsentiert – weder aus den Äußerungen der Probandin noch aus dem Arrangement der Versuche läßt sich eine echte Suizidalität herleiten, so daß der Fall hier nach Ansicht der Autorin unter dem Begriff „Selbstbeschädigung“ einzuordnen ist. Von psychiatrischer Seite erhält diese Patientin die Diagnose einer hysterischen Persönlichkeitsstörung.

Zusammenfassend gibt es für Pöldinger und Holsboer-Trachsler 1989 (252) zwei Hauptgründe für selbstzerstörerisches Verhalten:

Zum einen ist die Selbstzerstörung Ergebnis gehemmter Aggressionen, zum anderen ist sie ein Hilfeschrei, der von Faberow und Shneidman (257) als Versuch dargestellt wird, eigene Hilflosigkeit durch nonverbale Aktionen zum Ausdruck zu bringen, wenn die verbalen Kommunikationsmöglichkeiten erschöpft sind.

Polke (21) zeigt 1933 auf, daß durch die Selbstbeibringung von Verletzungen der Betroffene einen positiven Effekt durch das Erregen von Mitleid oder einfach nur durch eine erhöhte Aufmerksamkeit und Zuwendung erfährt. Des weiteren erwähnt er den engen Bezug zum demonstrativen Suizid. In der psychiatrischen Literatur findet man deshalb eine weitaus größere Sammlung an Kasuistiken (vgl. 22).

Laut Karp et al. (163) (1991) reichen die Motive, warum psychotische Patienten absichtlich Gegenstände schlucken, von einem Versuch, über Suizidabsichten, Selbstbeschädigung, Masochismus bis hin zu bizarren Assoziationen.

Zusammenfassend kann man wohl auf die Einteilung der Selbstbeschädigung mit ihren vielfältigen bewußten und unbewußten Motiven verweisen, wobei seltene Assoziationen sicherlich die Ausnahme bilden.

In den von König et al. (19) geschilderten Fällen, ist das Motiv der Jugendlichen zumeist das Bemühen um die Aufmerksamkeit, Zuwendung und Liebe des sie umgebenden Personenkreises oder einer bestimmten Person. Zudem spielen Trennungssituationen, wie die Lösung vom Elternhaus oder die drohende oder vermeintliche Beendigung einer Partnerschaftsbeziehung, eine auslösende Rolle. Bei den fingierten Überfällen ist das Motiv der Falschbeschuldigung nie Rache. Selbst in dem Fall, in dem ein konkreter Täter genannt wird (vgl. im Anhang Fall II.1.), wurde der Name des angeblichen Täters nicht deshalb genannt, um ihm persönlich zu schaden, sondern weil der Vater des fälschlich Beschuldigten ein Rechtsanwalt war und somit dem Betroffenen am wenigsten habe passieren können.

Des weiteren liegt ein Hauptmotiv der im Institut für Gerichtliche Medizin Tübingen begutachteten Fälle in der Suche nach Aufmerksamkeit, nach Mitgefühl oder Angst vor Trennung. In zwei Fällen (Fälle II 11., 19.) wird eine Notwehrsituation fingiert, wobei die selbstbeigebrachten Wunden Abwehrverletzungen darstellen sollen, um eine Straftat in Umkehrung der Aktionen, von Angriff und Verteidigung, zu vertuschen. In beiden Fällen war der Gegner des Streits seinen Verletzungen erlegen.

2.4.9. Einstellung der Patienten bezüglich ihres selbstverletzenden Verhaltens

Pattison liefert einen der wenigen Berichte, in denen die Selbstbeschädiger selbst zu Wort kommen (55,56). Hier geben sie an, sich vor dem selbstverletzenden Verhalten „tot“ und leer gefühlt zu haben. Sie berichten, keinen Schmerz während der Beibringung der Verletzung gefühlt zu haben und beschreiben ein Gefühl der Erleichterung im nachhinein. Den Phasen der Selbstverletzung folgen Gefühle der Enttäuschung oder des Verlassenseins (57,58).

Die Selbstverletzung wird subjektiv als Selbstbestrafung, als ein Mittel, um andere zu bestrafen, oder als ein Hilferuf empfunden (55).

Eine 19-Jährige, die nach einem Überfall beginnt, sich selbst Schnittwunden zuzufügen, berichtet, daß das Schneiden eine Erleichterung nach einem unerträglichen Aufbau von Anspannung darstelle, die sie als Teil eines Flashbacks des Überfalls attackiert habe (99). Ebenso berichtet eine 32-jährige Frau, die gleichfalls Opfer mehrerer Überfälle geworden war, daß das Schneiden mit scharfen Gegenständen in ihren Arm oder in ihre Oberschenkel nichts mit einer akuten Suizidalität zu tun habe, sondern dies sei ihr einziges Mittel gewesen, um eine sie überwältigende und schmerzhaft Spannung zu entladen (99).

Analog dazu veröffentlichen Gardner und Cowdry (57) 1985 die Beschreibung eines Patienten, der sich selbst verletzt hatte: *“The impulse ... overcame the strength of my resistance not to ... As I started to cut, the physical pain and blood became a welcome distraction. As I cut deeper, ... my mind began to feel relieved of the torment, my body eased of the tension, and I began to feel comforted.”*

Die 34 Personen, die im Institut für Gerichtliche Medizin der Universität Tübingen untersucht wurden, gaben in den meisten Fällen ihre Selbstverletzung zwar zu, berichteten jedoch kaum über ihre Motive. Aus diesen – zumeist dem Wunsch nach Aufmerksamkeit – läßt sich eine Einstellung der Selbstbeschädiger ableiten. Für sie ist ihre Handlungsweise nur Mittel zum Zweck, es kommt nicht auf die Verletzung an sich an.

2.4.10. Die Legende

Als Legende bezeichnet König (19) die Geschichte, welche die angeblichen Opfer nach einer Selbstbeschädigung erzählen. Er arbeitet typische Gemeinsamkeiten des geschilderten Tathergangs heraus:

Der Täter ist durchweg groß, kräftig und erhält in der Schilderung gefährliche Attribute, wie dunkle Lederbekleidung (Fälle II.2., 3., 16.), Maske (Fälle II.3., 27.), Lederhandschuhe (Fall II.3.), ausländischen Akzent (Fälle II.1., 8.5., 14., 23., 24., 33.). Er überfällt das Opfer typischerweise an einem dunklen „Tatort“, wie in einem unbeleuchteten Hausflur oder im Wald und in Tiefgaragen. Das weibliche Opfer sieht sich meist sexuell bedroht. Es findet jedoch in der Tatschilderung selten eine Vergewaltigung statt. Die Attacke erfolgt mit einem scharfen oder kantigen Gegenstand, teilweise werden auch Fußtritte und Schläge des Täters eingesetzt. Das Opfer wehrt sich stets heftig. Das Ende der Tat erscheint immer unplausibel und abrupt: Ohne sein im allgemeinen nicht klar erkennbares Ziel erreicht zu haben, flüchtet der Täter, oder es gelingt dem Opfer zu entkommen, ohne jedoch verfolgt zu werden.

Sehr oft sind es mehrere Täter, die geschildert werden – in 16 der 41 begutachteten Fälle (Fälle II.5., 6., 7., 8.5., 8.6., 9., 14., 15., 17., 18., 20., 21., 23., 28., 30., 34.). Durchschnittlich wird das „Opfer“ in seiner Geschichte von 2,9 Männern angegriffen. In einem Fall bestehen die Angreifer aus „Mehreren“. Auffällig häufig ist der Aggressor motorisiert. In 10 von 40 fingierten Übergriffen kommen die Täter aus einem PKW, wobei hier einmal ein Mercedes (Fall II.8.1.), einmal ein brauner Porsche (Fall II.8.3.), einmal ein amerikanischer Wagen (Fall II.8.5.), einmal ein Opel Manta (Fall II.8.6.), zweimal ein VW Golf (Fälle II.12., 15.) und zweimal ein VW-Bus (Fälle II.20., 22.) erwähnt wird.

2.4.11. Das Entdecken der Selbstbeschädigung

Bei vielen der vom Institut für Gerichtliche Medizin begutachteten Fälle gewinnt man den Eindruck, daß von seiten der Selbstbeschädiger gar keine Anzeige erfolgen sollte.

Oft reicht zur Erlangung des eigentlich gesetzten Ziels, nämlich der vermehrten Aufmerksamkeit und Zuwendung, wenn die Bezugsperson, an die der Appell gerichtet ist, von dem (fingierten) Überfall erfährt.

In der Mehrzahl der Fälle wird nicht berichtet, auf welche Weise letztlich Anzeige erstattet wurde. In vier Fällen (Fälle II.4., 16., 23., 32.) wird die Polizei auf Drängen durch Dritte verständigt. In dem Fall der 25-jährigen Tierarzhelferin (Fall II.16.), die angab mindestens achtmal überfallen worden zu sein, wird deutlich, daß sie keine offizielle Anzeige wünschte. In vier von acht geschilderten Überfällen wird der Arbeitgeber verständigt, der letztlich die Staatsanwaltschaft einschaltet. Nachträglich schildert sie zusätzlich drei Fälle, die sie überhaupt nicht gemeldet hatte. In nur sieben von 40 insgesamt geschilderten Vorfällen wird explizit erwähnt, daß durch den Selbstbeschädiger die Polizei gerufen wurde.

Ein gewisser Respekt vor der Wirksamkeit einer Anzeige und auch vor der Auswirkung, die eine gesellschaftlich brisante Tat auf die Presse haben kann, wird auch durch einen anderen Umstand deutlich: Jeweils sehr kurz nach der Begutachtung durch das Institut für Gerichtsmedizin wurde in den meisten Fällen die Selbstverletzung zugegeben. So haben die 34 Untersuchten, die insgesamt 40 „Überfälle“ gemeldet hatten, in 21 Fällen einen vorgetäuschten Überfall eingestanden. Davon wurde in zehn Fällen noch am Tag der Untersuchung ein Geständnis abgelegt, in zehn weiteren Fällen in einem Zeitraum bis sechs Tage nach der Untersuchung. Hieraus kann man schließen, daß die Angst vor möglichen (auch rechtlichen) Konsequenzen und der Druck durch die direkte Konfrontation mit dem untersuchenden Gerichtsmediziner, der den Patienten seinen Verdacht über die Selbstverletzung noch während der Untersuchung mitteilte, so groß war, daß es besser schien zuzugeben, daß die Wunden durch Selbstbeschädigungen beigebracht waren.

2.4.12. Konsequenzen der Selbstbeschädigung

1911 berichtet Reuter (2) von einem jungen Mann, der sich wegen ungehörter Liebeswerbungen entmannte und anschließend einen Konkurrenten für die Tat

verantwortlich machte (vgl. Kapitel II.2.5.9.). Für seine Verleumdung wurde er vom Gericht verurteilt.

Heutzutage ist das Vortäuschen einer Straftat nach §145d StGB beziehungsweise die falsche Verdächtigung nach §164 StGB strafbar. In Österreich entspricht dies dem im §298 Abs. 1 geregelten Tatbestand (23) der „Vortäuschung einer mit Strafe bedrohten Handlung“.

In den Jahren 1984-1986 wurden vier Fälle fingierter Überfälle in Österreich publiziert. In zwei Fällen wurde das Verfahren eingestellt. Die beiden anderen „Täter“ erhielten Geldstrafen in Höhe von 60 Tagessätzen (23).

Die rechtlichen Konsequenzen der fingierten Überfälle, die im Institut für Gerichtliche Medizin in Tübingen begutachtet wurden, sind oft nicht bekannt. Berichtet wird lediglich in einigen Fällen über die Einleitung eines Strafverfahrens wegen Vortäuschens einer Straftat. Im einzelnen heißt das: In 15 Fällen ist die rechtliche Konsequenz komplett unklar, in acht Fällen wurde das Verfahren wegen zu geringer Schuld eingestellt, in zwei Fällen wurde gegen Geldbuße eingestellt, in vier Fällen wurde Anzeige erhoben und in drei Fällen erfolgte eine Verurteilung. Eine Untersuchte (Fall II.8.1.-7.) wurde in den Fällen 8.1.-6. aus psychiatrischen Gründen für schuldunfähig erklärt. Eine weitere Patientin wurde in der Psychiatrie weiter behandelt (Fall II.33.).

2.4.13. Regionale Häufung / Nachahmung

Knight (1) beschreibt zwei Fälle innerhalb von zehn Wochen, die sich an Orten, wenige Kilometer voneinander entfernt ereignet haben, wo Männer jeweils angaben, von Jugendlichen in schwarzer Motorradkleidung überfallen worden zu sein. Im ersten Fall wurde die Kasse des an einer Tankstelle arbeitenden „Opfers“ gestohlen, im zweiten wollte das andere „Opfer“ mit der Geschichte bei seinem Vater Mitleid erregen, denn er beabsichtigte, ihm an diesem Abend von seiner Verlobung mit einem Mädchen zu erzählen. Noch kurz vor der Publikation des Artikels gab es zwei weitere Fälle in derselben Gegend, wobei sich hier weder die Motiv- noch die „Täter“-Beschreibungen ähnelten.

In zwei der vom Institut für Gerichtliche Medizin in Tübingen untersuchten Fälle wurden Ende 1993 und Anfang 1994 über Begebenheiten berichtet, bei denen Jugendliche sich Hakenkreuze in die Haut ritzen und anschließend von Fremdbeibringung durch Skinheads sprachen. Der erste Jugendliche gab letztlich öffentlich zu, er habe Hakenkreuze gewählt, da man darüber in der letzten Zeit soviel lese. Sehr großen Medienrummel verursachte dann der zweite Fall der 17-jährigen, im Rollstuhl sitzenden Gymnasiastin aus Halle (vgl. Fall II.21.), der Skinheads ein Hakenkreuz in die Wange geritzt haben sollten. Zu dieser Zeit waren Berichte über zunehmenden Rechtsradikalismus vor allem in den neuen Bundesländern weit verbreitet. Der Fall der Behinderten wurde von der Presse sofort aufgegriffen. Auch das Fernsehen berichtete überregional darüber. Die Schülerin gestand nach insgesamt sechs Tagen die Selbstbeibringung ein. Inwieweit weitere Fälle mit dem Einritzen eines Hakenkreuzes als Ursache fingierter Überfälle folgten, ist nicht bekannt.

3. Die Gemeinsamkeiten und die Unterschiede selbstverletzenden Verhaltens innerhalb beziehungsweise außerhalb von Haftanstalten

Olsen ist 1967 der Ansicht, daß – unabhängig davon, in welcher Situation selbstverletzendes Verhalten ausgeübt wird – ein psychisches Problem zugrunde liegt (“psychial disorder is always the underlying factor“) (10).

Unter Berücksichtigung dieser These muß man kritisch anmerken, daß in bezug auf Fälle von Selbstverletzungen die Berichterstattung von sehr unterschiedlicher Qualität ist, weil in vielen Fällen eine psychiatrische Diagnose unerwähnt bleibt oder aus der Art, wie argumentiert wird, nicht hervorgeht, daß explizit keine diagnostizierte psychische Erkrankung bei den geschilderten Personen vorliegt.

Somit ist einem großen Teil von Selbstbeschädigern, unabhängig davon, ob sie sich in Haft befinden oder nicht, eine psychische Erkrankung, meist zumindest eine Borderline-Störung, gemeinsam. Sowohl bei den im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg als auch bei den vom Institut für Gerichtsmedizin der Universität Tübingen begutachteten Fällen von Selbstbeschädigung außerhalb einer Haftanstalt finden sich psychisch kranke

Patienten. Sie zeigen das selbstverletzende Verhalten meist repetitiv, und es scheint als Strategie für Konfliktlösungen in ihr festes Repertoire übernommen worden zu sein.

Ein weiterer und gewichtiger Anteil an den Patienten unter den Selbstbeschädigern außerhalb von Haftanstalten – vielleicht der größte – wird von dem Bestreben nach Aufmerksamkeit getrieben. Hier ist der Drang nach (vermehrter) Zuwendung so groß, daß die Integrität des eigenen Körpers verletzt wird. Während bei Häftlingen in dieser Hinsicht zumeist keine Geschichte über die Entstehung der Wunden erfunden wird, imponieren die Selbstbeschädiger außerhalb von Haftanstalten oft mit fingierten Überfällen.

Eine dritte Gruppe von Selbstbeschädigern im Sinne der aktuellen Literatur besteht aus den Personen, die sich zwar selbst verletzen, jedoch nicht bestrebt sind, ihr Tun an die Öffentlichkeit zu bringen und die an keiner – oder zumindest keiner diagnostizierten – psychiatrischen Erkrankung leiden.

3.1. Gemeinsamkeiten und Unterschiede bezüglich der Art der Selbstbeschädigung

Auffallend ist, daß bestimmte Arten der Selbstbeschädigung nur während einer Haftstrafe aufzutreten scheinen. So untersuchen Karp et al. 1991 19 Häftlinge, die Gegenstände verschluckt hatten. 18 von ihnen waren zudem nachweisbar psychiatrisch krank. Keiner dieser 19 Häftlinge hatte bereits vor Antritt seiner Haftstrafe dieses Verhalten gezeigt (163).

Während unter Haftbedingungen das Erhängen, außer dem Verschlucken von Gegenständen, sehr häufig gesehen wird, muß offen bleiben, inwieweit es sich um einen Selbstmordversuch handelt, der nicht zu den Selbstbeschädigungen im engeren Sinn zählt, oder um eine Selbstverletzung ohne Tötungsabsicht.

Bei der zweifelsfrei erkennbaren Selbstbeschädigung scheint sowohl in der Literatur als auch in den selbst untersuchten Fällen das „Schnippeln“, das Verletzen der Haut mit scharfen und / oder spitzen Gegenständen, die am häufigsten ausgeführte Art der

Beschädigung des eigenen Körpers zu sein. Hier ist es irrelevant, ob sich der Selbstverletzer in Haft befindet oder nicht.

Ein Hungerstreik wurde bei den Fällen des Justizvollzugskrankenhauses Hohenasperg nur einmal beobachtet. Außerhalb von Haftanstalten ist dies, wie die aktuelle Literatur zu belegen scheint, eine selten gesehene Form der Selbstbeschädigung.

3.2. Gemeinsamkeiten und Unterschiede bezüglich der Anzahl der Wiederholungen

Sowohl in Haft als auch außerhalb von Haftbedingungen neigt das selbstverletzende Verhalten dazu, chronisch zu werden. Die im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg interviewten Patienten gaben in der Mehrzahl an (vier von sechs), sich zuvor schon Wunden zugefügt zu haben. Sie hatten dieses Verhalten bereits vor ihrer Inhaftierung gezeigt. Von den 34 im Institut für Rechtsmedizin untersuchten Personen gaben sechs bereits früher begangene Selbstverletzungen zu; bei zwei weiteren lag der Verdacht nahe.

3.3. Gemeinsamkeiten und Unterschiede bezüglich der Morphologie

Die Morphologie einer Wunde hängt zunächst einmal vom Schmerzempfinden des Betroffenen ab. Ist dieses vermindert, so fügt er sich wahrscheinlich tiefere Wunden zu, und somit kommen andere Werkzeuge und damit andere Verletzungskomplexe in Frage. Fehlow (42) schreibt 1989, daß das Schmerzempfinden bei Entäußerungsschwäche herabgesetzt ist. Er bezieht sich hier auf geistig Behinderte. Als Erklärung für seine These behauptet er, daß geistig zurückgebliebene Personen im frühkindlichen Alter mangelnde emotionale Zuwendung erhalten haben und sich die Schmerzempfindlichkeit somit nicht entwickeln konnte. Hier kann man mögliche Analogien zu Nicht-Behinderten herstellen. Häufig gewinnt man den Eindruck, daß Selbstbeschädigung eine Therapie für den Einzelnen ist, die er anwendet, um unerträgliche Spannungen zu lösen. Hierbei muß man davon ausgehen, daß dieser Mensch keine anderen Möglichkeiten gelernt hat, seine überschießenden Emotionen, seien es Aggressions- oder Frustrationsgefühle oder

generelle Ängste, zu kontrollieren und abzubauen. Denkbar ist eine mangelnde emotionale Zuwendung in einem frühkindlichen Alter aus den verschiedensten Gründen.

Die überwiegende Anzahl der untersuchten Patienten verletzte sich nur leicht, unabhängig davon, ob es sich um die Häftlinge des Justizvollzugskrankenhauses Hohenasperg oder um die im Institut für Rechtsmedizin befragten Patienten handelte. Auffallend ist die hiervon abweichende, ungewöhnliche Brutalität einer Frau (Fall II.16.), die nachweislich psychisch krank und zudem von Substanzen, die dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen, abhängig war und die sich deutlich schwerere Verletzungen zufügte als die übrigen Personen.

3.4. Gemeinsamkeiten und Unterschiede bezüglich der Motive

Holitzner (74) beschreibt die Selbstbeschädigung als Teil eines mehrphasigen Prozesses, der es dem Patienten ermöglicht, konflikthaft erlebte narzißtische Krisen dadurch zu lösen, indem er durch Rückzug in selbstgewählte Autarkie Abstand zu den als böse und enttäuschend erlebten, vormals idealisierten Objekten bekommt.

Hier wird Selbstbeschädigung als ein Stück Selbstbestimmung beschrieben. Daß das Streben nach Selbständigkeit, nach Kontrolle über Etwas – in diesem Fall über den eigenen Körper – in Haft größere Bedeutung als in sonstigen Situationen hat, scheint logisch. Gerade alles Persönliche ist unter Haftbedingung beschnitten, so daß die Kontrolle über den eigenen Körper Autarkie bedeutet. Je nach Erlernen von Konfliktstrategien kann es schwierig sein, Aggressionen und Frustrationen zu kontrollieren, zumal wenn diesbezüglich die Möglichkeiten begrenzt sind. So mag in Haft die Selbstbeschädigung ein Mittel zur innerpersönlichen Konfliktlösung sein, eine Methode, unerträgliche Zustände zu ertragen. Ein Häftling (Fall I.2.) gab an, er habe den Zustand in seiner Zelle, das Eingesperrtsein mit einem schweigsamen Mitinsassen, nicht mehr ausgehalten und sich nach der Verletzung ruhiger gefühlt.

Andere gaben an, daß sie sich deshalb verletzt hatten, weil ihre Gesuche – um Verlegung in eine andere Zelle beispielsweise – abgelehnt worden waren. Bei wieder anderen drängt sich ein manipulatives Element auf. Der Eindruck, die Selbstbeschädigung sei nur durchgeführt worden, um ein ganz konkretes Ziel zu erreichen, verstärkt sich. Bei noch anderen ist die Bedeutung dieser Spannung, die durch die Verletzung meist erfolgreich gelöst wird, unklar. Inwieweit sie durch eine konkrete, frustrierende Situation provoziert wird oder ob es sich um ein psychisches Phänomen handelt, welches nichts mit den Haftbedingungen zu tun hat, ist nicht ersichtlich und kann vom einzelnen Häftling so auch nicht beantwortet werden. Auffallend bei den im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg interviewten Patienten ist jedoch, daß die Mehrzahl sich bereits vor ihrer Inhaftierung verletzt hatte.

Von den sich außerhalb der Haft verletzenden Patienten, die im Institut für Gerichtliche Medizin in Tübingen untersucht wurden, verletzten sich die meisten, um eine vermehrte Zuwendung einer geschätzten Person zu erreichen, beziehungsweise um einer drohenden Trennung entgegenzuwirken.

Die meisten der von der Autorin selbst untersuchten Personen verfolgten mit ihrer Selbstbeschädigung ein ganz konkretes Ziel, welches sie durch die Verletzung zu erreichen suchten. Bei genauer Betrachtung drängt sich jedoch der Verdacht auf, daß dies nicht bei allen Personen das Motiv gewesen sein konnte und daß, falls ein Ziel erreicht werden sollte, dieses den Haftfreien eher bewußt war als den Inhaftierten.

III. Dritter Teil: Zu Theorie und Therapie der Selbstbeschädigung

1. Erklärungsversuche für selbstverletzendes Verhalten

Um selbstverletzendes Verhalten, also Autoaggression, zu verstehen, muß man zuerst die Aggression verstanden haben. Aggressiv ist jeder Mensch irgendwann einmal. Zu Autoaggression neigt aber nicht jeder. Nissen spricht 1971 von der Autoaggression als in die eigene Körpersphäre verdrängte Aggression (44).

In der kindlichen Entwicklung ist Aggression funktioneller und notwendiger Teil der kindlichen Kommunikation (162). Sie ist kombiniert mit Motilität, aktiver Zuwendung zu den Objekten, Spontanität, Neugier und Impulsivität.

Aggression kommt vom lateinischen *aggredi* = herangehen. Nach Freud (83) hat die Aggression auch etwas Konstruktives.

Man kann diese beiden Phänomene, Aggression und Autoaggression, aus verschiedener Sicht zu erklären versuchen. Im folgenden geht es nicht um eine definitionsgemäß exakte Abgrenzung zwischen beiden, sondern um Prinzipien, die auf das eine Phänomen und vielleicht konkludent damit auf das andere anwendbar sind. Die Sichtweisen, die gewählt werden, sind die beschreibende sowie die erklärende, wobei hier ein biologischer, ein psychodynamischer und ein soziologisch philosophischer Blickwinkel geschildert wird.

Steinert untersuchte die Frage, wie häufig Aggression und Autoaggression in einem Individuum auftreten (75). Die extremsten Varianten beider Formen – Mord und Suizid – werden in einen Zusammenhang gebracht. Es wurde festgestellt, daß in einem Zeitraum von 22 Jahren in den USA für Weiße eine Steigerung der Suizidrate von 18% stattgefunden hatte, während sich die Morde um 300% häuften. Bei Schwarzen zeigte sich im gleichen Zeitraum eine Erhöhung für beide Formen der Aggression um 60%. Einen Sonderfall stellten die Tötungsdelikte dar, bei denen der Täter anschließend Suizid beging. West (1966) (77) fand in den Jahren 1954-1961, daß bei 33% der Morde nach der Tat ein Suizid folgte. Allen (78) berichtet 1983 über 42% suizidaler Handlungen nach

Tötungsdelikten in Dänemark, 22% in Australien, 4% in Philadelphia und 2% in Los Angeles. Ursachen hierfür wurden nicht näher untersucht. Ebenso blieb unerforscht, in welchen Fällen der vorausgegangene Tötungsakt teilweise einen erweiterten Suizid darstellte. Letztlich sind diese Zahlen nicht richtungsweisend.

So untersuchten Bach-Y-Rita und Veno 1974 62 habituell gewalttätige Gefängnisinsassen (79). Die Hälfte von ihnen hatte sich schon selbst schwer verletzt und Narben zurückbehalten. Wieviele der weniger gewalttätigen Insassen sich selbst verletzten, bleibt unerwähnt. Die auch autoaggressiven Gewaltverbrecher hatten häufiger ein Schädelhirntrauma hinter sich und waren in der Kindheit schon häufiger durch Tierquälerei und Brandstiftung aufgefallen.

Alessi untersuchte 1984 71 jugendliche Gewalttäter, von denen 61% Suizidversuche hinter sich hatten (80). Bei ihnen wurden gehäuft affektive Psychosen und Borderline-Störungen festgestellt.

Umgekehrt wurde das Gewaltpotential von 100 zuvor psychiatrisch behandelten Suizidpatienten 1974 retrospektiv von Barraclough untersucht (81). Bei 19% der suizidierten Patienten fanden sich Hinweise auf gewalttätiges Verhalten.

Shafii (82) untersuchte 1985 20 Fälle von vollendetem Suizid bei 12- bis 19-Jährigen und stellte häufig (70%) antisoziales Verhalten, wie begangene Diebstähle und weitere kriminelle Delikte fest.

Insgesamt scheinen Autoaggression und Aggression auffällig häufig, gemeinsam aufzutreten. Wenn man aber bedenkt, daß sowohl die Mehrzahl der Mörder als auch die meisten der Menschen, die einen Suizid begehen, unter widrigen Lebensumständen aufwachsen mußten oder psychische Traumata in ihrer Anamnese haben, so kann es auch diese soziale Komponente sein, die, beispielsweise aus wirtschaftlichen Gründen, Gewalt gegen andere hervorbringt und die, vielleicht aus Frustration über die soziale Stellung und die damit verbundenen Einschränkungen, eine Depressivität und eine Suizidalität

aufkommen läßt. In der Kriminologie werden viele Aspekte untersucht, die dazu beitragen, einen Menschen zum Gewaltverbrecher zu machen. Es scheinen, neben soziologischen auch biologische Faktoren eine Rolle zu spielen. Das gemeinsame Auftreten von zwei Phänomenen, hier Mord und Selbstmord, kann rein zufällig sein. So untersuchte Neithercutt 1989 den Zusammenhang zwischen der Todesstrafe in den USA und den in dieser Zeit verübten Morden (266). Er stellte fest, daß in den Jahren 1936-1955 die Durchführung der Todesstrafe sowie die Zahl der Morde abnahm. In den Jahren 1956-1975 konnte jedoch eine Zunahme der verübten Morde bei abnehmenden Exekutionen beobachtet werden. Zu keinem Zeitpunkt nahm die Zahl der Exekutionen zu und die der Morde ab. Dennoch wird ein kausaler Zusammenhang bei den Befürwortern der Todesstrafe gesehen. Diesem Argument hält der Autor entgegen, weil zu allen Zeiten das Verhältnis, Anzahl der Morde zu Anzahl der Suizide, konstant geblieben ist, deshalb könne man – berücksichtigt man nur das gleichzeitige Auftreten zweier Variablen – genauso begründen, daß die Todesstrafe die Zahl der Suizide verringere.

Vom biologischen Erklärungsansatz der Aggression aus gesehen, ist heute bekannt, daß das limbische System des Gehirns bei der Regulation der Aggressionsentwicklung zusammen mit dem Hirnstamm und dem Hypothalamus eine zentrale Rolle spielt. Vor allem das Corpus amygdaloideum gewinnt zunehmend an Bedeutung. Die Forschung hat sich in den vergangenen Jahren vor allem auf die Untersuchung der Bedeutung von Neurotransmitter konzentriert, wobei hier das serotonerge System die größte Rolle zu spielen scheint. Man kann das 5-Hydroxyindolazetat (5-HIA) im Liquor messen und in Beziehung zum Verhalten setzen. Auch werden aus der Wirkung von Reuptake-Inhibitoren, die sowohl im adrenergen als auch im serotonergen System wirken (z.B. Amitryptilin), und solchen, die nur im serotonergen System wirken (Fluvoxamin), Rückschlüsse gezogen. Therapeutika, die aggressionshemmend wirken, sogenannte „Serenika“, sollen durch eine Steigerung der Serotoninkonzentration in den oben erwähnten cerebralen Strukturen wirksam sein. Im Tierversuch wurde gezeigt, daß ein Serotoninmangel, sei er medikamentös durch den Entzug des mit der Nahrung aufgenommenen Ausgangsstoffs L-Tryptophan oder durch Zerstörung der

serotoninhaltigen Hirnstrukturen herbeigeführt, in standardisierten Meßverfahren eine Steigerung der Aggressivität herbeiführen kann (mouse-killing behaviour bei Ratten). Umgekehrt führte jedoch eine tryptophanreiche Diät nicht zur Reduktion von Aggression. Bei Patienten mit Lesch-Nyhan-Syndrom gibt es acht Studien (131-138), die den Effekt einer Medikation mit 5-Hydroxytryptophan testen, wobei nur zwei eine Abnahme des selbstverletzenden Verhaltens nachweisen konnten.

1976 berichtet Asperg (84) erstmals über Zusammenhänge zwischen autoaggressivem (vor allem suizidalem) Verhalten und erniedrigten 5-HIA-Spiegeln im Liquor. Von Patienten, bei denen man nach einem mißglückten Suizid einen 5-HIA-Spiegel von weniger als 90 nmol/l im Liquor gemessen hatte, verstarben innerhalb eines Jahres 20% an einem Suizid. Deutlich weniger, nämlich nur 2% verübten einen Suizid, wenn der Spiegel höher lag (84).

Brown untersuchte 1982 amerikanische Soldaten, die wegen aggressiven Verhaltens vom Dienst suspendiert worden waren (85), und fand eine negative Korrelation zwischen der Konzentration von 5-HIA im Liquor und dem Schweregrad der Aggression. Umgekehrt sind niedrig gemessene 5-HIA-Spiegel im Liquor unspezifisch und kommen bei vielen Erkrankungen vor, wie bei Alkoholkranken mit schwerem Entzugssyndrom (86), depressiven Angehörigen von Alkoholikern (87), Brandstiftern (88), Patienten mit Frontalhirnläsionen (89) oder Parkinsonsyndrom (90), bei schlecht eingestellten Epileptikern (91) und beim Gilles-de-la-Tourette-Syndrom (92).

Ein weiterer biologischer Erklärungsansatz für das Auftreten von Aggressivität und der Sonderform, der Autoaggressivität, liegt im Glukosestoffwechsel. Verschiedene Untersuchungen der späten 70er und frühen 80er Jahre konnten signifikant prolongierte Hypoglykämien und Hyperinsulinämien im Glukosetoleranztest sowohl bei Gewaltverbrechern und Brandstiftern (93,94) als auch bei Suizidalen feststellen. Alle biologischen Ansätze berücksichtigen leider keine weiteren, beispielsweise sozialen, Aspekte.

Untersuchungen, welche die Wirkung des Opiatsystems auf autoaggressives Verhalten beleuchteten, wurden 1991 durchgeführt (101). Ein Schmerz führt zu einer erhöhten Ausschüttung von Endorphinen. Es wird vermutet, daß das Opiatsystem einiger Menschen dahingehend verändert ist, daß diese Personen erhöhte Opiatausschüttungen brauchen, um einen gewissen „Spiegel“ halten zu können. Dies wird als Erklärungsansatz für das wiederholte und suchtartig anmutende Ausführen selbstverletzender Akte beschrieben. Studien über Behandlungsversuche mit Opiat-Antagonisten wurden gestartet. Eine eindeutige Therapiemöglichkeit läßt sich aus den Ergebnissen jedoch nicht ableiten (112-130).

Verschiedene Autoren (126,127) vermuten einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Selbstbeschädigungen bei Patienten, die an einem Lesch-Nyhan-Syndrom beziehungsweise einem Tourette's Syndrom leiden, und einer Dysregulation der Dopamin-Aktivität bei Patienten, die einer Dopaminrezeptor-Überempfindlichkeit unterliegen. Zu stützen scheint diese These, daß Ratten, deren dopaminergen Neuronen zuvor chemisch denerviert wurden, nach der Verabreichung von Dopamin-Agonisten (zum Beispiel L-Dopa), sich selbst zu beißen begannen (128). Eine Therapie mit einem Dopamin-Antagonisten setzte dem selbstzerstörerischen Verhalten dann ein Ende. Der gleiche Versuch an Affen (129) zeigte ebenso ein Auftreten selbstverletzenden Verhaltens nach der Gabe von L-Dopa, welches sich durch Dopamin-Antagonisten jedoch nicht beheben ließ, woraus Goldstein schließt, weil er nur einen D2-Antagonisten verwandte, während er bei den Ratten zuvor einen kombinierten D1/D2-Blocker gewählt hatte, daß das Verhalten nicht allein D2-Rezeptor abhängig sein müsse. Durch weitere Experimente (130) wurde jedoch die Spezifität dieser Untersuchung erneut in Frage gestellt.

Das psychodynamische Modell basiert auf der Psychoanalyse. Hier ist Freuds Werk „Trauer und Melancholie“ (1917) das Fundament. Er beschreibt hierbei, daß eine depressive Verstimmung aufgrund geringfügiger oder gar nicht erkennbarer Anlässe einsetzt. Bei der Depression sind Selbstvorwürfe ein zentrales Symptom, bei denen die Patienten diese zur Schau tragen und jedem mitteilen, anstatt das Gefühl ihrer Schuld für

sich zu behalten und sich zu schämen. So wird postuliert, daß diese Vorwürfe in Wirklichkeit gar nicht gegen die eigene Person gerichtet sind, sondern gegen eine andere, eigentlich geliebte Person. Diese Person wird aber eben nicht nur geliebt, sie wird auch gehaßt. Das aversive Gefühl, diese Aggression, wird jedoch unterdrückt. Es entwickelt sich eine stets wachsende Liebe mit einer Abhängigkeit von der geliebten Person, die soweit geht, daß der Liebende sich erst zusammen mit dem anderen als Ganzes fühlt. Diese Liebe, die häufig zu den Eltern in dieser Form erlebt wird, spiegelt sich später in der Beziehung der Partnerwahl wieder. Droht dieses Liebesobjekt nun verlorenzugehen, so droht nicht nur der Verlust des Objekts, sondern auch eines Teils des eigenen Ichs. Aggressionen oder Haßgefühle gegen das Objekt werden von einem strengen Über-Ich nicht zugelassen, deswegen richtet sich die ganze Aggression gegen sich selbst. Freud beschreibt deshalb den Selbstmordimpuls als einen rückgewendeten Mordimpuls.

Der Suizid kommt als aktive Handlung dem passiven Ausgeliefertsein einer Katastrophe zuvor. Menninger sagt 1938 (95): „Man tötet sich nicht, um nicht mehr zu leben, sondern um anders – besser – zu leben.“

Geyde (173) vermutet 1989 einen Zusammenhang zwischen selbstbeschädigendem Verhalten und einer Frontallappenepilepsie. Daß bei schlecht eingestellten Epileptikern aufgrund oben erwähnter biochemischer Veränderungen im 5-HIA-Spiegel gehäuft Aggressionen auftreten können, wurde bereits erwähnt. Zudem weiß man aus der Forschung an Kriegsverletzten, daß Läsionen im Bereich des Frontalhirns zu einer erhöhten Aggressivität führen. Gleiches läßt sich bei Patienten mit Frontalhirntumoren beobachten. Inwieweit aber diese Hirnregion in einem Zusammenhang mit der Neigung zur Aggressivität steht, ist unbekannt.

Zur Motivation der sich selbst beschädigenden, geistig Behinderten hebt Repp 1990 die Selbststimulation, die positive und die negative Verstärkungshypothese, hervor (46). Die Selbststimulationshypothese (52,53) basiert auf zwei Versionen, der des "hypoarousal" und der des "hyperarousal" Status.

Die erste Version sagt, daß ein Organismus eine gewisse Menge an Stimulationsreizen (taktile beispielsweise) benötigt. Bleiben diese aus, dann resultieren stereotype Handlungen, wie die Selbstbeschädigung, um eine sensorische Stimulation zu erhalten.

Die zweite Form, die "hyperarousal" Form, dient dazu, in einem überstimulierten Organismus durch selbstverletzendes Verhalten den Dopaminspiegel im Körper zu senken. Die Positive Verstärkungshypothese (positive reinforcement hypothesis) (51) besagt, daß das selbstverletzende Verhalten durch eine positive Verstärkung, zum Beispiel die erhöhte soziale Aufmerksamkeit, aufrecht erhalten wird. Im umgekehrten Fall, in der "negative reinforcement hypothesis", ist die Selbstbeschädigung ebenfalls erlernt und wird in Situationen eines aversiven Reizes, zum Beispiel bei Überforderung, präsentiert. Hierdurch soll von dem als unangenehm erlebten Reiz Abstand gewonnen werden. Auch für diese Hypothese gibt es Anhänger (48,49,50). Hierbei wird zwar einleuchtend erklärt, wieso selbstverletzendes Verhalten aufrecht erhalten wird, jedoch liefert sie keine Begründung für das Erstauftreten der Selbstbeschädigung, die dann ja eine positive oder negative Verstärkung zur Folge hat, welche als Ausgangsbasis für das weitere Verhalten dient.

Winchel gibt 1991 in einer sehr guten Arbeit (101) zu den möglichen Ursachen selbstverletzenden Verhaltens auch einen psychodynamischen Ansatz an, der den Schaden, welcher dem Körper bei der Selbstverletzung zugefügt wird, als eine gegen andere gerichtete, verinnerlichte Repräsentation oder als Versuch, eigene Schuld ungeschehen zu machen, sieht. Er bezieht sich hierbei auf eine Arbeit von Stone (58) aus dem Jahre 1987, der bemerkt, daß viele Patienten mit Borderline-Störungen und selbstverletzendem Verhalten in ihrer Vergangenheit sexuellen Mißbrauch erfahren haben und daß für sie die Spannung, die aus einem Schuldgefühl heraus entsteht, durch die Verletzung gelöst und nicht nur der eigene Körper, sondern auch empfindungsmäßig der des Mißbrauchenden gestraft wird.

2. Umfeldbedingungen als mögliche Verstärker selbstverletzenden Verhaltens

Bestrafung mag ein spezifischer Auslöser des selbstverletzenden Verhaltens bei besonders empfindlichen Personen sein (101). In der Literatur fällt auf, daß viele Fälle aus Heimen für straffällige Jugendliche, aus Gefängnissen, aus Heimen für geistig Behinderte und Psychiatrien stammen. Auch wird häufig erwähnt, daß die Personen, über welche berichtet wird, sich bis zu ihrer Einlieferung nie zuvor selbst beschädigt oder den Impuls hierzu verspürt haben (104,140,141,142,143,144).

Einen eindeutigen Nachahmungseffekt konnte Rosen 1989 (54) in seiner Untersuchung an Jugendlichen mit affektiven Störungen, Borderline-Psychosen und atypischen Psychosen nachweisen. Er isolierte jeweils die Person in einer Gruppe, die am meisten Kontakte pflegte, und konnte so zeigen, daß der Anteil an Selbstbeschädigungen in dieser Gruppe signifikant sank.

Zudem beschreiben viele Selbstbeschädiger eine typisch auslösende Situation. Sie verspüren meist aufgrund eines Trennungserlebnisses eine große Spannung und eine Hilflosigkeit. Sie suchen dann die Einsamkeit und fallen, wenn sie allein sind, in einen tranceähnlichen Zustand, in dem sie sich verletzen und aus dem sie erst erwachen, wenn eine Wunde blutet, die Schmerzen wiederkehren und die Spannung sich gelöst hat.

2.1. Umgang mit Selbstbeschädigern in einer Haftanstalt

Erstaunlicherweise existieren keine definitiven Berichte, wie in einer Haftanstalt mit Selbstbeschädigern umgegangen wird. Disziplinarische Strafen werden zwar erwähnt, doch ist unklar, wie diese aussehen könnten und wann und wie oft sie verhängt werden. Außerdem fehlen Berichte über den Erfolg solcher Maßnahmen.

Die im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg interviewten Häftlinge waren alle wegen ihres selbstbeschädigenden Verhaltens dorthin aus ihrer Heimatanstalt verlegt worden. Hauptsächlich sollte im Justizvollzugskrankenhaus außer der Wundbehandlung auch über

eine akute oder latente Suizidalität aus Sicht der Psychiater entschieden werden. Denkbar ist auch, daß der Selbstbeschädiger aus der Vollzugsanstalt, in der er sich verletzt hatte, verlegt wurde, um Nachahmungen vorzubeugen.

2.2. Umgang mit Selbstbeschädigern durch Dritte

Nach Rome und Barry (1965) (182) muß die Gesellschaft sich in ihrer Reaktion auf Selbstbeschädigung zwischen Kümmern und Bestrafen entscheiden. Ein Patient sagte einmal: „*Immer, wenn ich mich schnitt, dann beruhigte mich meine Mutter und war mir nah. Aber sie hat nie das Blut weggewischt und die Unordnung beseitigt, weil sie wollte, daß mein Vater alles sieht, wenn er nach Hause kommt.*“ (181).

Frances (225) schreibt 1987: *“Of all disturbing patient behaviors, self-mutilation is the most difficult for clinicians to understand and treat....The typical clinician (myself included) treating a patient who self-mutilates is often left feeling a combination of helplessness, horrified, guilty, furious, betrayed, disgusted, and sad. Many times an otherwise promising treatment reaches a stalemate or ends because of the inability of the patient and the clinician to manage the self-mutilation in a fashion that will reduce or eliminate it.”*

Die Reaktion, die verständlicherweise die Angehörigen oder Freunde der Personen, die einen Überfall schilderten und denen später vom Institut für Rechtsmedizin Tübingen die Fremdbeibringung nachgewiesen wurde, zeigten, war die der Anzeige. So bekam die Geschichte des fingierten Überfalls oft eine ganz andere Wendung, als die Selbstbeschädiger wahrscheinlich gehofft hatten. Sie standen nun im Mittelpunkt einer behördlichen Ermittlung, in deren Verlauf ihrer Tathergangsschilderung kein Glauben geschenkt wurde, so daß sie ins Institut für Rechtsmedizin zu einer weiteren Untersuchung mußten. Sicherlich kam auch Angst vor rechtlichen Konsequenzen hinzu. Inwieweit das gewünschte Ziel, nämlich vermehrte Fürsorge von seiten eines Dritten erreicht worden war, wird nicht berichtet.

2.2.1. Einweisung in ein Krankenhaus

Lediglich dann, wenn die Selbstbeschädigung als solche nicht erkannt wurde, wird laut Literaturbericht eine Person mit ihren Verletzungen in ein Krankenhaus eingewiesen. Sonst wurde der Patient ambulant außer der Wundversorgung ebenfalls psychiatrisch beurteilt und dort auch hauptsächlich therapiert. Ausnahmen machten die Fälle, in denen eine spezielle chirurgische oder beispielsweise ophthalmologische Therapie nötig war. Hier bestand dann aber oft kein Zweifel über die Selbstbeibringung, so daß ein konsiliarärztlicher Psychiater hinzugezogen wurde.

2.2.2. Einweisung in eine Psychiatrische Klinik

Über die Einweisung in eine psychiatrische Klinik nach einer (erkannten) Selbstbeschädigung wird vielfach berichtet. Auch die Verlegung von einer Justizvollzugsanstalt auf die psychiatrische Station des Justizvollzugskrankenhauses Hohenasperg ist letztlich nicht anders zu werten.

Von den 34 Personen, die der Polizei gegenüber fingierte Überfälle schilderten und vom Institut für Gerichtsmedizin in Tübingen untersucht wurden, sind zwei psychiatrisch stationär behandelt worden. Eine junge Patientin wurde gleich nach der „Tat“ in der Jugendpsychiatrie betreut, eine andere, die durch insgesamt sieben fingierte Überfälle auffiel, wurde nach der Schilderung des sechsten in einer psychiatrischen Landesklinik akuter Suizidalität und latent schwerer Depression wegen weiter behandelt.

In der Literatur finden sich viele Beispiele eines möglichen Behandlungskonzepts für selbstbeschädigendes Verhalten, wobei die Patienten, die psychiatrisch stationär behandelt werden, meist wegen anderer Symptome Hilfe suchen und die Selbstverletzung nur einen Nebenschauplatz darstellt. Dieser wird jedoch in der Literatur von vielen Ärzten scheinbar als Maß für die Qualität der Therapie herangezogen. Sehr oft werden frustrierende Berichte geschildert, in denen die Patienten unter der Therapie gute Fortschritte hinsichtlich eines Symptoms, beispielsweise Panikattacken, machten, dann

aber erneut selbstverletzendes Verhalten zeigten, so daß die Therapie umgestellt werden mußte.

2.2.3. Strafanzeige

Selbstbeschädigung ist im deutschen Recht nicht strafbar. Sollte jedoch bei der Tathergangsschilderung Fremdbeibringung behauptet werden, so liegt unter Umständen der Tatbestand des Vortäuschens einer Straftat vor. Diesbezüglich wurde in mindestens 19 von 34 Fällen des Instituts für Gerichtsmedizin in Tübingen ermittelt. Mehrere Personen wurden auch verurteilt.

2.2.4. Die Rolle der Öffentlichkeit / der Presse

Zwei Fälle von fingierten Überfällen des Instituts für Gerichtsmedizin der Universität Tübingen wurden in der Presse erwähnt. In einem Fall (Fall II.21.) hatte sich eine 17-jährige Gymnasiastin aus Halle zu einer Zeit, als in der Presse viel über Rechtsradikalismus in den neuen Bundesländern publiziert wurde, ein Hakenkreuz in die Wange geschnitten und behauptet, Skinheads hätten ihr dies zugefügt. Eine nicht geahnte Lawine wurde ins Rollen gebracht, so daß auch das Fernsehen überregional darüber berichtet hatte. Die Schülerin gab Tage später dem öffentlichen Druck nach und gestand die Selbstbeibringung ein.

In einem weiteren Fall (Fall II.28.) gab eine 16-jährige Schülerin an, von „Grufties“ (schwarz gekleidete Personen mit weiß geschminkten Gesichtern) überfallen worden zu sein. Auch hier erfolgte eine Pressemitteilung, die eine umfangreiche Suchaktion ins Rollen brachte, bis die Schülerin sechs Tage nach der Tat die Simulation eingestand.

In diesen Fällen hatte die Presse jeweils einen abschreckenden Effekt, in dem durch ihre Veröffentlichungen die Situation wesentlich größere Kreise zog, als von der sich selbst verletzenden Person beabsichtigt worden war.

Zu der Rolle der Presse bei Selbstbeschädigung unter Haftbedingungen liegen in der Literatur keine Berichte vor. Lediglich mißlungene Selbstmorde, die nicht unbedingt zur

Selbstbeschädigung im eigentlichen Sinne zählen, weil eine Tötungsabsicht dahinter steckt, werden in Zeitungsberichten erwähnt, wenn es sich um Prominente handelt.

Hier dürfte es sich auch von seiten der Presse schwierig gestalten, an Informationen zu gelangen, weil die Selbstbeschädigung immer noch als Maß für die Qualität einer Haftanstalt dient. Vergleichen Sie hierzu auch die Schwierigkeiten, denen die Autorin der vorliegenden Arbeit bei der Suche nach einer geeigneten Vollzugsanstalt zur Bearbeitung ihres Themas ausgesetzt war, wie in der Einleitung geschildert wurde.

3. Therapiebedürfnis und Therapiemöglichkeiten

Pharmakologische Therapieversuche zur Behandlung selbstverletzenden Verhaltens werden bislang hauptsächlich in Studien an geistig Behinderten erprobt. Die verschiedensten Substanzgruppen, wie Neuroleptika, Lithium, Carbamazepin, Tranquilizer, Propanolol, Baclofen, Stimulantien und Antidepressiva, werden verwendet. Die jeweiligen Methoden der Studien unterscheiden sich erheblich. Oft wird nicht zwischen aggressivem und autoaggressivem Verhalten unterschieden. Der sedierende Effekt vieler Medikamente erschwert die Beurteilung des Therapieerfolgs. Ein einheitliches Behandlungskonzept – sollte es dies überhaupt geben – ist nicht in Sicht.

Verhaltenstherapeutische Therapieansätze werden bei geistig Behinderten unternommen. Diese basieren auf den Theorien, die das selbstbeschädigende Verhalten aufrecht erhalten sollen: Einmal die Ansicht, daß durch eine negative Verstärkung, nämlich der Flucht aus einem unerträglicheren Zustand, Autoaggression unterstützt (138) sowie die Annahme, daß durch eine positive Verstärkung beispielsweise erhöhte Aufmerksamkeit erreicht wird.

Eine Therapie des Umfelds wurde ebenfalls versucht (vgl. 139). Hierzu werden die Betroffenen für 30 Tage stationär aufgenommen. Bei der Aufnahme unterzeichnen sie einen Vertrag, in dem sie sich verpflichten, sich während der Zeit des Aufenthalts nicht selbst zu verletzen. Sollte dennoch ein starkes, unkontrollierbares Verlangen in ihnen

aufsteigen, so sollen sie das Personal hierüber informieren. In den 30 Therapietagen werden Patienten von dem Bedürfnis, sich zu verletzen, abgelenkt und dazu ermuntert, andere mit Aversionen besetzte Situationen ihres Lebens näher zu untersuchen. Daß dieses Therapiekonzept sehr aufwendig und teuer ist, muß nicht unbedingt erwähnt werden.

Überdies gibt es zumindest in den USA Selbsthilfegruppen von Patienten mit selbstverletzendem Verhalten, die sich an dem 12-Punkte-Programm der *Anonymen Alkoholiker* orientieren.

Carr und Durand versuchten 1985 auf der Basis der Negative Reinforcement Theory, den Patienten andere, alternative Fluchtantworten auf aversive Reize beizubringen (177). Eine Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen, die eine Selbstverletzung auf aversive Reize hin vollbringen, stellt Iwata im Rahmen einer Studie 1990 vor (176). Hier fehlen jedoch Langzeitergebnisse.

Obwohl es viele anekdotisch anmutende Berichte über erfolgreiche Behandlungsverfahren aus den Bereichen der Psychodynamik oder der unterstützenden psychosozialen Führung, der Therapie mit psychotropen Medikamenten oder MAO-Hemmern, Lithium oder Naloxon, gibt, so fehlen andererseits Berichte über ihren Langzeiteffekt (187,188). Zudem fehlt den wissenschaftlich vorgestellten Studien meist eine Homogenität an Patienten. Außerdem werden die einzelnen Unterformen der Selbstbeschädigung vermischt, was den Therapieerfolg der jeweils untersuchten Strategie verfälschen kann.

3.1. Meinung der Betroffenen

Die Betroffenen selbst haben zumeist kein Therapiebedürfnis. Hier muß man die einzelnen Motive, aus denen heraus Selbstbeschädigung durchgeführt wird, jedoch getrennt betrachten. Sollte eine Verletzung dazu dienen, um Versicherungsbetrug zu begehen oder um in einer Haftanstalt eine Verlegung zu erzwingen, so ist das Verhalten

zwar manipulativ, aber fraglich krankhaft und damit auch nicht unbedingt therapiebedürftig.

Sollte aber die Selbstbeschädigung als Mittel zur Konfliktlösung eingesetzt werden, um unerträgliche Spannungen auszuhalten oder abzubauen, so empfinden die Betroffenen keinen Therapiewunsch, denn die Beschädigung ist in ihren Augen ja bereits eine Therapie, die ihnen ein besseres Ausharren in ihrer Situation oder Abfinden mit dem Leben ermöglicht. Hier muß von seiten eines Therapeuten sicher einfühlsam eine sinnvollere Strategie zur Konfliktlösung entwickelt werden.

3.2. Die Literatur

Die kausale Therapie besteht nach Brettel im Jahre 1986 darin, den Patienten an der erneuten Durchführung einer Selbstverletzung zu hindern (70). Dies kann durch Okklusivverbände, durch die Wegnahme von Ätzmitteln, durch unmißverständliches Zuverstehengeben, daß die Machenschaften durchschaut werden, geschehen. Hier sind einfach nur körperliche, an der Selbstbeschädigung hindernde Maßnahmen gemeint, die Brettel wahrscheinlich bei geistig Behinderten, die dieses Verhalten repetitiv zeigen, anzuwenden empfiehlt. Ob hier in ausreichendem Maße nach einer Therapie gesucht wurde, bleibt fraglich.

Eckhardt schlägt in ihrem Artikel (232) über die vorgetäuschte Störung im Umgang mit Artefaktpatienten vor, vor allem erst einmal anzustreben, die Diagnose zu stellen. Danach sollten alle organischen Krankheiten zuvor sicher ausgeschlossen worden sein. Die Zusammenarbeit zwischen Klinikarzt, Hausarzt und Psychiater sollte verbessert werden. Eckhardt rät zu einem Verzicht auf Konfrontation. Vielmehr sollte der Arzt versuchen, durch eine einfühlsame, nicht anklagende Haltung einen Zugang zum Patienten zu finden. Dann empfiehlt sie, einen Psychiater hinzuzuziehen, der den Patienten konsiliarisch zunächst auf Station eines Normalkrankenhauses untersuchen und danach, falls erforderlich, eine ambulante oder stationäre psychotherapeutische Behandlung einleiten sollte.

Schmauss et al. machen 1963 den stigmatisierenden Vorschlag, die Diagnose des Artefaktpatienten ihm auf den Bauch tätowieren zu lassen (233). Ob hierdurch eine Heilung initiiert wird, ist fraglich.

In seiner Dissertation über Selbstverletzung bei Häftlingen beschreibt Tigges 1934 eine seiner Meinung nach erfolgreiche Taktik zur Abhilfe (247). Er zählt hierzu zwei Möglichkeiten auf. Man könne entweder mit „rücksichtsloser Strenge“, mit Strafverhängungen, gegen Selbstbeschädiger vorgehen oder mit „milder und individueller“ Behandlung auf den Einzelnen eingehen. Der Autor befürwortet folgendes Procedere: Ein Geisteskranker, der sich selbst verletzt, gehöre nicht bestraft und – folgerichtig – auch eigentlich nicht in eine Vollzugsanstalt. Alle anderen müsse man bestrafen. Lediglich dann sei von einer Strafe abzusehen, wenn die Abnormität sich auf eine fehlende Flucht tendenz vor dem Schmerz beziehe. „Dies dürfte, bei den Selbstverletzern aus Spieltrieb zu bejahen sein.“ Abschließend bemerkt er, daß der Strafvollzug reformiert werden und seinen Charakter der Sühne und Vergeltung verlieren sowie zur Resozialisierung der Gefangenen führen sollte. Man habe aber mit dieser Reform schlechte Erfahrungen gemacht, so Tigges, der vor zu großer Hafterleichterung warnt: „Schon jetzt haben die Gefangenen es hinsichtlich der Verpflegung weit besser als die meisten Deutschen in dem Millionenheer von Erwerbslosen.“

Van Moffaert untersuchte 1989 die Unterschiede in der Compliance bei sich selbst beschädigenden Patienten, die in die Dermatologie, die Innere Medizin und in weitere Abteilungen des Universitätskrankenhauses in Gent eingeliefert wurden (186). Einmal wurden die Patienten mit Psychotherapie behandelt, ein anderes Mal mit Psychotherapie und psychotropen Medikamenten, die situativ angepaßt wurden. Standen beispielsweise Ängste und große Spannung im Vordergrund, so erhielten die Patienten Benzodiazepine. Antidepressiva wurden verschrieben, wenn depressive oder suizidale Elemente vorherrschten. Neuroleptika wurden in normaler Dosierung bei Psychotikern und in niedriger Dosierung bei Personen mit Borderline-Störungen verabreicht. Die Compliance der Patienten, welche die kombinierte medikamentöse und psychotherapeutische Therapie erhalten hatten, war deutlich besser (72% zu 61%). Ein Erklärungsfaktor

hierfür und für die Tatsache, daß die alleinige Psychotherapie in 39% der Fälle vorzeitig abgebrochen wurde (im Vergleich zu 28% vorzeitigem Beendens der kombinierten Therapie), ist, daß die medikamentöse Behandlung einen medizinischen Behandlungstyp symbolisiert, der besser zu dem somatischen Bild paßt, das die Krankheit vom Patienten zeichnet (190,191).

Die behandlungstherapeutischen Konzepte umfaßten verhaltenstherapeutische Strategien mit psychotherapeutischer Unterstützung, systemischer Desensibilisierung, wenn Angststörungen im Vordergrund standen, Hypnose und Biofeedback in verschiedenen Fällen, in denen vor allem Verletzungen der Haut beigebracht wurden.

IV. Vierter Teil: Die Zusammenfassung

Zusammenfassung und weiterführende Überlegungen

Die Beurteilung der aktuell vorliegenden Literatur zum Thema der Selbstbeschädigung ist schwierig. Größtes Hindernis ist die mangelnde Präzision der meisten Autoren, was Gliederung der inneren Beweggründe und äußeren Erscheinungsformen beziehungsweise Definition der Selbstverletzung betrifft. In Studien werden wichtige Variablen nicht berücksichtigt oder elementare Informationen nicht erwähnt, so daß aus vielen Untersuchungen wenig informatives und weiterführendes Wissen herzuleiten ist.

In der vorliegenden Arbeit wurde vor allem eine Definition der Selbstbeschädigung versucht. Anhand dieser wurde eine Einteilung erstellt, welche die Motive, die Handlungsform und den Vorsatz berücksichtigt. Hierbei wird deutlich, daß es mehr Grenzfälle von selbstbeschädigendem Verhalten im Sinne der Definition gibt, als gedacht. Dazu zählen im weitesten Sinne beispielsweise die Eßstörungen oder der Nikotinabusus als weitgehend sozial akzeptierte Unterformen zur Selbstbeschädigung, die in der aktuellen Literatur wenig berücksichtigt werden.

Interessanterweise konnte festgestellt werden, daß der überwiegende Teil der Publikationen sich mit der Selbstbeschädigung bei geistig Behinderten und bei psychiatrischen Patienten befaßt. Ein Grund hierfür mag in den zumeist spektakuläreren Fallberichten liegen. Ein weiterer Grund ist sicher auch, daß diese Patienten, weil sie oft institutionalisiert leben, einer Beobachtung besser zugänglich sind. Dennoch beschränken sich die meisten Berichte auf Falldarstellungen und berücksichtigen zu wenig die Hintergründe beispielsweise soziale Aspekte.

Aufgrund seiner multifaktoriellen Entstehungsweise grenzt das untersuchte Thema an das Gebiet der Soziologie, der Biologie, der Kriminologie, der Psychiatrie, der Psychologie und der Medizin. Deshalb mag ein Grund für das Defizit darin liegen, daß die meisten

Untersuchungen nur einen Aspekt, nämlich den des jeweilig fachlichen Blickwinkels, aus dem berichtet wird, berücksichtigen.

Auf dem Gebiet der Biochemie gibt es sehr interessante Untersuchungen, die zumeist an Tieren durchgeführt wurden und eine enge Relation des Opiat-, des Dopamin- und des Glukosestoffwechsels sowie des serotonergen Systems auf die Aggression und Autoaggression testen. Hier scheint man durchaus kausale Beziehungen gefunden zu haben, so wie man ja bereits die Auswirkung des Serotonins beispielsweise auf Depressionen kennt. Die Forschung nach biochemischen Ansätzen ist jedoch noch unspezifisch und weit von einem erfolgversprechenden (medikamentösen) Therapieansatz entfernt. Hier bietet sich ein weites Forschungsfeld für künftige Untersuchungen.

Weitere Erklärungsmodelle beschäftigen sich mit den soziologischen Faktoren in der Anamnese von Selbstbeschädigern. So findet man einige traumatische Erlebnisse in der Vergangenheit, wie Mißbrauch oder Überfälle, unter deren psychischen Nachwirkungen das untersuchte Verhalten gezeigt wird. Auch spielen bestimmte widrige Lebensumstände, wie der frühe Verlust der Eltern, wohl eine Rolle. Geprägt ist die Anamnese der Selbstbeschädiger häufig von Trennungssituationen und -ängsten. Ähnlich motiviert sind dann die auslösenden Situationen, die meist von dem Verlust einer geliebten Person geprägt sind. Eine soziale Kontaktarmut, ein unfreiwilliges Außenseitertum finden sich gehäuft in den Schilderungen der Lebensumstände der Selbstbeschädiger und deren Familien. Hieraus wird der Schluß gezogen, daß die soziale Vereinsamung zu einem verminderten Repertoire an Möglichkeiten, mit konfliktbehafteten Situationen umzugehen, geführt hat.

Wie die eigentliche Selbstbeschädigung aussieht, hängt in der Hauptsache von der Motivation ab. Hierbei ist vor allem wichtig, ob die Selbstbeschädigung entdeckt werden soll oder nicht. Soll sie geheim bleiben und dient sie nur als Strategie zur Lösung eines Konflikts, reicht zumeist das Fließen von Blut. Dennoch gehen die Wunden in der Beschreibung häufig tiefer, liegt eine höhere Gesamtverletzungsschwere vor, wie bei den

Fällen festzustellen ist, die der Öffentlichkeit zugänglich sein sollen, um beispielsweise eine vermehrte Zuwendung zu erwirken. In vielen Berichten wird ein vermindertes Schmerzempfinden zum Zeitpunkt der Selbstverletzung beschrieben, welches durch einen tranceähnlichen Zustand erklärt wird. Dies mag für die Fälle zutreffen, in denen die Depersonalisation dazu dient, einem Konflikt aus dem Weg zu gehen und dann nichts mehr fühlen zu müssen, wenn der psychische Schmerz am größten ist. In den Fällen jedoch, in denen die Selbstbeschädigung bewußt durchgeführt wird, um beispielsweise einen Überfall zu fingieren, scheint ein unbeeinträchtigtes Schmerzempfinden vor dem Zufügen schwererer Verletzungen zu schützen.

In Haft ist die Situation der Selbstbeschädigung sehr unübersichtlich. Zu häufig wird ein manipulatives Verhalten unterstellt. Denkbar und auch erwähnt sind jedoch Fälle, in denen eine erprobte Strategie der Konfliktbewältigung, die schon vor Inhaftierung ausgeübt wurde, weiter praktiziert wird. Auf der anderen Seite häufen sich Berichte über Fälle von Häftlingen, die sich vor ihrer Verhaftung nie verletzt, aber in der Haft dies dann tun. Hier mag ein Nachahmungseffekt vermutet werden. Es können auch Fälle vorliegen, in denen eine hafterleichternde Situation, beispielsweise der Transfer in ein Justizvollzugskrankenhaus, erzwungen werden soll. Nicht zu vergessen sind auch die Häftlinge, die in Gefangenschaft keinen anderen Ausweg wissen, als sich zu verletzen. Es gibt Analogien zu Tierbeobachtungen, die autoaggressives Verhalten bei gefangenen Lebewesen beschreiben, was in Abhängigkeit von den Haltungsbedingungen gesehen wird. Diese Berichte sollten zu Denkanstößen Anlaß geben, ob das Strafrechtssystem Häftlinge tatsächlich resozialisiert oder ob Autoaggression und vielleicht auch Aggression erst provoziert werden. Außerdem sollte darüber nachgedacht werden, ob eine Reform zur Verbesserung von Haftbedingungen nicht dem sozialen System von Nutzen wäre.

Weiterhin wurde ein großes Kapitel dieser Arbeit der Frage nach der Beziehung zwischen Selbstbeschädigung und Suizid gewidmet. Es existieren zu diesem Thema exakt kontroverse Ansichten in der aktuellen Literatur. Zum einen wird die Selbstbeschädigung als Vorstufe zum Suizid gesehen, weil eine Verletzung der Integrität des Körpers als

erste Hemmschwelle überwunden wird und weil es sich bei vielen Selbstbeschädigern um Personen von niedrig sozialem Status handelt, die unter widrigen Lebensumständen existieren müssen, die häufiger unter Existenzängsten leiden und deren System der Konfliktbewältigung vielleicht dadurch nicht so fein ausgebildet ist. Zum andern bezeichnet die kontroverse Meinung selbstverletzendes Verhalten als anti-suizidal.

Während beim Suizid eine Tötungsabsicht vorliegt, zielt eine Selbstverletzung auf eine Verbesserung der Lebensumstände ab, sei es durch Lösung eines psychischen Konflikts oder einer konkreten Situation, der man sich durch Selbstbeschädigung zu entziehen sucht. Um der Beantwortung dieser Frage nachzugehen, wurde zunächst der Suizid näher untersucht. Letztlich gibt es auch hier viele widersprüchliche Ansichten zu dem Entstehungsmechanismus, der ähnlich multifaktoriell zu sein scheint wie bei der Selbstbeschädigung. Ebenfalls wurden auch biologische Aspekte, hier vor allem aus der Zwillingsforschung, erläutert. Suizid und Selbstbeschädigung scheinen aufgrund ihrer Motive jedoch so weit auseinander zu liegen, daß man trotz der ähnlichen Morphologie keine Beziehung zwischen beiden herzuleiten vermag und daß das selbstverletzende Verhalten eher als nicht suizidal zu deuten ist.

Die Therapiemöglichkeiten sind so mannigfaltig wie die Motive des zu therapierenden Verhaltens auch. Es gibt pharmakologische, psychotherapeutische und soziologische Ansätze. Die medikamentösen klingen zumal unter Berücksichtigung der sich noch entwickelnden biochemischen Forschung auf dem Gebiet der Neurotransmitter vielversprechend. Jedoch müssen die immensen Unterschiede in der Motivation, die das Verhalten aufrecht erhält, berücksichtigt werden. Eine Standardtherapie kann es nie geben, da die Auslöser und die Gründe für die Aufrechterhaltung der Selbstbeschädigung so multifaktoriell sind, daß bislang kaum eine hinreichende Einteilung des Phänomens gelungen ist.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß es einen typischen Selbstbeschädiger nicht gibt. Vergleiche zwischen der Selbstbeschädigung unter Haftbedingungen und außerhalb von Haftanstalten sind sehr schwer zu ziehen, da die Motive für die Selbstverletzung sehr mannigfaltig sind und außerdem aus den unterschiedlichsten Blickwinkeln begutachtet

werden. Außerhalb von Haftanstalten fallen Selbstbeschädiger in den häufigsten Fällen als Versicherungsbetrüger oder als Personen, die aus persönlichen Gründen eine Fremdbeibringung der Verletzungen vortäuschen, auf. In diesen Fällen liegt das Hauptaugenmerk des Begutachters auf dem Nachweis der Selbstbeibringung. Hierzu wurde eine Vielzahl an morphologischen Kriterien und weiteren Gemeinsamkeiten, beispielsweise die Tathergangsschilderung oder die Täterbeschreibung betreffend, erarbeitet. In diesen Fällen gilt es nach Erkennen der Selbstbeibringung, die Motive zu analysieren und zu ergründen, wie der betreffenden Person in anderer Weise als in der selbstverletzenden Art geholfen werden kann.

Über diese Fälle hinaus gibt es eine weitere Anzahl an Personen, die sich selbst verletzt, dies aber heimlich tut. Hier sollte man, nach Entdeckung einer Selbstbeschädigung prüfen, inwieweit eine psychiatrische Erkrankung ursächlich für das Auftreten des Verhaltens verantwortlich sein könnte, um dann die spezifische Therapie zu initiieren.

Nach Durchsicht der Literatur scheint es darüber hinaus weitere Ursachen selbstverletzenden Verhaltens zu geben, die sicher nur einen kleinen Teil an der Gesamtheit aller Fälle ausmachen, die aber dennoch erkannt und therapiert gehören, da sie zur Chronifizierung zu neigen scheinen.

In Haftanstalten ist es leicht, zwischen Fremd- und Selbstbeibringung von Verletzungen zu unterscheiden. Selten lassen die Häftlinge hinsichtlich der Art der Beibringung Fragen offen. Schwierig ist es, die Hintergründe aufzuklären, abgesehen von den Fällen, bei welchen eine Krankheit simuliert oder artifiziell herbeigeführt wird, um in ein Krankenhaus verlegt zu werden. Die meisten Häftlinge wollen durch ihre Selbstverletzung etwas Konkretes erreichen. Dennoch sei davor gewarnt, vorschnell diese Erklärung als die einzig mögliche zu akzeptieren. Zum einen muß, selbst wenn manipulatives Verhalten vorliegen sollte, geklärt werden, warum der Häftling eine Verbesserung seiner Situation erreichen möchte und ob diese nicht vielleicht berechtigt ist. Zum anderen konnte in der vorliegenden Arbeit gezeigt werden, daß es, abgesehen von dieser Motivgruppe, Inhaftierte gibt, deren Verhalten anders erklärt werden muß. Hier scheint die Deprivationssituation an sich, derartiges Verhalten auszulösen. Eine

Disziplinarmaßnahme als Bestrafung würde nicht den gewünschten Effekt erzielen. Es gilt das gleiche wie bei Nicht-Inhaftierten. Die Motive sollten analysiert und der Patient gegebenenfalls einer spezifischen Therapie, sofern diese zur Verfügung steht, zugeführt werden.

Fachübergreifend muß selbstverletzendes Verhalten analysiert werden, um auch nur ansatzweise zu verstehen, was Menschen dazu bringen kann, sich selbst zu verletzen. Es ist voreilig und unbegründet zu behaupten, daß nur ein kranker Geist hinter derart deviantem Verhalten stecken kann, wie noch Anfang des letzten Jahrhunderts mehrfach geäußert wurde. Erst dann, wenn die auslösenden und die aufrechterhaltenen Faktoren bekannt sind, können erfolgversprechende Therapien entwickelt werden, denn ebenso wie es nicht nur einen Grund für Selbstbeschädigungen gibt, kann es auch nicht nur eine Therapie sein, die sie verhindert.

Wenn die einzelnen Aspekte aus den Blickwinkeln der Kriminologie, der Soziologie, der Medizin, der Biologie, der Psychiatrie und der Biochemie näher erforscht sind, dann darf nicht versäumt werden, alles in eine Relation zueinander zu bringen. Die vorliegende Arbeit soll diesbezüglich weitere Recherchen durch ihre Zusammenfassung erleichtern.

Anhang

Die Fälle

I. Interviews mit Selbstbeschädigern im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg

Fall 1: B.W., geb. 17.08.1950

Das Gespräch wurde am 22.12.1995 im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg im Beisein von Fr. Dr. H. (behandelnde Ärztin) geführt.

Eindruck:

Der Patient ist während des Gesprächs unsicher und stottert leicht. Er antwortet hastig.

Soziale Anamnese:

Der Patient berichtet, in Ost-Berlin aufgewachsen zu sein. Die Einschulung erfolgt 1957 in Ost-Berlin.

Von der 3. bis zur 7. Klasse besucht er eine Sprachheilschule. 1967 macht er den Hauptschulabschluß. Bis 1970 erfolgt eine Ausbildung zum Facharbeiter für Dampferzeugerbau. Er leistet ein halbes Jahr Wehrdienst ab und wird dann Berufssoldat. Er berichtet, mit einer Schwester, die zur Zeit arbeitslos sei, bei beiden Eltern aufgewachsen zu sein. Seine Kindheit bezeichnet er als glücklich. Beide Eltern leben noch, er habe auch regelmäßigen Kontakt zu ihnen gehabt bis zu dem Zeitpunkt der Straffälligkeit. Nun fürchte er sich vor ihrer Meinung, die sie über ihn haben könnten. Er möchte ihnen auch nicht mitteilen, wo er sich momentan aufhalte. Beide Eltern sind körperlich gesund; nur die Mutter habe einen Herzschrittmacher.

1971 heiratet er eine Fernmeldemonteurin, die eine 6 Monate alte Tochter mit in die Ehe bringt. Seit dieser Zeit arbeitet er für das Ministerium für Staatssicherheit. Zu seinen

Aufgaben gehören beispielsweise Postkontrollen. 1991 kommt es auf Drängen seiner Frau zur Scheidung. Angeblich habe sie keine neue Beziehung. Die Gründe für die Scheidung seien ihm unbekannt. Seit 1991 beginnt seine Spielsucht.

1991 beginnt der Patient, an Spielautomaten Geld zu verspielen. Zuvor reizte ihn das nicht, zumal es vor der Öffnung der Grenze keine Spielautomaten in der ehemaligen DDR gab. Der Patient hat fast immer verloren, er bezeichnet sich selbst als ausgesprochenen „Pechvogel“. Neben ihm würden alle gewinnen, nur er suche sich immer den Automaten aus, an dem sich kein Geld gewinnen ließe. Anfangs spielt er nur gelegentlich, dann mehrmals die Woche, jede Gelegenheit nutzend. Wenn er aus den verschiedensten Gründen nicht spielen kann, dann hat er keinen Hunger, isst nicht, trinkt nur Alkohol und ist sehr nervös. In dieser Zeit raucht er bis zu 3 Schachteln Zigaretten am Tag. 1992/93 begibt er sich in eine 13-wöchige Suchttherapie in der Nähe von Berlin. Die Therapie bringt ihn nach eigenen Aussagen dazu, sich selbst besser kennen zu lernen, doch gleich nach der Entlassung fängt er wieder an zu spielen.

In der nächsten Zeit unternimmt er mehrere Selbstmordversuche immer dann, wenn der finanzielle Ruin droht. Jeweils im Anschluß folgen Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken.

Auf die Frage, warum er spiele, antwortet der Patient, er habe sich schon immer für einen Versager gehalten und habe wenig Selbstvertrauen. Wegen dieser Tatsache und aufgrund eines Sprachfehlers (der Patient stottert leicht) habe er keine Freunde und auch keine Beziehungen zu Frauen. Spielen sei sein Hobby.

Kriminelle Karriere:

Vor circa einem Monat kommt es dazu, daß er, mittlerweile bei einer Wachgesellschaft arbeitend, einen Geldtransport alleine übernehmen soll. Spontan beschließt er, bei dieser Gelegenheit das Geld zu unterschlagen. Nach der Tat ist es für ihn unwichtig, wie groß seine Beute ist. Er erfährt erst hinterher, daß er sich um 80.000 DM bereichert hat. Da wird ihm bewußt, daß die Gesellschaft ihn nie einen derart großen Betrag allein, ohne ihn

mit einer Waffe zu versehen, habe transportieren lassen dürfen. Den Wagen stellt er korrekt mit allen Papieren im Handschuhfach ab und mietet sich ein Hotelzimmer.

Abends besucht er verschiedene Spielhallen in Berlin. Ihn wundert es, daß er dort nicht gesucht wird, denn seine Spielleidenschaft ist allgemein bekannt. In den folgenden Wochen reist er viel durch Deutschland und besucht bekannte Sehenswürdigkeiten. Begeistert erzählt er von seiner Reise zur Zugspitze. Abends spielt er in den verschiedenen Spielhallen Deutschlands. Ein Verstecken vor der Polizei ist nicht nötig, da er sich nicht gesucht fühlt. Sein Plan ist es, alles Geld zu verspielen und sich dann das Leben zu nehmen.

Kurz vor dem 20. Dezember 1995 ist der Zeitpunkt gekommen, da er alles verspielt hat.

Psychiatrische Anamnese:

1993 erfolgt eine 13wöchige stationäre Suchttherapie in einer Klinik nahe Berlin zur Heilung seiner Spielsucht. Es kommt nach seiner Entlassung zu einem sofortigen Rückfall in die Spielleidenschaft.

Nach mehreren Suizidversuchen begibt er sich jedesmal in stationäre psychiatrische Behandlung.

Medizinische Anamnese:

Als Kind durchleidet er rheumatisches Fieber mit kardialer Beteiligung. Außerdem stottert er. Sonst keine somatischen Erkrankungen.

Drogenanamnese:

Drogen hat er nie genommen, Alkohol nur in Maßen getrunken. Er betreibt einen Nikotinabusus von bis zu drei Schachteln Zigaretten am Tag.

Selbstbeschädigung:

Er geht am 20.12.1995 abends in Konstanz an den Hafen und schneidet sich in der Nähe von mehreren Gaststätten die Pulsadern durch parallel geführte, quer verlaufende Schnitte auf. Er gibt an, es sei typisch für sein Pech oder Glück, daß das Messer stumpf gewesen und es zu keiner nennenswerten Blutung gekommen sei.

Hierauf sucht er das nächste Polizeirevier auf und stellt sich. Man bringt ihn in eine Justizvollzugsanstalt und von dort wird er am 21.12.1995 auf den Hohenasperg verlegt.

Auf die Frage, warum er sich auf diese Art hatte umbringen wollen, sagt er, er könne sich zum Beispiel nicht vor ein Auto werfen und jemand Fremden (den Fahrer) mit seinen Problemen belasten.

Frühere Suizidversuche:

- vor 1993: Einnahme von Tabletten
(40-50 freiverkäufliche Schmerzmittel)
- 1993: Übergießen des Gesichts mit Säure
(Reinigungsmittel aus der Reinigungsfirma, bei der er zu diesem Zeitpunkt arbeitet.)
- 1994: Einschließen in seiner Wohnung und Aufschneiden der Pulsadern im Bad; hierauf folgt eine dreiwöchige Behandlung in einer psychiatrischen Klinik.
- 09/1994: Essen von Knollenblätterpilzen im Wald mit anschließender Selbsteinweisung ins Krankenhaus

Pläne / eigene Angaben zur Suizidalität:

Als Perspektive gibt er eine tiefe Hoffnungslosigkeit an. Er will sich zwar nicht in allernächster Zeit, aber doch zumindest spätestens bei der Entlassung aus der Haft das Leben nehmen, denn er kann in der Gesellschaft nicht von vorn, „ganz unten“ anfangen.

Den veruntreuten Geldbetrag von 80.000 DM sieht er sich außerstande zurückzuzahlen. Er ist zudem arbeitslos und hat keine Freunde.

Die Möglichkeit, erneut Geld zu veruntreuen, kommt seinen Angaben nach nicht in Betracht, denn eine so günstige Gelegenheit bei einem derartig vertrauensvollen Posten, wie er ihn bekleidet habe, komme nie wieder. Er fühle sich auch nicht in der Lage, einen Raub zu planen und zu begehen.

Der Patient bezeichnet sich selbst als depressiv. Er sagt, er habe vor allem kein Zutrauen zu sich selbst.

Fall 2: S.G., geb.: 08.07.1977 in Icel/Tarsus/Türkei

Das Gespräch wurde am 16.01.96 im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg geführt.

Eindruck:

Der Patient verfügt über mittelmäßige Deutschkenntnisse. Er ist ruhig, antwortet ausführlich auf Fragen. Teilweise gewinnt man den Eindruck, daß die Angaben nicht ganz der Wahrheit entsprechen; Patient übertreibt viel.

Soziale Anamnese:

Der Patient wird 1977 in der Türkei geboren. Er ist das einzige Kind seiner Mutter in dieser (ersten) Ehe. Es folgen drei weitere Ehen der Mutter. Aus der zweiten Ehe geht ein jetzt 12-jähriger Sohn, aus der dritten Ehe ein 7-jähriger Sohn hervor. Die vierte Ehe bleibt kinderlos. Die Mutter emigriert 1987 nach Deutschland; er selbst folgt 1989 zunächst als Tourist nach. 1990 kann er wegen seiner abgelaufenen Aufenthaltsgenehmigung nicht bleiben und reist in die Türkei zurück. Hier bewirtschaftet der 13-Jährige mehr oder weniger ohne Hilfe das Haus seiner Eltern. Kurzzeitig wohnt sein Großvater bei ihm, doch muß sich das Kind mehr um den alten Mann kümmern als umgekehrt.

1991 ist es ihm möglich, mit einer Aufenthaltsgenehmigung nach Deutschland zu kommen. Dort besucht er zwei Jahre die Hauptschule, schafft aber den Abschluß wegen mangelnder Deutschkenntnisse nicht. Im Anschluß besucht er eine Vorschule zur Berufsschule für ein Jahr. In dieser Zeit wohnt er mit seiner Mutter und den zwei Geschwistern bei einer Tante zu neunten in zwei Zimmern. Nachmittags nach der Schule arbeitet er zusätzlich in einer Hobbywerkstatt, die einem Türken gehört und die sich im gleichen Haus befindet. 1994 beendet er die Schule und nimmt vom Bedienen im Restaurant, Verkaufen in einem türkischen Laden in Heilbronn bis zum Schuheputzen jede Arbeit an.

Ungefähr 1994 lernt seine Mutter auf einer Türkeireise einen neuen Mann kennen, den sie heiratete, „damit die Leute nicht so über einen reden“. Der Patient findet seinen Stiefvater sehr sympathisch, zumal dieser über viel Geld zu verfügen scheint und ihm oft Beträge von circa 100 DM zusteckt. Woher das Geld seines Stiefvaters kommt, ist ihm suspekt, aber angeblich besitzt dieser Immobilien in der Türkei.

Sein Stiefvater bleibt jedoch immer nur wenige Wochen, um dann wieder monatelang in die Türkei zurückzukehren. Seine Mutter begleitete ihn häufig. In diesen Zeiten ist der Patient wieder viel auf sich alleine gestellt. Ungefähr zu diesem Zeitpunkt hat die Mutter eine eigene Wohnung, so daß der Patient nicht bei seiner Tante wohnen muß, was ihm entgegenkommt, da diese sehr pedantisch ist. Unter diesen andauernden Trennungen leidet der Patient laut eigenen Angaben sehr. Seit 1992 hat er eine italienische Verlobte. Mit den zukünftigen Schwiegereltern versteht er sich nach anfänglichen – auch tätlichen – Auseinandersetzungen gut.

Psychiatrische Anamnese:

Keine ambulanten oder stationären Behandlungen.

Medizinische Anamnese:

Keine ambulanten oder stationären Behandlungen.

Kriminelle Karriere:

Im Februar 1995 steht die Kriminalpolizei vor seiner Tür und stellt viele Fragen. Einen Tag darauf kommen sie mit einem Durchsuchungsbefehl und Hunden wieder. Sie durchforschen das ganze Haus, finden augenscheinlich jedoch nichts. Aus den Unterlagen, die der Patient für seinen Stiefvater übersetzt, entnimmt er, daß Drogen gesucht wurden.

Am nächsten Morgen sollen seine Eltern aufs Revier zum Verhör kommen. An diesem Tag schicken sie den Patienten zum Brot holen. Sie sagen, daß alle gemeinsam

frühstücken, wenn er wieder zurück ist. Bei seiner Rückkehr nach Hause, findet er jedoch niemanden vor. Vier Stunden besucht ihn eine Dame vom Jugendamt, die ihn darüber informiert, daß seine Eltern verhaftet worden sind. Sie hatte die beiden Geschwister abgeholt. Der Patient gibt an, er könne für sich selbst sorgen und bedürfe keiner Hilfe.

Dann sitzt er stundenlang da und „heult wie eine Frau“. In den folgenden Tagen werfen ihn Beamte aus der Wohnung, ohne ihm zu sagen, wo er übernachten soll. Beide Geschwister sind zwischenzeitlich bei seiner Tante untergekommen. Doch dort will der Patient auf keinen Fall hin. So nimmt er sich von dem Geld, welches sein Stiefvater ihm gegeben hat, ein Fremdenzimmer. Lange kommt er damit allerdings nicht aus, woraufhin Freunde ihn bei sich einquartieren. Rasch bekommen diese seinetwegen jedoch Streit mit ihren Eltern. Das belastet den Patienten so sehr, daß er sich nach einer anderen Bleibe umsieht. Schließlich wird er jedoch obdachlos. Seine Kameraden tolerieren seinen miserablen Lebensstandard nicht und sammeln Geld für die erneute Bezahlung eines Fremdenzimmers.

Wegen einer Unterkunft wendet er sich an die Behörden, doch alles, was er vermittelt bekommt, sind Zimmer in Wohngemeinschaften. Das lehnt er jedoch ab, weil er nicht mit anderen zusammenleben möchte, da er selbst schon genug eigene Probleme habe.

Aus der Überlegung heraus, daß es in einer Haftanstalt warm sei, er ein Dach über dem Kopf habe und zu essen bekomme, begeht er eine Straftat, um verhaftet zu werden. Er bedroht einen Fremden mit einem Messer und fordert die Herausgabe von 10 DM, obgleich er selbst 170 DM bei sich führt.

Schnell wird er verhaftet und verbringt fünf Wochen in Untersuchungshaft. Dann legt er Haftberufung ein und wird entlassen.

Monate später wird er in eine Schlägerei verwickelt, wobei einer seiner Kameraden den Gegner mit einem Messer verletzt. Sie stellen sich alle der Polizei, woraufhin für ihn erneute Untersuchungshaft angeordnet wird.

Eine Haftberufung wird wegen Fluchtgefahr abgelehnt. Aus ihm unklaren Gründen wird er dennoch aus der Haft entlassen. Bis zu seiner Gerichtsverhandlung im Oktober 1995 lebt er in einer Wohngemeinschaft, wo es ihm sehr gut gefällt. Bei der

Gerichtsverhandlung wird er zu 2½ Jahren verurteilt, die Strafe wird zur Bewährung ausgesetzt. Seine beiden Freunde werden ohne Bewährung verurteilt.

Kurz darauf (im November) findet der Prozeß gegen seine Mutter und seinen Stiefvater statt, in dem die Mutter gegen ihren Mann ausgesagt und ein Heroinversteck verrät. Der Stiefvater wird zu neun Jahren Haft, die Mutter zu circa zwei Jahren auf Bewährung verurteilt.

Der Patient hat sich in dieser Zeit sehr einsam gefühlt, da seine besten Freunde und sein Stiefvater inhaftiert sind und seine Mutter von der Kriminalpolizei in Deutschland im Rahmen eines Zeugenschutzprogramms versteckt wird. So schließt er sich einer neuen Gruppe von vier Freunden an.

In dieser Zeit konsumiert er laut eigenen Angaben auch Drogen (Haschisch, Heroin und Kokain). Wenige Monate später, im Januar 1996, kommt es zu einer Beziehungsproblematik innerhalb seines Freundeskreises, woraufhin er unter Drogeneinfluß den Aggressor mit einer Gaspistole niederschießt und sich dann selbst der Polizei stellt.

Selbstbeschädigung:

In Untersuchungshaft ist er mit einem sehr schweigsamen Algerier in einer Zelle untergebracht, was ihn belastet, da es ihn drängt, sich mitzuteilen. Eine Verlegung in eine andere Zelle wird ihm auf seinen Antrag hin verwehrt. Hierauf versucht er, sich mit einem Bettuch am Stockbett zu erhängen. Doch als alles vorbereitet ist, fühlt er sich zuversichtlicher und läßt von seinem Vorhaben ab.

Am Tag darauf geht es ihm jedoch schlechter als zuvor. Als erneut die Bitte um Verlegung in eine andere Zelle abgelehnt wird, schneidet er sich mit drei Schnitten die Pulsadern auf. Er sinkt hierauf ohnmächtig zusammen und wird gefunden.

Als Motiv schildert er eine Hoffnungslosigkeit, in der er sich aber nicht ernsthaft das Leben habe nehmen wollen.

Frühere Selbstbeschädigungen:

- 1989 Aufschneiden der Pulsadern aus Einsamkeit,
keine Suizidgedanken, sondern appellativer Charakter
- 1994: Um Aufmerksamkeit zu erregen, stößt der Patient sich ein 4 cm langes
Messer in den Bauch.
Es folgt ein 12-tägiger Krankenhausaufenthalt.
- 08 und 09/95: Der Patient will sich durch Erhängen in seiner Zelle das Leben nehmen.

Pläne:

Der Patient kann keine Pläne angeben.

Fall 3: M.B., geb.: 29.06.1970

Das Gespräch wurde am 09.02.1996 ohne Beisein einer Aufsichtsperson im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg geführt.

Eindruck:

Der Patient ist der deutschen Sprache nur sehr lückenhaft mächtig. Er hat Angst und ist mißtrauisch. Er informiert zunächst wenig, verschweigt viel und sagt wahrscheinlich auch die Unwahrheit. Die Antworten sind sehr einsilbig.

Soziale Anamnese:

Er wird am 29.06.70 in Algerien geboren. Hier absolviert er eine 14-jährige Schulausbildung. Zwischen 1986 und 1989 erfolgt eine Ausbildung als Elektrotechniker. Danach übt er sechs Monate diesen Beruf aus. In der folgenden Zeit verhält er sich „politisch nicht korrekt“, was dazu führt, daß er in Algerien strafverfolgt wird.

Hierauf flieht er nach Frankreich zu Verwandten, die ihn auch finanziell unterstützen. 1993 kommt er ohne Papiere nach Deutschland, wo er ebenfalls nicht arbeitet. Er lernt hier seine Freundin kennen, die Deutsche ist. Seinen Aussagen nach ist sie „auch kaputt“ und hat Ärger mit ihrer Familie.

Im April 1995 erfolgt die Verhaftung wegen illegalen Aufenthalts in Deutschland. Seit 10 Monaten befindet er sich „wegen nichts“ in Haft.

Kriminelle Karriere:

In Algerien wird er wegen „politisch“ inkorrekten Verhaltens verfolgt. Den genauen Grund der Verfolgung will er nicht nennen. In Deutschland Verhaftung wegen illegalen Aufenthalts. In 2½ Monaten droht die Abschiebung nach Algerien, dort erwarte ihn die Haft.

Psychiatrische Anamnese:

Bislang kam es zu keinen ambulanten oder stationären Behandlungen.

Medizinische Anamnese:

Patient ist immer gesund und noch nie im Krankenhaus gewesen.

Drogenanamnese:

Gelegentlich trinkt er Alkohol in Maßen. Nikotin wird nicht geraucht. Ein Haschischkonsum fand in Algerien und Frankreich statt.

Seit 1993/1994 wurde kein Haschisch mehr genommen.

Selbstbeschädigung:

Am 08.02.1996 schneidet er sich mit einer Rasierklinge quer am linken Unterarm. Die Wunde muß mit acht Stichen chirurgisch versorgt werden. Als Grund gibt er an, er habe eine Verlegung aus der Justizvollzugsanstalt Heilbronn erreichen wollen, da die Bedingungen dort untragbar seien. Er gibt an, geschlagen worden zu sei. Außerdem habe man ihn immer Handschellen angelegt, was er für überflüssig halte. Sein Verlegungsgesuch in eine andere Haftanstalt sei abgelehnt worden.

Hierauf bringt er sich die Schnittwunden selbst bei. Suizidgedanken liegen und lagen nicht vor. Er weiß selbst nicht, warum er sich verletzt habe. Die Tage unmittelbar zuvor verspürt er eine starke innere Spannung. Er schläft nicht, denkt nur nach. Nach der Verletzung geht es ihm jedoch auch nicht besser, er hat nur zusätzlich Schmerzen.

Eigene Angaben zur Suizidalität:

Er könne sich nie das Leben nehmen, um seine Familie nicht zu verletzen.

Pläne:

Pläne hat er keine. Er verspürt Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit bei drohender Abschiebung und Haft in Algerien. Die Freundin versprach ihm, überall mit ihm hinzugehen, sie sei aber ebenfalls „kaputt“.

Fall 4: F.S., geboren am 23.05.1963

Das Gespräch wurde am 09.02.1996 im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg ohne Anwesenheit einer Aufsichtsperson geführt.

Eindruck:

Der Patient erzählt sehr viel, schweift ab.

Soziale Anamnese:

Er wird als zweites Kind am 23.05.63 in Weimar geboren. Es gibt einen drei Jahre älteren Bruder und einen neun Jahre jüngeren Halbbruder. Nach der Geburt des Patienten läßt sich seine Mutter scheiden, um fünf Jahre später erneut zu heiraten. Dieser zweiten Ehe entstammt der Halbbruder. Auch diese Verbindung zerbricht 1973. Sein Stiefvater sei sehr streng gewesen und habe ihn häufig geschlagen.

Ab 1969 besucht er eine polytechnische Oberschule. 1976 findet eine Umschulung in ein Kinderheim statt, da er für die Schule nicht mehr "tragbar" ist.

Ab 1979 besucht er einen Jugendwerkhof, weil ihn das Kinderheim auch nicht mehr toleriert. Von dort erfolgen mehrere Fluchtversuche. 1981 beginnt er eine Lehre als Betonierer / Maurer. Ab 1981 arbeitet er in diesem Beruf in Jena.

Seine Mutter organisiert für ihn zu dieser Zeit eine eigene Wohnung. Im gleichen Jahr lernt er eine 16 Jahre ältere Freundin kennen.

1986 zieht der Patient nach Düsseldorf, erhält Haftentschädigung und reist von diesem Geld nach Athen, wo er bei Freunden ein Jahr lang lebt.

1987 zieht er nach Stuttgart um und nimmt eine Arbeit als Sicherheitsoffizier auf einem Militärflughafen der US-Army an. Dort bekommt er Probleme wegen der Arbeitszeit und der Bezahlung, die 1988 zur Kündigung führen. Arbeitslosigkeit und das Wohnen im Obdachlosenheim folgen.

1992 lernt er eine Frau kennen. Sie ist zu diesem Zeitpunkt 36 Jahre alt und hat vier Kinder. Diese Beziehung hält 2½ Jahre.

Kriminelle Karriere:

1981 bricht er mit Kameraden in einen Kiosk ein, anschließend begeht er Republikflucht. In der Tschechoslowakei wird er verhaftet und dem Ministerium für Staatssicherheit vorgeführt. Hier wird er zu 1½ Jahren Haft, die er bis 1983 verbüßt, verurteilt.

14 Tage nach seiner Entlassung gibt er eine Bombendrohung auf eine Brücke in Jena ab, wird über Stimmanalyse identifiziert und zu zwei Jahren Haft verurteilt, die er in Chemnitz und Cottbus absitzt. 1985 wird er entlassen.

Zwei Monate später trifft er mit einem Kameraden einen ihm bekannten Rechtsanwalt in einer Bar, wo Homosexuelle verkehren. Diesen überfallen sie auf dem Heimweg. Es folgt die Verhaftung und Verurteilung zu einem Jahr und drei Monaten Gefängnis. Nach 8 Monaten wird er aus der Haft entlassen und siedelt in die alten Bundesländer um.

Während des Griechenlandaufenthalts 1986 verbüßt er dort eine viermonatige Strafe wegen Messerbesitzes.

1988 lernt er einen jungen Mann kennen, mit dem zusammen er im Stadtpark einen Fremden überfällt und ausraubt. Anschließend fliehen beide nach Hessen, wo er erneut mit seinem Freund einen zuvor kennengelernten, homosexuellen Studienrat überfällt und ihn bei dessen Gegenwehr stark verletzt. Während der Tat kommt es zu einem Streit zwischen ihm und seinem Freund, der das Opfer unnötig stark verletzt und es töten will. Der Patient befreit das Opfer, verhilft ihm zur Flucht und wird deshalb von seinem Freund so schwer verletzt, daß er in ein Krankenhaus eingeliefert werden muß. Es folgt die Verurteilung zu zwei Jahren und zehn Monaten.

Nach seiner Entlassung lebt der Patient wieder im Obdachlosenheim. Wegen kleinerer Vergehen kommt es in der Folge zu mehreren Haftstrafen. In dieser Zeit wird ein

psychiatrisches Gutachten erstellt, und er muß sich einer medikamentösen Zwangstherapie unterziehen.

Von Februar bis August 1995 sitzt er in Untersuchungshaft und wird dann zu zwei Jahren auf vier Jahre Bewährung verurteilt. Die medikamentöse Zwangstherapie muß weiter fortgeführt werden.

Psychiatrische Anamnese:

Der Patient wird nach seinem Sprung in den Neckar 1992 psychiatrisch untersucht. Es wird eine Gesprächstherapie angeordnet, die dem Patienten aber nach eigenen Aussagen nicht geholfen habe.

Medizinische Anamnese:

Der Patient leidet an starker Akne vulgaris. Zusätzlich beklagt er rezidivierende Migräne, die mit Psychopharmaka behandelt worden sei. In der Pubertät sei es zu epileptischen Krämpfen gekommen, die medikamentös behandelt worden seien.

Drogenkonsum:

Er konsumiere Alkohol, um die Wirkung der zwangsverordneten Medikamente zu mindern.

Selbstbeschädigung:

Am 05.01.96 versucht er, sich mit Rasierklingen die Pulsadern aufzuschneiden; er meldet sich der Schmerzen wegen selbst.

Frühere Selbstbeschädigungen:

- 8-jährig: Versuch des Erhängens, da er Probleme mit den Eltern gehabt habe.
- 13-jährig: Wegen Problemen mit seinen Eltern will er von einer Autobahnbrücke springen, tut es im letzten Moment jedoch nicht.
- 1981: Versuch im Gefängnis in Cottbus, sich mit einer Rasierklinge die Pulsadern aufzuschneiden.
- 11/95 Versuch wegen eines Streits mit einem Freund, sich die Pulsadern aufzuschneiden.
- 2 Tage später Tablettenintoxikation,
der Freund findet ihn und forciert Erbrechen.

Eigene Angaben zur Suizidalität:

Hierüber spricht der Patient nicht.

Pläne:

Er fühlt sich krank, aber mit Psychopharmaka sei ihm nicht geholfen. Auch Gespräche würden nicht helfen. Am liebsten möchte er nach Griechenland gehen.

Fall 5: U.O., geboren am 13.10.1962 in Hechingen.

Das Gespräch wurde am 10.05.1996 im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg ohne Beisein einer Aufsichtsperson geführt.

Eindruck:

Der Patient ist zunächst sehr einsilbig und mißtrauisch. Er fragt, ob er überhaupt diese Fragen beantworten muß, obgleich er wenige Minuten zuvor über den Sinn des Interviews aufgeklärt worden ist.

Im Laufe des Gesprächs wird der Patient entspannter und hört auf zu rauchen.

Soziale Anamnese:

Er wird als zweites Kind in Hechingen geboren. Der Patient hat drei Geschwister, einen älteren Bruder und zwei jüngere Schwestern. Kontakte pflegt er nur noch zu Mutter und Bruder. Er besucht die Volks-, dann die Hauptschule mit Hauptschulabschluß.

Eine Lehre als Maurer wird begonnen, die er jedoch nach 2½ Jahren abbricht. In der Folge nimmt er Gelegenheitsarbeiten als Maurer an.

1993 macht er eine Langzeitentzugstherapie. Hier lernt er seine jetzige Freundin kennen, die wegen Depressionen in der gleichen Klinik behandelt wird.

Seit drei Monaten ist er arbeitslos.

Kriminelle Karriere:

1987 sitzt er sechs Monate wegen versuchter Vergewaltigung in Untersuchungshaft.

1990 verbringt er acht Monate wegen des gleichen Delikts in Untersuchungshaft. Hieran schließen sich 2½ Jahre Haft an.

Am 18.03.1996 begeht er einen Mord an der Freundin seiner Lebensgefährtin. Hierüber möchte der Patient nicht sprechen. Er habe aber die Tat gestanden. Er kann selbst nicht fassen, was er getan hat. Er sei zum Tatzeitpunkt schwer alkoholisiert gewesen. Wegen 2,3‰ Alkoholspiegel bei Verhaftung und der bekannten Epilepsie war er am 19.03.1996

ins Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg eingeliefert worden. Am 28.03.96 erfolgt die Rückverlegung in die Justizvollzugsanstalt Stuttgart.

Psychiatrische Anamnese:

Es erfolgt ein stationär psychiatrischer Aufenthalt nach seinem Unfall, bei dem er ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten hat (1978). 1993 befindet er sich für ein Jahr in der PLK in Zwiefalten zum Alkoholentzug. 1980 hält er sich sechs bis acht Wochen in der Psychiatrischen Klinik in Rottweil eines Suizidversuchs wegen auf. Nach einem erneuten Selbstmordversuch 1986 wiederholte, stationäre Behandlung im PLK Zwiefalten.

Medizinische Anamnese:

Patient hat einen angeborenen Klumpfuß. Er wird als Kind mehrfach operiert und lernt erst im Alter von 10 Jahren laufen. 1978 erleidet er einen Arbeitsunfall mit schweren Verletzungen und Schädel-Hirn-Trauma. In der Folge kommt es zu epileptischen Krämpfen, die durch den Alkoholkonsum immer wieder provoziert werden.

Drogenkonsum:

Seit dem 16. Lebensjahr wird ein massiver Alkoholabusus mit 10 Flaschen Bier pro Tag sowie Schnapskonsum betrieben.

Selbstbeschädigung:

Am 31.03.1996 fügt sich der Patient in der JVA Stuttgart parallele Schnitte im Bereich des linken Unterarms zu, die im Krankenhaus Bietigheim chirurgisch versorgt werden. Als Motiv gibt er an, er habe es in der Zelle mit den anderen Häftlingen nicht ausgehalten. Diese haben sich nur über ihre Entlassung unterhalten, während er ganz andere Sorgen gehabt habe. Außerdem habe man ihm angekündigt, er solle zu einem

Gutachten nach Tübingen verlegt werden, was er strikt ablehne, weil er dort zwei Beamte kenne.

Seit Tagen trägt er sich mit düsteren Gedanken und tritt drei Tage vor der eigentlichen Selbstbeschädigung in einen Hungerstreik. Er wartet immer auf eine günstige Gelegenheit. Als er diese dann gekommen sieht, nimmt er eine Rasierklinge und schneidet circa 30 Minuten lang, bis man ihn findet.

Über seine Verlegung auf den Hohenasperg ist er sehr froh, da alles sehr sauber sei im Vergleich zu Stuttgart, wo es "Wanzen und Flöhe" gebe.

Frühere Selbstbeschädigungen:

circa 1980: Erhängungsversuch, weil seine damalige Freundin ihn verlassen hatte.

circa 1986: Tablettenintoxikation mit Valium® ebenfalls wegen eines
Beziehungskonflikts

Eigene Angaben zur Suizidalität:

Patient möchte im Moment nicht mehr leben. Er sagt offen, er würde sich bei Verurteilung zu einer langen Haftstrafe das Leben nehmen. Er deutet an, er spiele mit dem Gedanken, sich vor der Verhandlung umzubringen. Er fühlt sich krank. Es sei doch nicht normal, daß man einen Menschen ermorden könne.

Er wünscht sich Hilfe.

Pläne:

Der Patient gibt an, große Angst vor seiner Verhandlung zu haben. Trotz einer sedierenden Medikation leidet er unter Schlafstörungen. Er befürchte, daß alle seine Bekannten und die Verwandten des Mordopfers bei der Verhandlung anwesend seien. Er fürchte sich vor einer Verurteilung und gibt an, diese nicht ertragen zu können. Seine Hoffnung sei eine Unterbringung in einer PLK.

In der JVA Stuttgart gebe es unter 150 Gefangenen nur vier Deutsche, weshalb er sich mit niemandem unterhalten könne.

Seine Freundin habe ihm gesagt, sie wolle auf ihn warten, obgleich deren Vater sie stark gegen ihn beeinflussen würde. Zukunftspläne direkt habe er keine. Er lebe nur auf die Verhandlung hin.

Anmerkung:

Als das Gespräch beendet ist und die Befragerin den Stift zur Seite legt, spricht der Patient unvermittelt über die Haftbedingungen.

Er dürfe maximal 4 Seiten lange Briefe schreiben, alles würde gelesen werden. Telefonieren dürfe er gar nicht. Lediglich zwei Päckchen Tabak im Monat seien erlaubt. Nur Kaffee dürfe er sich selber machen, denn in der Zelle verfüge er über eine Kaffeemaschine. Seine Zellentür sei meist offen, da er Hausarbeiten verrichten würde. Er arbeite gerne, weil die Zeit in Haft so entsetzlich langsam vergehe. Größte Angst habe er vor der Verhandlung. Wegen jeder Kleinigkeit müsse er den Untersuchungsrichter um Erlaubnis fragen. Seine Freundin habe ihm Fotos geschickt, aber er dürfe nur zehn von 21 behalten, da man befürchte, er würde sie am Schrank anbringen. „Dabei bin ich doch aus diesem Alter heraus.“

Fall 6: A.S., geb. 25.09.1969.

Das Gespräch wurde am 03.06.1996 im Justizvollzugskrankenhaus Hohenasperg geführt.

Eindruck:

Insgesamt handelt es sich um einen nervösen, unruhigen Patienten, der zwischenzeitlich immer wieder stark zittert. Er findet keine Worte, läßt dadurch längere Gesprächspausen entstehen. Die Antworten sind immer sehr kurz, knapp und sachlich.

Soziale Anamnese:

1996 wird er in Mannheim geboren. Er hat eine ältere Schwester und einen jüngeren Bruder. Zu beiden Geschwistern, wie auch zu den Eltern ist das Verhältnis gut – zur Mutter jedoch besser als zum Vater.

Er besucht der Realschule bis zur 9. Klasse, dann ein Berufsvorbereitungsjahr und danach Hauptschulabschluß. Im Anschluß daran beginnt er eine Lehre als Elektroingenieur, die trotz mehrfach nicht bestandener Prüfungen schließlich abgeschlossen wird.

Insgesamt bezeichnet der Patient seine Kindheit als glücklich, wobei er betont, er würde seinen Kindern bessere Startchancen ermöglichen wollen und er wolle sie nie schlagen, da er von seinen Eltern geschlagen worden sei (vom Vater häufiger und kräftiger).

Seine Beziehungen zu Frauen sind immer unglücklich gewesen. Er brauche jemanden, der ihn „an der Hand nimmt“, denn allein könne er gar nichts. Die einzige Chance, die er je hatte, sei eine Freundschaft zu einem Afrikaner gewesen, mit dem er etwas auf die Beine stellen wollte, zu dem er dann jedoch den Kontakt verloren habe.

Kriminelle Karriere:

Der Patient gibt an, vier- bis fünfmal inhaftiert gewesen zu sein, er könne sich aber nicht mehr an alles erinnern.

Soweit erinnerlich, erfolgt die erste Haft 1991, weil er eine ihm auferlegte Geldstrafe nicht bezahlt habe und somit die Strafe habe absitzen müssen. Die Geldstrafe habe er auferlegt bekommen, weil er betrunken mit einem Freund in einer Gaststätte Streit mit anderen Jugendlichen bekommen und im Handgemenge einen der Gegner mit einem Messer am Arm verletzt haben soll. Der Patient erzählt diese Geschichte im Konjunktiv und antwortet auf die Frage, ob der Vorwurf denn stimme, ausweichend.

Er hat zwei Monate eingesperrt, dann ein halbes Jahr in einer psychiatrischen Landeslinik verbracht, danach wieder ein halbes Jahr eingesperrt. Im Anschluß übernimmt er eine Wohnung seiner Schwester, fühlt sich dort jedoch sehr einsam. An weitere Straftaten könne er sich nicht erinnern, wisse jedoch, daß er noch öfters eingesperrt habe.

Zwischendurch lebt er mehr oder weniger auf der Straße als Obdachloser. Einer geregelten Arbeit gehe er zur Zeit nicht nach.

Im November 1994 findet er in angetrunkenem Zustand einen Kreditkartendrucker, den man wie eine Waffe entladen kann, auf der Straße. Ohne bestimmte Absicht nimmt er diesen mit. Eine kurze Wegstrecke weiter sieht er einen Geldtransporter vor einer Bank halten. Er geht zu dem Auto und fordert unter Vorhaltung des Kreditkartendruckers als Waffe von der am Steuer sitzenden Frau die Herausgabe des transportierten Geldes. Die Fahrerin behauptet jedoch, nur Wertpapiere zu befördern, woraufhin er enttäuscht nach Kleingeld und Zigaretten fragt, was er auch nicht erhält. Darauf geht er weiter bis eine Polizeistreife, welche die Frau verständigt hat, ihn wenige Straßenecken weiter verhaftet. Man habe ihn sofort erkannt, da er ja „eine rote Mütze“ auf gehabt habe – hier muß der Patient lachen.

Nach sechs Monaten Untersuchungshaft sei er zur Verhandlung entlassen worden. Als Strafe wird eine 18-monatige Bewährungsstrafe verhängt, da er sich verpflichtet, freiwillig in eine psychiatrische Landeslinik zu gehen, „um guten Willen zu zeigen“. Er erfüllt in der Folge seine Bewährungsauflagen – regelmäßiges Melden bei einem Bewährungshelfer sowie jeden Monat eine Spritze eines Neuroleptikums – nicht. Die Spritze habe er erhalten, weil sein Psychiater ihn als „tickende Zeitbombe“ bezeichnet habe, die „ruhiggestellt“ werden müsse.

Wegen der Nichterfüllung der Bewährungsauflagen wird er festgenommen und muß noch eine achtmonatige Freiheitsstrafe verbüßen.

Psychiatrische Anamnese:

Erstmals erfolgt 1991 ein stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik wegen einer paranoiden Psychose. Der Patient selbst gibt an, sich nicht krank zu fühlen. Er habe nur immer Gedanken, die ihn quälen würden und die er abstellen wolle. Er suche immer nach etwas, um ruhiger zu werden und sich von diesen Gedanken zu befreien. In der Klinik habe man ihm allerdings auch nicht helfen können. Viele Medikamente seien an ihm ausprobiert worden, aber es sei nur zu kurzfristigen Linderungen gekommen. Die Nebenwirkungen der Medikamente seien schlimmer gewesen als das eigentliche Übel, welches bekämpft werden sollte.

Das Neuroleptikum, welches er zuletzt als Depotspritze monatlich erhalten habe, sei gut und würde die marternden Gedanken für Tage verdrängen, aber nicht bis zur nächsten Spritze anhalten. Alles in allem sei er ungern stationär psychiatrisch behandelt worden. An zwei Aufenthalte kann er sich dezidiert erinnern, schließt jedoch weitere nicht aus.

Medizinische Anamnese:

Der Patient gibt an, gesund zu sein. An wesentlichen chronischen Erkrankungen leide er nicht. Er berichtet von einer Trümmerfraktur des rechten Fußes nach Absturz von einem Denkmal. Seitdem sei er zu 30% gehbehindert. Sonst leide er unter einer Amnesie, wobei er eher schöne Erlebnisse vergessen würde, als solche, an die man sich nicht erinnern möchte.

Drogenanamnese:

Der Patient betreibt seit dem 15. Lebensjahr einen Alkoholmißbrauch mit bis zu 4-5 Liter Bier am Tag. Der Patient selbst hat das Gefühl, das Trinken zu beherrschen und in der Lage zu sein, jederzeit aufhören zu können.

Nikotin raucht er ebenfalls seit dem 15. Lebensjahr mit zur Zeit circa 20 Zigaretten pro Tag. Ausprobiert habe er bereits Haschisch, Kokain und Rohypnol®, welches er auch wieder konsumieren würde, sobald er Geld habe.

Heroin habe er ebenfalls ausprobiert, aber er würde einen regelmäßigen Konsum ablehnen, da es „ein Loch ins Gehirn“ mache.

Selbstbeschädigung:

Der Patient gibt an, sich bereits dreimal selbst verletzt zu haben. Diese Ereignisse haben innerhalb der letzten Wochen stattgefunden. Am Ort seiner ersten Inhaftierung ist er für einen Zeitraum von zwei Monaten in einer 8-Personen-Zelle gewesen. Sie haben sich alle gut verstanden. Doch das „Team“ sei öfters ausgewechselt worden und in der Folge sei es häufiger zu Streitereien gekommen. Er habe hierauf 14 Tage Einzelhaft auferlegt bekommen, was er persönlich als „Hölle“ empfunden habe. Radio und Fernsehen habe er zu diesem Zeitpunkt nicht gehabt. Die 34 Radios, welche die Anstalt besitzt, seien alle verliehen gewesen. Er selbst habe kein eigenes mit in die Haft nehmen können, weil er in Handschellen abgeführt worden sei und die Polizeibeamten ihm nicht haben tragen helfen wollen.

Die Einzelhaft habe für ihn bedeutet: 23 Stunden täglich an die Decke starren und eine Stunde schlafen. Lesen sei ihm unmöglich gewesen, weil er sich aufgrund der ständig kreisenden Gedanken nicht habe konzentrieren können.

Seine erste Selbstbeschädigung habe er sich zu einer Zeit zugefügt, in der er in der 8-Personen-Zelle gewesen sei. Er habe sich das Wort „AFRIKA“ in den rechten Unterarm geritzt, weil er seinen afrikanischen Freund so vermißt und weil er mit ihm die Chance seines Lebens verpaßt habe.

Die zweite Selbstbeschädigung fügt er sich während der Einzelhaft zu. Er schnippelt am rechten Unterarm mit einem Messer. Den Grund hierfür könne er nicht mehr nennen, nur erinnere er sich noch, daß ihn irgendwann der Mut verlassen und er damit aufgehört habe. Diesen Vorfall habe er nicht gemeldet.

Drei Tage später (über die Pfingstfeiertage) habe er 72 Stunden völlig alleine verbringen müssen. Er sei fast wahnsinnig geworden vor Einsamkeit. Am Abend des dritten Tages

habe er sich mit einer Rasierklinge am rechten Unterarm drei bis vier parallele Schnitte zugefügt. Dieses habe nicht geschmerzt.

Als Motiv nennt der Patient, daß er sich das Leben habe nehmen wollen, weil er genau wisse, wie alles weitergehen würde, und weil er im Leben versagt habe. Als er merkt, daß die Schnitte nicht zum Tode führen, hört er auf und unternimmt nichts weiter. Er sei aber irgendwie beruhigt gewesen. Er habe auch zuvor schon das Gefühl gehabt, daß das Zufügen von oberflächlichen Schnittwunden ihn beruhigen würde. Dieser Effekt hielte immer eine Nacht lang an.

Am Folgetag habe er die Selbstverletzung angezeigt und sei daraufhin ins Justizvollzugskrankenhaus gebracht worden. Deziert gibt der Patient als Motiv die unerträglichen Haftbedingungen an. Außerhalb der Haft würde er sich nie selbst beschädigen.

Pläne:

Er träumt von einem bürgerlichen Leben. Er formuliert eine Sehnsucht nach einem Partner und würde gerne Zwillinge, ein Junge und ein Mädchen, haben, die gleich aussehen müßten, denn das finde er „witzig“. Er hofft auf eine neue Arbeit, hat auch schon mal an einem Umschulungsprogramm teilnehmen wollen, doch das war zu der Zeit, als er die Bewährungsaufgaben nicht erfüllt hat, weshalb es daraufhin zur Verhaftung gekommen ist.

Zusammenfassend betont er, er habe sein Leben selbst ruiniert und all seine Chancen nicht genutzt.

II. Die Fälle des Instituts für Gerichtliche Medizin Tübingen

1. M.V., 20 Jahre alt, von Beruf **Haushaltspraktikantin**, behauptet, am 09.09.1983 in Tübingen überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 12.09.1983 statt.

Die 20-Jährige erzählt, sie sei auf dem Heimweg von einem Diskothekenbesuch gewesen, als ein ca. 25-jähriger Mann mit ausländischem Akzent, langer, gerader Nase, Popperfrisur, bekleidet mit weißer Stoffhose und Parka, sie überfällt, ihr mehrfach ins Gesicht schlägt, zu Boden reißt und versucht, sie zu vergewaltigen. Er fügt ihr dabei mit seinem Messer Verletzungen an Bauch und Oberschenkel zu. Als sie sich heftig wehrt, läßt er ab. Als zweite Geschichte erzählt sie den folgenden Tathergang: Der namentlich genannte Sohn eines Rechtsanwalts nimmt sie mit auf sein Zimmer zum Fernsehen, fängt dann an, sie zu küssen. Als sie gehen will, wird sie ins Gesicht geschlagen, unsittlich angefaßt und ihr T-Shirt zerrissen. Mit einer Glasscherbe schneidet er ihr in Leiste, Oberschenkel und Brust. Plötzlich, als sie sich zu wehren beginnt, läßt er von ihr ab.

Bei der körperlichen Untersuchung steht M.V. offensichtlich unter Schock, sie weint viel. An Verletzungsspuren findet man zahlreiche, oberflächliche Kratzer im Bereich der Brüste. Am Unterbauch und im linken Mittelbauch befinden sich 9 oberflächliche, teilweise gruppiert angeordnete Hautläsionen. Im Bereich des rechten Oberschenkels sieht man 17 zum Teil in Gruppen angeordnete, oberflächliche Hautläsionen. Im Gesicht befinden sich eine Schwellung über dem rechten Jochbogen und oberflächliche, parallel zueinander verlaufende, bogenförmige Kratzer.

M.V. gesteht ihre Simulation am 16.09.1983 ein. Der tatsächliche Vorgang läßt sich wie folgt ermitteln: M.V. hat auf der Toilette der Diskothek ein Bierglas zerbrochen und sich mit einer Scherbe oben genannte Verletzungen zugefügt. Außerdem hat sie sich mit der linken Hand auf das rechte Auge geschlagen und ihre Kleider zerrissen.

Als Motivation gibt sie an, daß etwas habe passieren müssen, damit ihr Freund am nächsten Tag nicht alleine zu einem Autorennen fahre und dort seine ehemalige Freundin wiedertreffe.

Eine frühere Selbstbeschädigung ist diesem Ereignis nicht vorausgegangen.

Als Besonderheit bei diesem Fall ist zu erwähnen, daß ein Täter namentlich genannt worden ist, weil sein Vater Rechtsanwalt sei und ihn sicher so gut verteidigen könne, daß er keine Nachteile aus ihrer Anzeige habe befürchten müssen.

Das Ermittlungsverfahren gegen den zu Unrecht Beschuldigten ist eingestellt worden.

2. S.H., 19 Jahre alt, von Beruf **Friseur**, behauptet, am 18.09.1983 in Vöhringen überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 21.09.1983 statt.

S.H. behauptet, auf dem Nachhauseweg nach einem Diskothekenbesuch, den sie alleine und zu Fuß gegen 3.30h morgens antritt, von einem großen, schlanken Mann, der aus den Büschen auf sie Zutritt, angehalten worden zu sein. Dieser Mann trägt eine schwarze Lederjacke mit Fransen an den Ärmeln. Sein Gesicht ist durch ein Tuch halb verdeckt. Mit einem Messer mit 10 cm langer Klinge versucht der Mann auf sie einzustechen. Die Bedrohte hält schützend die Hände vors Gesicht und wird dadurch mit der Messerklinge im Bereich der Arme getroffen. Es wird während des Überfalls nicht gesprochen. Sie meint, der Mann wolle sie umbringen, sexuell belästigt fühlt sie sich nicht. Sie kann sich losreißen und nach Hause rennen, wo sie ihre Verletzungen erst bemerkt.

Bei der körperlichen Untersuchung ist S.H. aufgeregt und scheint, unter einem leichten Schock zu stehen. Der Untersucher findet am rechten Unterarm 30 unterschiedlich lange, kratzerförmige Hautläsionen, davon 20 größtenteils parallel zueinander verlaufend. Die Verletzungen sind oberflächlich. An der Beugeseite des rechten Mittel- und Ringfingers befinden sich 3 querverlaufende, oberflächliche Schnittwunden. An der Handinnenfläche der linken Hand sieht man mehrere, nur die obersten Schichten der Epidermis betreffende schnittartige Hautläsionen.

Am 21.09.1983 gesteht S.H. die Simulation ein. Als tatsächlichen Tathergang berichtet sie, sich die Verletzungen mit Hilfe einer Freundin selbst zugefügt zu haben. Der Plan hierzu sei bereits einen Tag zuvor gefaßt worden. Als Motiv wird eine Trennungsangst von ihrem Freund angegeben. Dieser will sie verlassen. Durch den fingierten Überfall sowie einen Drohbrief und zerstoche Autoreifen hat S.H. versuchen wollen, ihn davon abzubringen. Bezweckt wird gleichzeitig, daß ein Verdacht auf einen bestimmten jungen Mann fällt, der sich S.H. schon einmal genähert hat und in Verdacht geraten ist, die

Reifen des Freundes von S.H. durchstoßen zu haben, worauf dieser im Gegenzug S.H. der Tat bezichtigt hat.

Ähnliche Selbstbeschädigungen sind diesem Ereignis nicht vorausgegangen.

S.H. und ihre Freundin sind wegen des Vortäuschens einer Straftat verwarnt und zu Geldstrafen von 1800 DM beziehungsweise 900 DM verurteilt worden.

3. K.S., 19 Jahre alt und von Beruf **Auszubildende als Zahnarzhelferin**, behauptet, am 03.08.1985 in Stuttgart überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 05.08.1985 statt.

K.S. behauptet, am 01.08. von einem Mann vor ihrem Haus aus einem PKW heraus angesprochen und bedroht worden zu sein. Am nächsten Tag sieht sie das gleiche Auto erneut an ihrem Haus vorbeifahren. Einen weiteren Tag später wird sie beim Aufschließen der Wohnungstür von hinten in den Hausflur gestürzt, wo sie zunächst auf dem Bauch liegen bleibt, sich dann auf den Rücken drehen kann. Ein Mann drückt ihr eine Hand auf den Mund. Er trägt Lederhandschuhe und eine Motorradmaske. Ihr werden mit einem scharfen Gegenstand, vermutlich einem Skalpell, mehrere Schnittwunden oberhalb des rechten Auges, dann oberhalb der rechten Brust und an den Händen beigebracht. Die Verletzungen werden ihr langsam zugefügt und sie glaubt, ihr werde ein Zeichen eingeritzt. Sie muß dem Täter auf Nachfrage immer wieder bestätigen, daß es schön sei, was er tue. Dann schiebt er ihren Rock nach oben, schneidet ihr in den rechten Oberschenkel, berührt sie unsittlich, tritt ihr mit dem Fuß in die Wirbelsäule und geht.

Bei der körperlichen Untersuchung ist K.S. nicht ansprechbar, weint heftig. Dann wird sie hysterisch und beginnt zu schreien. An Verletzungsspuren findet der Untersucher an der rechten Stirn 10 oberflächliche, parallel verlaufende Schnittwunden. An der rechten Brust sieht man 6 oberflächliche Kratzer. An beiden Handrücken und Handinnenflächen befinden sich 10-20 feinste Schnittverletzungen. 3 parallele Schnitte sind am rechten Oberschenkel zu sehen. Die Untersuchung der Wirbelsäule zeigt einen 1,5x1,0 cm großen, unregelmäßig strukturierten Verletzungskomplex.

Die Simulation wird von K.S. nach Gutachtenerstattung eingestanden, wobei aber der genaue tatsächliche Tathergang nicht ermittelt werden kann.

Zur Motivation wird angegeben, daß die Aufmerksamkeit des Freundes durch das Vortäuschen der Straftat geweckt werden sollte.

Vorangegangene Selbstbeschädigungen werden nicht berichtet. Das Verfahren wegen Vortäuschung einer Straftat wird eingestellt.

An Besonderheiten muß erwähnt werden, daß K.S. vor dem erfundenen Überfall angeblich drei Briefe mit obszönem Inhalt erhalten hat und ihm drei Anrufe ähnlichen Inhalts zugegangen sind.

4. C.G., 17 Jahre alt, Schülerin, behauptet, am 02.10.1985 auf der B14 zwischen Villingendorf und Rottweil überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 03.10.1985 statt.

Die 17-jährige C.G. behauptet, morgens auf dem Schulweg von einem Mann tätlich angegriffen worden zu sein. Dieser spricht sie aus einem PKW heraus an, drängt sie in einen Waldweg ab, steigt aus seinem Auto und wirft sie zu Boden. Er setzt sich auf ihren Bauch und versucht, sie zu küssen. Er drückt ihr eine Rundfeile gegen den Hals. Ihr gelingt ein Fausthieb zwischen die Beine des Mannes, woraufhin er von ihr abläßt. Sie kann flüchten und entkommt.

Bei der körperlichen Untersuchung ist C.G. ruhig, fast unbeteiligt und freundlich. Sie bleibt auch bei der Schilderung des Tathergangs gelassen. Der Untersucher findet an ihrem Hals eine etwa horizontal verlaufende Oberhautabschürfung mit teilweise verschorftem Grund. Die Gesamtlänge der Läsion beträgt 16 cm. Schürfungsbreite 2-8 mm.

Die Simulation gesteht C.G. am 03.10.1985 ein. Tatsächlich sei sie von einem Fahrzeug auf dem Schulweg abgedrängt worden. Hierauf ist sie so wütend geworden, daß sie in der Schule angekommen auf der Toilette eine Seifenschale mit rauhem Rand nimmt und sich die Haut am Hals aufreibt. Anschließend habe sie einer Freundin von dem angeblichen Überfall erzählt.

Als Motiv gibt C.G. an, sie habe Beachtung finden und sich an dem Autofahrer, der sie zuvor abgedrängt habe, rächen wollen.

An erwähnenswerter Vorgeschichte wird berichtet, daß C.G. in der Schule schon mehrfach umgefallen ist, wobei jedesmal der Eindruck erweckt wird, daß es sich lediglich um vorgetäuschte „Ohnmachtsanfälle“ handelt.

Als rechtliche Konsequenz ihres Verhaltens wird C.G. verwarnt und zu 20 Stunden gemeinnütziger Arbeit verurteilt. Eine psychiatrische oder psychologische Betreuung wird initiiert.

5. Ö.Y., 15 Jahre alt, Schüler, behauptet, am 05.04.1986 im Jugendhaus in Weingarten überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 08.04.1986 statt.

Ö.Y. behauptet, sich abends auf dem Weg zur Bushaltestelle zu befinden, als er von fünf Personen abgepaßt und in eine Garage geschleift wird. Hier wird ihm mit einem Gegenstand in den Nacken geschlagen. Er wird hingeworfen. Am Boden liegend, wird er von zwei Männern festgehalten und von den anderen mit Eisenstangen und -ketten in den Bauch geschlagen. Zusätzlich werden ihm Schnittwunden im Bereich des Gesichts sowie am linken Ober- und Unterarm zugefügt. Er kann sich jedoch befreien und zum Jugendhaus zurücklaufen, von wo aus die Polizei gerufen wird. Zwei der Täter sind ihm namentlich bekannt, da er schon am Vortage mit ihnen Streit gehabt habe.

Bei der körperlichen Untersuchung ist Ö.Y. wehleidig. Sein Gesicht ist während der gesamten Untersuchung schmerzverzerrt und bei der geringsten Berührung des Bauchs werden heftige, stechende Schmerzen in diesem Bereich angegeben.

An Verletzungen findet der Untersucher im Bereich der rechten Wange 4 schmale, parallel verlaufende, oberflächliche Schnittverletzungen. Am linken Ober- und Unterarm sowie am Handrücken sieht man kratzerartige Schnittkomplexe. Der Bauch ist verletzungsfrei.

Die Simulation wird am 11.04.1986 eingestanden. Tatsächlich ist Ö.Y. trotz des von seinen Eltern verhängten Ausgehverbots abends ins Jugendhaus gegangen. Die Tat habe er mit einem mitgenommenen Messer selbst ausgeführt, da er vor seinen Eltern eine Begründung für sein langes Fortbleiben haben will.

Eine rechtliche Konsequenz des Verhaltens von Ö.Y. ist nicht bekannt.

6. E.I., 15 Jahre alt, Schülerin, behauptet, am 07.02.1986 in Flözlingen überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 07.02.1986 statt.

E.I. behauptet, auf dem Heimweg von einer Faschingsveranstaltung morgens um 2 Uhr als Fußgängerin auf einen neben ihr haltenden PKW aufmerksam geworden zu sein. Die Beifahrertür wird geöffnet und, ohne auszusteigen, greift jemand nach ihrer Bluse, zieht diese nach unten. Als E.I. nach der Hand schlägt, läßt diese ab. E.I. kann zurück in die Festhalle fliehen.

Nach dem Vorfall ist sie verstört, weint. An Verletzungen findet der Untersucher mehr als 10 streifenförmige Hautschürfungen und mehr als 12 haarfeine Kratzer im Brustbereich.

Die Simulation wird am 10.11.1986 eingestanden. Tatsächlich hat E.I. sich die Verletzungen mit den Fingernägeln selbst beigebracht, um Aufmerksamkeit bei den Klassenkameraden und im Freundeskreis zu erregen.

E.I. hat sich zuvor schon dreimal auffällig verhalten. 1985 hat sie während eines Schullandheimaufenthalts viele Beruhigungsmittel eingenommen. Im September 1984 hat sie einen ähnlichen Vorfall geschildert, bei dem jemand in einem PKW sie um Auskunft gebeten hat und sie dabei unvermittelt an der Bluse ins Auto zerren will, was nicht gelingt. Im Mai 1985 hat sie Freunden einige oberflächliche Kratzer am Hals gezeigt und erzählt, daß diese ihr von Männern mit einem Messer zugefügt worden seien.

7. E.W., 42 Jahre alt, Hausfrau, behauptet, am 30.10.1986 bei Bad Rappenau überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 31.10.1986 statt.

E.W. behauptet, am frühen Abend mit ihrem Hund spazieren gegangen zu sein. Plötzlich verliert sie das Bewußtsein. Als sie es wiedererlangt, wird sie rückwärts mit einem Strick um den Hals von zwei jungen Männern in einen Wald gezogen, wo beide versuchen, ihr die Kleidung vom Leibe zu ziehen und sie zu vergewaltigen. Als einer der Angreifer ihren Hund bemerkt, lassen beide von ihr ab und flüchten.

Bei der körperlichen Untersuchung ist E.W. angespannt, in schwankender Stimmungslage, begleitet von mehrfachem Weinen und Schluchzen. Der Untersucher findet eine solitäre Schnittverletzung, 23 cm lang von der rechten Schulter bis zur rechten Brust. Eine weitere, ca. 24 cm lange Schnittverletzung findet man von der rechten Rückenseite lateral bis zur linken Lendenregion, begleitet von einer Schar oberflächlicher, parallel geführter Schnitte. Kurze, teilweise tiefe Schnitte befinden sich am Hinterkopf, an der Stirn und an der rechten Hand. Eine Schürfverletzung liegt am Hals vor. Kratzverletzungen sieht man in Brustmitte und Schürfungen am rechten Knie. An der vorderen Knopfleiste der Bluse fehlen die vier obersten Knöpfe, wobei die Haltefäden noch vollständig erhalten sind und der Stoff weder Zugbelastungs- noch sonstige Beschädigungsspuren aufweist.

Eine Simulation wird von E.W. nicht eingestanden, somit bleibt der Tathergang unklar. Aus der Anamnese ist bekannt, daß E.W. schwere, unbewältigte Probleme seit 25 Jahren hat. Sie lebt in zweiter Ehe mit dem Sorgerecht für den Sohn aus erster Ehe und fühlt sich vom ersten Ehemann immer noch verfolgt.

Als Vorgeschichte ist zu erfahren, daß E.W. im Alter von 20-25 Jahren über 6 Vorfälle fingierter Überfälle oder Unfälle mit Kopfverletzungen berichtet hat. Damals ist ärztlicherseits der Verdacht auf Simulation wegen schulischer Schwierigkeiten und Probleme im Elternhaus geäußert worden. Aus der Zeit der ersten Ehe werden drei (fingierte?) Tötungsversuche berichtet, für die sie ihren ersten Ehemann verantwortlich macht. Während der zweiten Ehe sollen sich zwei berichtete Mordanschläge durch PKW beziehungsweise Steinwurf, zwei Aufbrüche ihres PKWs und Entführung mit Raub, wobei sie jedesmal den ersten Ehemann anschuldigt, ereignet haben.

Rechtliche Konsequenzen aus den geschilderten Ereignissen sind nicht bekannt.

8.1. S.S., 27 Jahre alt, von Beruf **kaufmännische Angestellte**, behauptet, im Juni 1986 nachts bei Nordheim überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet erst am 23.09.1987 statt.

S.S. behauptet, nachts eine Autopanne gehabt zu haben. Ein circa 40-jähriger Mercedesfahrer hält neben ihr und spricht sie an. Er versucht sofort, sie zu küssen, doch

sie kann sich losreißen. Er zerreißt ihr die Bluse, schlägt sie und zerrt sie in einen Feldweg. Eine versuchte Vergewaltigung schlägt fehl, da sie ihm einen Tritt in den Unterleib versetzen und ihm mit einer Tränengaspistole ins Gesicht schießen kann. Während er kampfunfähig am Boden liegt, kann sie flüchten.

Über ein Jahr später findet sich bei der Untersuchung eine parallele Narbenschar am rechten Unterarm.

Der Vorfall ist nicht bei der Polizei gemeldet worden. Das Verletzungsmuster spricht für Selbstbeibringung, die S.S. leugnet. Sie ist seit 2 Monaten von ihrem 2. Ehemann getrennt und kümmert sich um die 2-jährige Tochter.

8.2. S.S., 28 Jahre alt, von Beruf **kaufmännische Angestellte**, behauptet, am 28.07.1987 in Heilbronn überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 29.07.1987 statt.

S.S. behauptet, abends beim Jogging von einem Anfang 30 Jahre alten Mann mit Tätowierung am Hals und Rolex-Armbanduhr sowie weit aufgeknöpftem Hemd und goldener Halskette mit einem Messer bedroht und hinter eine Trafostation gezogen worden zu sein. Auf seine Anweisung hin, entkleidet sie ihren Oberkörper, wobei er sie mit dem Messer verletzt, als sie nicht schnell genug handelt. Als sie sich weigert, ihm die Hose auszuziehen, wird er so wütend, daß er sie mit dem Messer schneidet, wo immer er sie treffen kann. Er schlägt ihr brutal ins Gesicht, tritt sie, vergewaltigt sie. Sie wehrt sich heftig mit Schlägen und Bissen. Endlich kann sie entkommen. Am nächsten Tag geht sie zum Hausarzt und dann zur Polizei.

Bei der körperlichen Untersuchung finden sich ausschließlich oberflächliche, gradlinige Schnittverletzungen unter Aussparung der Brüste. Überkreuzungen können nicht gesehen werden. Teilweise sind die Schnitte nachgezogen.

Eine Simulation wird von S.S. nicht eingestanden. Das Verletzungsmuster deutet jedoch auf Selbstbeibringung der Verletzungen hin. S.S. deutet eine Täterschaft des zweiten Ehemanns an, von dem sie seit April 1986 getrennt lebt. Er habe sie während der Ehe häufig vergewaltigt und mißhandelt. Zum Tatzeitpunkt streiten sich die ehemaligen Eheleute um das Sorgerecht für die gemeinsame Tochter.

8.3. S.S., 29 Jahre alt, von Beruf **kaufmännische Angestellte**, behauptet, am 19.09.1987 abends in Heilbronn überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 23.09.1987 statt.

S.S. behauptet, sie fährt mit ihrer Freundin B, der derzeitigen Ehefrau ihres ersten geschiedenen Mannes, in die Innenstadt zum Essen. Als ihre Freundin zum Auto zurückgeht, um den vergessenen Geldbeutel zu holen, begegnet S.S. einem jungen Mann in dunklen Jeans mit Nietengürtel, den sie als Täter von Überfall 8.2. erkennt. Sie ergreift die Flucht, doch der Mann holt sie ein und droht ihr, sie umzubringen. Er schlägt bei Gegenwehr mit den Fäusten auf sie ein, bis sie am Boden liegt. Der Mann rennt weg und wird dabei von ihrer Freundin verfolgt. Er entkommt jedoch in einem braunen Porsche.

Bei der Untersuchung finden sich fleckenförmige Hautunterblutungen in der Form von Saug- und Bißwunden an beiden Armen und kratzerartige Schürfverletzungen im Gesicht, am Hals und auf der Brust.

Eine Simulation wird von S.S. nicht zugegeben. Sie berichtet, seit 2 Wochen von ihrem 2. Ehemann geschieden zu sein. Eigenen Angaben zufolge erhält sie Drohbriefe, die von ihrem Ehemann stammen sollen. Ein Schriftgutachten entdeckt jedoch in diesen Briefen die Schrift der Freundin B.

8.4. S.S., 29 Jahre alt, von Beruf **kaufmännische Angestellte**, behauptet, am 06.10.1987 überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 07.10.1987 statt.

S.S. behauptet, am 06.10.1987 von einem Supermarkt zu ihrem PKW gegangen zu sein, als ein Ende 20-jähriger Mann mit dunklen Haaren, Sonnenbrille und schwarzen Handschuhen ihr ein Taschentuch auf den Mund drückt. Sie verliert hierauf das Bewußtsein. Als sie wieder zu sich kommt, liegt sie nackt, quer auf dem Beifahrersitz ihres Autos. Der Mann sitzt auf ihr, hält ihr die Hände fest und fügt ihr mit einem Messer Schnittverletzungen zu. Er droht, er werde sie umbringen und erzählt, er handle im Auftrag des Täters von Vorfall 3. Er schlägt auf sie ein, vergewaltigt sie. Sie steigt aus dem Wagen aus. Draußen kommt es erneut zu einem Handgemenge und zu einer erneuten Vergewaltigung. Er drängt sie ins Auto zurück, vergewaltigt sie wieder,

mißhandelt sie mit dem Pistolenlauf in Scheide und After. Sie stellt sich bewußtlos, woraufhin er das Auto verläßt und geht. Sie fährt nach Hause, verständigt von dort die Polizei, die sie zum Gynäkologen fährt. Diese Untersuchung ergibt keinen pathologischen Befund.

Bei der Untersuchung findet sich ein statisches, symmetrisches, flächendeckendes Verletzungsmuster aus 31 oberflächlichen, langen, geraden Schnittverletzungen auf der Rumpfvorderseite, beiden Armen und beiden Oberschenkeln. Gesicht, Brüste und Genitalregion sind nahezu ausgespart.

Es erfolgt eine psychiatrische Untersuchung der Patientin, die Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung im Sinne einer infantilen, retardierten Persönlichkeit mit unerfüllten Zuwendungs- und Geborgenheitswünschen äußert.

S.S. gesteht die Simulation am 07.10.1987 ein. Sie gibt an, sich die Verletzungen selbst beigebracht zu haben. Sie stimmt einer psychiatrischen Behandlung zunächst zu, verweigert diese dann jedoch und sagt zu, sich an ihrem Wohnort ambulant behandeln zu lassen.

8.5. S.S., 29 Jahre alt, von Beruf **kaufmännische Angestellte**, behauptet, am 16.11.1987 in Heilbronn überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 17.11.1987 statt.

S.S. behauptet, bei einem Stadtbummel an obigem Datum von einem amerikanischen Wagen verfolgt worden zu sein. Kurze Zeit später folgen ihr die Insassen des Wagens, ein weißer und ein farbiger Mann, drücken ihr ein Tuch auf Mund und Nase, wobei sie das Bewußtsein verliert. Als sie es wiedererlangt, befindet sie sich in einem ihr unbekanntem Schlafzimmer mit Spiegeln, Peitschen und Metallringen an der Wand. Außer den beiden zuvor beschriebenen Männern sind auch die Täter der Überfälle 2 und 4 zugegen. Sie wird gewaltsam entkleidet, an Armen und Beinen gefesselt und ausgepeitscht. Sie wird mehrfach von allen Männern vergewaltigt, zum Oral- und Analverkehr gezwungen. Gegenstände werden ihr in die Scheide eingeführt. Schließlich fahren die Männer sie mit verbundenen Augen in die Innenstadt und stoßen sie dort aus

dem Auto. Sie meldet den Vorfall der Polizei, die sie zur gynäkologischen Untersuchung bringt, die keinen pathologischen Befund ergibt.

An Verletzungen findet der Untersucher etwa 20 oberflächliche, gradlinige, parallele Schnittverletzungen über Kopf, Rumpf und Oberschenkelvorderseite verteilt. Etwa ein Dutzend Gruppen feinsten, zahlreicher Ritzverletzungen befinden sich auf dem Rücken. Außerdem sieht man querverlaufende Schürfungen an beiden Hand- und Fußgelenken.

S.S. gesteht keine Simulation. Die Verletzungen am Rücken deuten auf Fremdbeibringung (zum Beispiel durch die Freundin) hin.

S.S. bezichtigt ihren zweiten Ehemann, daß er als Drahtzieher hinter allen Vorfällen stehe. Zu diesem Zeitpunkt befindet sie sich in ambulanter psychiatrischer Behandlung, die sie jedoch nur sporadisch wahrnimmt.

8.6. S.S., 29 Jahre alt, von Beruf **kaufmännische Angestellte,** behauptet, am 18.12.1987 überfallen worden zu sein.

S.S. behauptet, an obigem Tag bei einem Einkaufsbummel von einem Opel Manta von hinten angefahren worden zu sein. Zwei Männer steigen aus dem Fahrzeug, von denen sie einen von vorangegangenen Vergewaltigungen kennt, zerren sie ins Auto und betäuben sie mit einer Spritze. Sie kommt in einer Waldlichtung, nackt auf dem Boden liegend, zu sich, wo sie von drei Männern vergewaltigt wird. Ihr werden verschiedene Gegenstände in die Scheide eingeführt, wobei einer der Männer Polaroidfotos von ihr anfertigt. Zwischendurch wird sie immer wieder ausgepeitscht. Nach mehreren Stunden lassen die Männer von ihr ab. Sie geht zu ihrer Freundin. Vier Tage später meldet sie sich bei der Polizei, nachdem genau einen Tag später dort ein anonymes Schreiben mit Polaroidfotos, die sie nackt auf einer Wiese liegend zeigen, eingegangen ist.

Bei der Untersuchung finden sich parallele, gradlinige Oberhautritzen nicht näher spezifizierbarer Art, flächendeckend auf der Vorderseite der unteren Oberkörperhälfte, der Oberschenkel und im gesamten Rückenbereich.

Als Zeichen ihrer Verbundenheit mit ihrer Freundin B. schenkt S.S. dieser einen von 3 zuvor gestohlenen Eheringen. Den Diebstahl gibt sie bei der Polizei an und erklärt, daß sie mit der ganzen Situation überfordert sei. Hierauf diagnostiziert eine hinzugezogene

Ärztin eine tiefe Depression mit Suizidalität, woraufhin S.S. in die geschlossene Abteilung einer PLK eingewiesen wird. Die Diagnose eines Münchhausen-Syndroms wird gestellt und der S.S. Schuldunfähigkeit für Vorfall 2-6 attestiert.

8.7. S.S., 30 Jahre alt, von Beruf **kaufmännische Angestellte,** behauptet, am 11.03.1988 überfallen worden zu sein.

S.S. behauptet, mit ihrem Auto an einem Ausweichparkplatz von einer Frau angehalten worden zu sein. Als sie anhält, kommt ein junger Mann hinter dem PKW hervor und fordert von ihr Bargeld. Als sie sich weigert, wird ihr brutal ins Gesicht geschlagen, woraufhin sie bewußtlos zu Boden fällt. Zeugen alarmieren die Polizei, die sie reglos auf dem Boden liegend vorfindet. Mit einem Rettungswagen wird sie in ein Krankenhaus gebracht, wo sie angibt, daß ihre Geldbörse mit 10 DM fehlt.

An Verletzungen sieht man lediglich eine leichte Schürfwunde an der rechten Schläfe.

Dies ist der letzte fingierte Überfall von S.S..

9. H.H., 16 Jahre alt, Berufsschüler, behauptet, am 17.01.1988 in Ravensburg überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 19.01.1988 statt.

H.H. behauptet, am obigen Tage alleine in der Innenstadt unterwegs gewesen zu sein, als plötzlich drei Männer zwischen 20 und 30 Jahren (zwei davon mit Oberlippen-, einer mit Vollbart) ihn mit einem Fallmesser und einer abgebrochenen Weinflasche angreifen. Es kommt zu einem heftigen Handgemenge. Er kann sich losreißen und flüchten, entkommt auch nach einer kurzen Verfolgung. Zuhause wäscht er sich, dann läßt er ambulant im Krankenhaus seine Wunden behandeln, bevor er zur Polizei geht und den Vorfall meldet. Bei der Untersuchung ist H.H. weinerlich, dann wieder kooperativ und ruhig. An Verletzungen sieht der Untersucher auffallend symmetrische Muster auf der Oberkörpervorderseite sowie auf beiden Armen. Vom Gesicht ist die rechte Hälfte betont gezeichnet mit insgesamt 32 scharfen, gradlinigen Verletzungskomplexen. Keine Abwehrverletzungen an den Händen, keine Begleitverletzungen.

Die Simulation wird von H.H. vier Stunden nach der körperlichen Untersuchung eingestanden. Tatsächlich hat er sich in seinem Zimmer die Verletzungen mit einem Rasiermesser selbst beigebracht, um die Zuwendung seiner Freundin zu festigen, mit der er am Vortag Streit gehabt hat.

H.H. wird wegen Vortäuschens einer Straftat rechtskräftig zu einer Jugendstrafe verurteilt.

10. B.R., 28 Jahre alt, berufslos, behauptet, am 03.02.1990 in Tübingen überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 07.02.1990 statt.

B.R. behauptet, am obigen Tag morgens um 5 Uhr nach einem Gaststättenbesuch mit einem flüchtig Bekannten in dessen Wohnung gegangen zu sein. Dort trinken sie gemeinsam eine Flasche Wein. Als sie ablehnt mit dem Mann auf ein eindeutiges Angebot hin zu schlafen, verschließt dieser die Wohnungstür, versteckt den Schlüssel, zwingt sie, sich hinzuknien, und würgt sie bis zur Bewußtlosigkeit. Dabei kratzt er sie im Gesicht und am Arm mit einem nicht erkennbaren Werkzeug. An der Bewußtlosen führt er eine Mund-zu-Mund-Beatmung durch, befiehlt ihr, als sie erwacht, ins Bett zu gehen, reißt ihr die Hose auf und versucht, sie zu vergewaltigen. Dabei würgt er sie erneut und schlägt sie mit einer Weinflasche auf den Kopf. Er schläft schließlich ein. Sie nutzt die Gelegenheit, ihn nach dem Versteck des Schlüssels zu fragen, das er bereitwillig verrät. Sie schließt auf und alarmiert über eine Hausbewohnerin die Polizei.

Bei der Untersuchung ist B.R. depressiv mit im Wechsel weinerlichen mit aggressiven Phasen. Sie wirkt nicht kooperativ. Eine psychische Auffälligkeit im Sinne einer Präpsychose ist denkbar.

An Verletzungen findet der Untersucher eine bis zu 6 cm langer und 5 mm breiter Wundfläche verdichtete, enge Schar von 10-20 gradlinigen, oberflächlichen Schnittverletzungen am rechten Unterarm sowie einige kleinere Kratzverletzungen an beiden Wangen.

Eine Simulation wird von B.R. nicht eingestanden. Die Spuren sind jedoch dem erklärten Vorfall nicht adäquat, was den Verdacht auf Selbstbeschädigung weckt. Bei B.R. ist ein langjähriger Alkohol- Drogen- und Medikamentenmißbrauch bekannt. In der

Vorgeschichte existieren bereits vier Suizidversuche. In den vorausgegangenen zwei Jahren hat sie drei Anzeigen ähnlicher Art erstattet. In einem dieser Fälle ist sie des Vortäuschens einer Straftat wegen angezeigt worden. Es haben sich bei ihr in allen Fällen parallele Narbenscharen auf beiden Unterarmen gezeigt.

Ein Ermittlungsverfahren wegen Vortäuschung einer Straftat und Falschbeschuldigung ist wegen geringer Schuld eingestellt worden.

11. R.R., 38 Jahre alt, von Beruf **Bäcker**, behauptet, am 14.07.1990 in Böblingen überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 15.07.1990 statt.

R.R. behauptet, am obigen Tag mit einem Freund Streit gehabt zu haben. Den Namen dieses Freundes möchte er nicht nennen. Er geht schlafen und wird dadurch geweckt, daß sein Freund ihm ein Messer an den Hals hält und ihn bedroht. Er wisse danach nichts mehr, außer daß er seinem Freund das Messer entrissen und dann auf diesen eingestochen haben muß. Sein Freund stirbt dabei.

R.R. steht bei Vernehmung stark unter Alkoholeinfluß (2,0‰). Er bietet ein Verletzungsbild aus einer Schar annähernd paralleler, oberflächlicher Schnittverletzungen über der rechten, unteren Rückenhälfte sowie zwei kleinere, gleichartige Scharen an der linken, unteren Rückenhälfte. Oberflächliche Schürfverletzungen sieht man an der linken, oberen Rückenseite und an beiden Armen.

R.R. gesteht eine Simulation nicht ein. Denkbar ist ein homosexuelles, sado-masochistisches Verhältnis der beiden zusammenwohnenden Freunde, wobei die Verletzungen des R.R. vermutlich durch den Freund fremdbeigebracht sind, zunächst vielleicht im Einverständnis, dann Umschlagen der Situation unter starkem Alkoholeinfluß und Ermordung des Freundes.

12. A.M., 16 Jahre alt, Realschüler, behauptet, am 12.04.1991 in Rottweil überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 16.04.1991 statt.

A.M. behauptet, am obigen Tag auf dem Schulweg auf einen grünen VW Golf aufmerksam worden zu sein, der neben ihr hält. In der Annahme, sie solle nach dem Weg

gefragt werden, öffnet sie die Beifahrertür, woraufhin der Fahrer versucht, sie ins Auto zu zerren, was ihm auch gelingt. Er zieht ihr den Pullover gewaltsam herab, wobei sie Kratzspuren erleidet. Als ein aufmerksam gewordener Mercedesfahrer an die Fahrertür klopft, kann sie sich befreien und aussteigen. Der Retter fährt sie zur Bushaltestelle. Am Abend erstattet die Mutter Anzeige.

Bei der Untersuchung findet man eine fächerförmig angeordnete Gruppe aus Kratzverletzungen im mittleren Brustbereich, an der Beugeseite des rechten Unterarms und am linken Handrücken.

Die Simulation wird am 18.04.1991 eingestanden. Mit den eigenen Fingernägeln hat A.M. sich die Verletzungen selbst beigebracht. Durch vier vorangegangene Klassenarbeiten in der betreffenden Woche, kann A.M. sich nicht auf die am „Tattag“ stattfindende Klassenarbeit in ihrem Problemfach vorbereiten, schwänzt deshalb die Schule, um keine schlechte Note zu schreiben. Am Mittag erfährt sie, daß die Lehrerin die Mutter anrufen will und beschließt, eine Tat vorzutäuschen, um einen Entschuldigungsgrund zu haben.

In der Klasse ist sie wegen krankheitsbedingten Fehlens nicht gut angesehen. Sie hat eine Beziehung zu einem neun Jahre älteren Freund, die von den Eltern nicht toleriert wird und wodurch die enge Beziehung zur Mutter leidet.

Ein Ermittlungsverfahren wegen Vortäuschens einer Straftat wird eingeleitet.

13. S.R., 16 Jahre alt, Schülerin, behauptet, am 16.09.1991 in Tübingen überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 18.09.1991 statt.

S.R. behauptet, am obigen Tag auf einem Fußweg zu einer Freundin unterwegs gewesen zu sein, als ein Mann sie von hinten überfällt, sie zu Boden wirft, ihr den Pulli zerreißt und versucht, ihre Hose zu öffnen. Während des Kampfes, bei dem sie sich heftig wehrt, drückt er eine brennende Zigarette auf ihr aus und verletzt sie mit einem Messer. Sie hört ein vorbeifahrendes Auto, kann sich losreißen und flüchten.

Nach der Tat ist sie verstört, wortkarg und nicht aussagefähig. Bei der körperlichen Untersuchung finden sich etwa 46 in 5 Gruppen angeordnete durchweg konstante, oberflächliche Schnittverletzungen in der linken Schlüsselbeinregion, über der rechten

sowie der linken Brust und an beiden Unterarmen. Ihre Kleidung ist am Halsausschnitt zerrissen. Zusätzlich sieht man thermische Verletzungen am Ansatz der linken Brust.

Die Simulation wird am 23.09.1991 eingestanden. S.R. hat sich im Garten der Eltern die Kleidung selbst zerrissen und dann mit einer Zigarette sich die Brandwunden sowie mit einem Küchenmesser die Schnitte zugefügt. Als Grund gibt sie an, erneut enttäuscht über frustrierende Abnehmversuche gewesen zu sein. Die stark übergewichtige Schülerin hat in den letzten Jahren häufig erfolglos versucht abzunehmen. Durch den fingierten Überfall hat sie mehr Mitleid und Zuwendung von den Eltern erreichen wollen.

14. J.K., 42 Jahre alt, von Beruf selbständiger Geschäftsmann, behauptet, am 23.12.1991 in Tübingen überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 23.12.1991 statt.

J.K. behauptet, in der Zeit zwischen dem 20. und 23.12.1991 in seiner eigenen Wohnung von vier Jugoslawen festgehalten worden zu sein. Dabei wird er mit Schlägen und Messerstichen mißhandelt. Außerdem wird ihm eine unbekannte Flüssigkeit eingeflößt.

Beim Verhör ist J.K. mit 2,0‰ alkoholisiert. Er hat über 110 längs, quer und diagonal verlaufende, meist gruppenförmig angeordnete Kratzverletzungen. Flammende Rötung der Ränder. Betroffen sind Hals-, Brust- und Bauchregion. Fleckenförmige Rötungen an beiden Handrücken.

Die Simulation wird noch am 23.12.1991 eingestanden. Zur Motivation und genauen Beibringung der Verletzungen gibt J.K. keine nähere Auskunft.

Eine Anzeige wegen Vortäuschens einer Straftat ist erstattet und gegen Geldauflage eingestellt worden.

15. J.K., 30 Jahre alt, Berufssoldat, behauptet, am 30.04.1992 in Rottweil überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 30.04.1992 statt.

J.K. behauptet, am obigen Tag frühmorgens auf dem Weg in die Innenstadt von drei Männern überfallen worden zu sein, die aus einem schwarzen Golf springen. Sie reißen

ihn zu Boden, rauben ihm den Geldbeutel. Erst lassen sie von ihm ab, dann kehrt einer zurück und verletzt ihn mit einem Messer. Danach flüchten alle drei.

Bei der Untersuchung finden sich weit verteilte Gruppen von oberflächlichen Schnittverletzungen an beiden Hohlhänden und an der Rückseite des rechten Beines

Die Simulation wird noch am Untersuchungstag eingestanden. J.K. hat für einen Bordellbesuch in der Nacht 500 DM bezahlt. Er stellt zu spät fest, daß auch die letzten 100 DM aus seinem Geldbeutel fehlen, kehrt zu dem Bordell zurück, das aber mittlerweile geschlossen ist. Wütend schlägt er eine Fensterscheibe ein. Dann ruft er von Zuhause die Polizei und gibt den (fingierten) Überfall zu Protokoll.

16. C.R., 25 Jahre alt, von Beruf **Tierarzhelferin**, behauptet, insgesamt neun Mal zwischen Oktober 1991 und August 1992 überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 15.10.1992 statt.

C.R. behauptet, das erste Mal im Oktober 1991 auf einer Autobahnraststätte überfallen und fast vergewaltigt worden zu sein. Damals hat sie keine Polizei verständigt. Im Dezember 1991 wird sie erneut auf einer Autobahnraststätte von einem Mann in Motorradkleidung überfallen, der sie mit einer Schlinge drosselt, sie ausraubt und versucht zu vergewaltigen, was sie durch Gegenwehr verhindern kann. Sie erhält jedoch einen Stich in die linke Brust. Sie kann fliehen, begibt sich in ein Krankenhaus, wo die 2,5 cm tiefe Stichwunde versorgt und von wo die Polizei verständigt wird. Sie hat Strangulationsmale am Hals mit beginnender Stauungsblutung.

Im Mai 1992 wird sie in ihrer Wohnung von einem unbekanntem Mann überfallen. Sie erleidet in einem Kampf eine tiefe Schnittverletzung innerhalb der rechten Handfläche, die chirurgisch versorgt werden muß. Die Polizei wird nicht verständigt. Nur 3 Wochen später wird sie am Arbeitsplatz von zwei Männern überfallen und durch ein Medikament kampfunfähig gespritzt. Sie wird vergewaltigt. Zusätzlich führt man ihr Gegenstände in die Scheide ein. Sie erleidet Schnitte an den Fußsohlen und in ihre rechte Brust wird das Wort „RACHE“ geritzt. Sie kann ihren Arbeitgeber verständigen. Die Wunden werden ambulant versorgt. Die Polizei wird nicht verständigt. Weitere 2 Wochen später wird sie von einem der beiden vorhergehenden Täter erneut an ihrem Arbeitsplatz überfallen und

durch eine 1,5 cm tiefe Schnittwunde im Bereich der rechten Leiste verletzt. Die Polizei wird nicht verständigt.

11 Tage später überfällt sie der zweite Täter des vorletzten Überfalls in ihrer Wohnung, injiziert ihr ein Medikament in den Nacken, wobei die Nadel abbricht. Sie wird sexuell mißbraucht und narkotisiert. Bei Erwachen ruft sie ihren Arbeitgeber, der sie ins Krankenhaus fährt, wo die abgebrochene Nadelspitze, die tief in der Nackenmuskulatur steckt, operativ entfernt wird. Die Polizei wird nicht verständigt.

Einen Monat später überfällt sie einer der vorgenannten Täter an ihrem Arbeitsplatz, würgt und fesselt sie. Auch diesmal wird keine Polizei verständigt.

Fast drei Wochen später wird sie von ihrem Vater und drei seiner Bekannten im Keller der elterlichen Wohnung überfallen, im Mundbereich durch ein stromführendes Instrument mißhandelt und sexuell mißbraucht. Sie erzählt den Vorfall ihrem Arbeitgeber. Die Polizei wird auch diesmal nicht eingeschaltet.

Zwei Wochen später wird sie auf der Autobahn von einem PKW in einen Rastplatz abgedrängt, entführt, unter Drogen gesetzt, in einen Keller gebracht und sexuell mißbraucht. Sie wird anschließend zu ihrem Fahrzeug zurückgebracht. Diesen Vorfall berichtet sie ebenfalls ihrem Arbeitgeber, der sich hierauf an die Staatsanwaltschaft wendet. Die Geschädigte verweigert zunächst eine körperliche Untersuchung, die nach fünfwöchig andauernden Ermittlungen richterlich angeordnet wird.

Bei der Untersuchung finden sich an der rechten Brust Narben eines wahrscheinlich mehrfach gezeichneten Schriftzugs des Wortes „RACHE“. Narben finden sich ebenso an beiden Unterarmen. Einzelne Schnittnarben sind im Bereich beider Unterarme, über der linken Brust, am linken Oberarm und im rechten Leistenbereich lokalisiert.

Die Simulation wird am 16.10.1992 eingestanden. C.R. wird ärztlicher- und polizeilicherseits als psychisch krank eingeschätzt. Als Tatwerkzeuge gibt sie einen Hammer, ein Küchenmesser, eine Injektionsnadel, ein Skalpell und eine Schnur an. Sie hat sich die Verletzungen selbst durch Hammerschläge beziehungsweise Messerstiche beigebracht. Bei dem zweiten geschilderten Vorfall hat sie sich in ihrem PKW eine Schnur um den Hals gelegt, diese hinter der Nackenstütze verknötet und sich heftig nach vorne gelehnt. Dann hat sie ein Messer auf das Lenkrad abgestützt und sich mit dem Oberkörper dagegen gedrückt, wobei die 2,5 cm tiefe Stichwunde entstanden ist. Als

Motiv gibt sie ein vermindertes Selbstwertgefühl an. Zu einem Suizid sei sie zu feige, deshalb bestrafe sie sich durch Selbstverletzung. Sie ist eine bekannte BTM-Konsumentin und ist laut eigenen Angaben vom Vater seit dem 12. Lebensjahr mißbraucht worden. Sie leide unter einer masochistischen Veranlagung.

17. S.D., 24 Jahre alt, von Beruf **Küchenhilfe**, behauptet, am 13.02.1993 in Leonberg überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 15.02.1993 statt.

S.D. behauptet, am obigen Tag im Stadtpark in Leonberg von drei Skinheads angepöbelt worden zu sein. Als sie die Zurufe ignoriert, wird einer der Männer, den sie genau beschreiben kann, handgreiflich, wirft sie zu Boden. Sie wird von zwei der Männer festgehalten, während der dritte ihr mit einem spitzen Gegenstand ein Hakenkreuz in den Bauch ritzt und ihr weitere Verletzungen am Hals beibringt. Dann werden ihr die Worte „AUSLÄNDERHASS WIR SAGEN JA“ in den linken Unterarm geschnitten. Die Männer lassen nach 15-20 Minuten von ihr ab und sie rennt nach Hause.

An Verletzungsspuren findet der Untersucher symmetrisch angeordnete Gruppen aus feinen Schnittverletzungen am Hals. Ein zum Teil mehrfach nachgezogenes Hakenkreuz sieht man in der Größe von 10x10 cm in Oberbauchmitte. Der oben genannte Schriftzug ist an der Streckseite des linken Unterarms erkennbar.

Die Simulation wird am 18.02.1993 zugegeben. S.D. hat sich die Verletzungen und Schriftzüge mit einer Rasierklinge selbst beigebracht. Am Vortag und am Tattag hat sie eine größere Menge Kokain konsumiert. Als Motiv nennt sie das Heischen nach Zuwendung und Aufmerksamkeit. S.D. ist KroatIn und Asylbewerberin. Sie ist seit einem Jahr Haschisch- und Kokainkonsumentin.

Die Freundin berichtet über insgesamt vier von S.D. geschilderte Vorfälle, von Überfall und Vergewaltigung. Der Freundin gegenüber hat sie angegeben, daß der Arzt bei ihr Krebs diagnostiziert habe.

Gegen S.D. ist Anklage wegen Vortäuschens einer Straftat und falscher Verdächtigung erhoben worden.

18. B.P., 30 Jahre alt, von Beruf **Gärtner**, behauptet, am 02.03.1993 in Böblingen überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 04.03.1993 statt.

B.P. behauptet, am obigen Tag in seiner Wohnung von zwei Männern überfallen worden zu sein. Sie schneiden ihn mit einem Messer und bedrohen ihn, sollte er weiterhin als Polizeinformant in einer relevanten Rauschgiftsache fungieren.

An Verletzungsspuren finden sich parallel verlaufende Schnittverletzungen an beiden Unterarmen und zwei Dreiergruppen aus oberflächlichen Schnitten im Brustbereich. Das T-Shirt ist adäquat zerschnitten.

Die Simulation wird angedeutet, jedoch nicht gestanden. B.P. ist heroinabhängig und fühlt sich offensichtlich in seiner Rolle als Polizeinformant nicht wohl.

B.P. wird wegen Vortäuschens einer Straftat verurteilt.

19. T.H., 27 Jahre alt, behauptet, am 25.06.1993 bei Rottweil überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 28.06.1993 statt.

T.H. behauptet, am obigen Tag mit dem drogenintoxikierten, 22-jährigen A.L. im Auto unterwegs gewesen zu sein, als dieser ihn an einer Autobahnraststätte mit einem Messer angreift. T.H. kann ihm das Messer entwenden und ersticht ihn.

An Verletzungen findet der Untersucher sehr kurze oberflächliche Schnittverletzungen an beiden Handinnenflächen. Zu sehen sind außerdem Kampfspuren in der Art von Kratzverletzungen am rechten Unterschenkel sowie flächigen Hämatomen am rechten Handgelenk, an beiden Unterschenkeln und am Gesäß.

Die Simulation wird von T.H. nicht eingestanden, die oberflächlichen Verletzungen sprechen jedoch nicht für Abwehrverletzungen bei einer Kampfsituation mit tödlichem Ausgang. Vielmehr ist anzunehmen, daß T.H. eine Notwehrsituation hat vortäuschen wollen, um seine Straftat zu mildern.

20. A.R., 17 Jahre alt, Kaufmannslehrling, behauptet, am 08.11.1993 in Heilbronn überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 09.11.1993 statt.

A.R. behauptet, am obigen Tag auf dem Weg zur Berufsschule gewesen zu sein, als neben ihm ein VW-Bus mit vier Skinheads hält und ihn in den Bus zerrt. Dort wird er mit ausländerfeindlichen Parolen beschimpft und geschlagen. Er wird dann in eine abgelegene Hütte entführt und dort mehrere Stunden gefesselt mit einem Messer mißhandelt. Schließlich verlassen die Skinheads die Hütte, und er geht nach Hause.

Bei der Untersuchung findet man symmetrische, zur Medianebene ausgerichtete, gradlinige, parallele Schnittverletzungen. Auf jeder Brustseite sieht man jeweils ein ungelenk eingeritztes Hakenkreuz. Fesselspuren oder Schlagverletzungen fehlen.

Die Simulation wird am Tag der Untersuchung eingestanden. Er hat am Tattag ein Entführungsschreiben in den Briefkasten seiner Eltern geworfen, fährt mit dem Zug nach Stuttgart, bringt sich dort in der Bahnhofstoilette mit einer Rasierklinge die Verletzungen bei, geht abends ins Kino und kehrt nachts nach Hause zurück, um dort seine Geschichte zu erzählen. Auf die Idee, sich Hakenkreuze einzuritzen, sei er aus aktuellem Anlaß gekommen, weil er in der letzten Zeit soviel darüber gelesen habe.

Ein Ermittlungsverfahren wegen Vortäuschens einer Straftat ist wegen der Rückkehr des A.R. nach Spanien eingestellt worden.

21. E.J., 17 Jahre alt, Gymnasialschülerin, behauptet, am 10.01.1994 in Halle überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 12.01.1994 statt.

E.J. behauptet, am obigen Tag in der Schulpause mit ihrem Rollstuhl zur nahegelegenen Post gefahren zu sein. In der Nähe sucht sie eine Behindertentoilette auf. Als sie das Gebäude verläßt, stellt sich ihr eine Gruppe aus zwei Skinheads und einer Frau, die in den Phantomzeichnungen auffallend der Schwester von E.J. ähnelt, in den Weg. Sie wird mit rechtsradikalen Parolen bedroht, und es wird ihr ein Hakenkreuz in die linke Wange geritzt. Plötzlich lassen die Jugendlichen von ihr ab. Sie fährt zur Schule zurück.

Bei der Untersuchung findet man ein aus circa 35 oberflächlichen Schnitten zusammengefügt, circa 4x4 cm großes Hakenkreuz auf der linken Wange.

Die Simulation wird am 18.01.1994 eingestanden. Die Verletzungen hat E.J. sich wahrscheinlich auf der Behindertentoilette zugefügt, wohl um mehr Aufmerksamkeit und Zuwendung zu gewinnen. E.J. ist seit 1½ Jahren ohne erkennbare organische Ursache

querschnittsgelähmt, wobei der Verdacht auf eine psychosomatische Lähmung geäußert wird.

Der Fall wird wegen seiner innen- und außenpolitischen Brisanz zu einem medienwirksamen Spektakel.

Die Ermittlungen wegen Vortäuschens einer Straftat sind eingestellt worden.

22. P.R., 26 Jahre alt, berufslos, behauptet, am 26.02.1994 in Friedrichshafen überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 03.03.1994 statt.

P.R. behauptet, am obigen Tag bei einem Spaziergang von einem Mann überfallen worden zu sein. Er fügt ihr von hinten mit einem Messer einen Schnitt an der Kehle zu. Sie wird gezwungen, in einen VW-Bus einzusteigen. Hier wird sie mehrfach vergewaltigt, dann unter Drohungen freigelassen.

An Verletzungen finden sich zwei scharfe, oberflächliche Hautläsionen im Halsbereich sowie eine Vielzahl strichförmiger Narben an beiden Armen.

Eine Simulation wird nicht eingestanden. P.R. ist psychisch instabil und lebt in einer Wohngemeinschaft, in einem durch Sozialpädagogen und Psychologen betreutes Wohnheim. Sie ist wiederholt wegen Magersucht in psychiatrischer Behandlung gewesen. An den Streckseiten beider Arme finden sich 40-50 Narben von scharfen Ritzungen, die auf frühere Selbstbeschädigung schließen lassen. Teilweise gewinnt man den Eindruck, daß die Narben an der Wundheilung gehindert worden sind, weil sie sich auffallend breit darstellen.

23. T.R., 17 Jahre alt, Metzgereiverkäuferin, behauptet, am 13.08.1994 in Mössingen-Talheim überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 16.08.1994 statt.

T.R. behauptet, am obigen Tag mit dem Fahrrad unterwegs gewesen zu sein und an einer Bank eine Zigarettenpause gemacht zu haben. Hier wird sie von vier Ausländern überfallen, von denen sie zwei vor einer Woche im Zug kennengelernt hat und die sie seitdem im Auto verfolgen. Die Männer schieben ihr den Pullover nach oben, verletzen

sie mit einem spitzen Gegenstand, beschädigen ihr Fahrrad, leeren die Taschen aus und beschimpfen sie. Schließlich flüchten sie.

Bei der Untersuchung fällt eine Vierergruppe aus sehr schwachen, parallelen Schnittverletzungen an der rechten Wange und eine solitäre an der linken Wange auf. An den Handrücken sowie den Armen sieht man ebenfalls schwache Schnitte.

Die Simulation wird am 16.08.1994, knapp zwei Stunden nach der Untersuchung zugegeben. In Wirklichkeit hat T.R. sich in ihrem Zimmer nach einem freundschaftlichen Treffen mit den vier Ausländern die Verletzungen mit einem Küchenmesser selbst beigebracht. Dann erzählt sie einer Freundin und am nächsten Tag ihren zu diesem Zeitpunkt verreisten Eltern davon, die aus dem Urlaub zurückkommen sind und Anzeige erstatten. T.R. hofft, daß ihr Freund, der sie verlassen hat, sich nach der Tat ihr wieder zuwendet. Zusätzlich fühlt sie sich von den vier Männern seit Tagen belästigt.

Ein Ermittlungsverfahren wegen Vortäuschens einer Straftat ist eingestellt worden.

24. Y.W., 15 Jahre alt, Schüler, behauptet, am 01.12.1994 in Dornahn überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 08.12.1994 statt.

Y.W. behauptet, am obigen Tag durch einen ehemaligen türkischen Freund, der ihn seit einem halben Jahr um Geldbeträge erpreßt, von der Schule abgeholt worden zu sein. Der Jugendliche zwingt ihn unter Vorhaltung eines Messers, mit auf sein Zimmer zu gehen. Dort verletzt er ihn mit dem Messer, welches er immer wieder erhitzt, an beiden Unterarmen. Er erzwingt von ihm das Versprechen, seine Großmutter zu überfallen und auszurauben. Danach läßt er ihn gehen.

Bei der körperlichen Untersuchung findet man vier parallele, gradlinige Schnittverletzungen an der Streckseite des linken Unterarms. Man sieht eine querverlaufende Hautschädigung an der Streckseite des rechten Unterarms. Außerdem fallen Narben an beiden Unterarmen, auch an der Innenseite des linken Handgelenks auf. Eine Simulation wird nicht eingestanden. Es wird Anzeige wegen Vortäuschens einer Straftat erhoben.

25. S.R., 18 Jahre alt, Kosmetikerin, behauptet, am 11.02.1995 in Rottweil überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 13.02.1995 statt.

S.R. behauptet, am obigen Tag im Bahnhofsgelände von einem Mann angegriffen worden zu sein, der sie zu Boden wirft, sich auf sie setzt und versucht, sie zu entkleiden. Sie wehrt sich heftig, tritt, beißt und schlägt. Es gelingt ihr, ihm zwischen die Beine zu treten, woraufhin er von ihr abläßt. Sie kann flüchten.

Bei der körperlichen Untersuchung findet der Untersucher insgesamt 33 Kratzverletzungen in drei flächendeckenden Gruppen an der linken Brust, der rechten Bauchseite und auf dem Rücken. Einige parallele Nachzeichnungen und Neuansätze sind zu sehen. Keine weiteren Abwehrverletzungen.

Eine Simulation wird nicht eingestanden.

26. A.D., 19 Jahre alt, Lehrling, behauptet, am 03.03.1995 bei Böblingen überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 08.03.1995 statt.

A.D. behauptet, am obigen Tag durch einen Zettel an der Windschutzscheibe ihres PKWs zu einer öffentlichen Telefonzelle geleitet worden zu sein. Bei ihrem Eintreffen dort erhält sie einen Anruf von einem Mann, der sie zu einem Waldparkplatz bestellt, zu dem sie fährt. Bei ihrem Eintreffen sieht sie einen Mann, sie steigt aus ihrem Auto aus, der Mann kommt auf sie zu und schlägt ihr ins Gesicht. Sie fällt zu Boden und wird erneut so geschlagen, daß sie die Besinnung verliert. Sie erwacht, als die Polizei am Tatort ist, gefesselt mit einem Seidenschal.

Bei der körperlichen Untersuchung findet man eine dichte, parallele Schar aus fünf, sehr leichten Schnittverletzungen am rechten Unterarm, Schnittverletzungen am rechten Oberschenkel und sehr leichte Schnittverletzungen in der linken Hohlhand. Außerdem fallen dicht liegende Narbenscharen am linken Unterarm und zusätzlich Narben im Bereich des rechten Oberschenkels auf. Die Hose ist am rechten Bein aufgeschnitten, wobei die Schnittlücke nicht mit der Verletzung am Oberschenkel korrespondiert. Die Kleidung ist nur auf der linken Körperhälfte beschmutzt. Laut Angaben der Hausärztin ist A.D. seit Oktober 1994 mit psychischen Problemen belastet.

In den letzten fünf Monaten hat A.D. mindestens acht fingierte Bedrohungen gestanden. Eine adäquate Erklärung für die Narben hat sie nicht.

27. D.G., 28 Jahre alt, Getränkeshändler, behauptet, am 14.12.1994 in Öschingen überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 15.12.1994 statt.

D.G. behauptet, am obigen Tag am unbeleuchteten Leergutabstellplatz seines Getränkemarkts von einem Mann mit Strumpfmütze angegriffen worden zu sein. Dieser schlägt ihn, wirft ihn zu Boden. Er versucht, ihn zu berauben. Als sich D.G. jedoch heftig wehrt, rennt der Mann davon.

Bei der Untersuchung findet man 22 in Gruppen angeordnete, sehr oberflächliche Schnittverletzungen am linken Oberbauch, am Handrücken und im Gesicht.

Eine Simulation wird nicht zugegeben. Das Verletzungsbild korreliert jedoch nicht mit dem angegebenen Tathergang. D.G. deutet an, er wolle bei seiner Ehefrau die Anschaffung eines Hundes durchsetzen.

28. I.A., 16 Jahre alt, Realschülerin, behauptet, am 28.05.1996 in Althengstett überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 30.05.1996 statt.

I.A. behauptet, am frühen Abend des obigen Tages mit ihrem Hund im Wald spazieren gegangen zu sein, als sie einer Gruppe von „Grufties“ (schwarz gekleidete Jugendliche mit weiß geschminkten Gesichtern) begegnet, die sie grüßt. Plötzlich kommt ein Mädchen aus der Gruppe auf sie zu und beschuldigt sie, ihren Freund „angebaggert“ zu haben. I.A. wird mehrmals getreten und kurz bewußtlos. Als sie zu sich kommt, ruft sie ihren Hund herbei, der die Angreifer in die Flucht schlägt. Erst dann bemerkt I.A. ihre Schnittverletzungen.

Bei der Untersuchung finden sich feine, sehr oberflächliche Schnitte, insgesamt 43 im Gesicht und weitere an beiden Handrücken und den Unterarmen.

Eine Simulation wird von I.A. am 03.06.1996 eingeräumt, ohne daß Details geschildert werden. Sie ist eine mittelmäßige Schülerin, hat einen viel älteren Freund und beschäftigt sich intensiv mit schwarzer und weißer Magie sowie Hexen. Sie hat Angst davor, als

Hexe verbrannt zu werden. Fürchtet sich vor Diskriminierung, weil sie zweimal pro Woche in die Neuapostolische Kirche geht. Die Situation ist entgleist, als es nach Schilderung der Tat zu einer Presseinformation und zu einer großen öffentlichen Suchkampagne kommt. Das Ermittlungsverfahren wegen Vortäuschens einer Straftat wird eingestellt.

29. K.S., 19 Jahre alt, Zahnarthelferin, behauptet, am 25.06.1996 in Tübingen überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 25.06.1996 und 26.06.1996 statt.

K.S. behauptet, am Morgen des obigen Tages auf dem Schulweg gewesen zu sein, als ein junger Mann sie offensichtlich verfolgt, anspricht und sofort auf eine Wiese zieht. Er schlägt sie, zerschneidet ihr T-Shirt, verletzt sie mit einem Messer und tritt sie. Sie wehrt sich heftig. Es gelingt ihr, ihn zwischen die Beine zu treten, woraufhin sie flüchten kann. Der Mann war ihr in den letzten Wochen öfters auf dem Schulhof begegnet, wobei sie das Gefühl hatte, von ihm beobachtet zu werden.

Bei der körperlichen Untersuchung finden sich an der rechten Wange parallele Scharen oberflächlicher Ritzverletzungen auf einem 4x5 cm großen Areal. An der rechten Brust sieht man vier parallele Scharen ebenfalls sehr feiner Ritzverletzungen.

Am 27.06.1996 gesteht K.S. die Simulation. Tatsächlich hat sie sich die Verletzungen mit einer Nähnadel selbst beigebracht. Als Motiv gibt sie an, eine sehr depressive Phase zu haben. Sie wolle die Tatschilderung als appellativ verstanden wissen und darauf aufmerksam machen, daß sie Hilfe brauche. In der Vorgeschichte liegt die Trennung der Mutter vom Vater, woraufhin dieser Suizid begeht. Sie als jüngstes Kind hat ein sehr enges Verhältnis zum Vater gehabt. Die Mutter heiratet erneut. Der Stiefvater ist Alkoholiker. Er schlägt die Mutter und sie oft, so daß sie mit Zustimmung des Jugendamts in der Familie der Schwester leben darf. Kürzlich sei sie zu ihrem Freund gezogen.

Ein Verfahren wegen Vortäuschens einer Straftat ist gegen Geldbuße eingestellt worden.

30. M.S., 14 Jahre alt, Schülerin, behauptet, am 16.12.1996 bei Fellbach überfallen worden zu sein. Die gerichtsmedizinische Untersuchung findet anhand einer Lichtbildauswertung am 17.02.1997 statt.

M.S. behauptet, am obigen Tag von zwei Männern in einem Wald angegriffen worden zu sein. Diese schleifen sie ein Stück durch den Wald, entkleiden sie und der eine versucht, sie zu vergewaltigen, was jedoch nicht gelingt. Sie wird getreten, geschlagen und mit einem Messer verletzt. Schließlich lassen beide von ihr ab.

Bei der Untersuchung findet man 37 durchweg feine, sehr oberflächliche Ritzverletzungen im Gesicht, an der linken Brustseite, am Oberbauch und an beiden Unterarmen.

Die Geschädigte erstattet am 16.12.1996 telefonisch Anzeige. Regionale und überregionale Presse berichten über den Fall, es werden Phantombilder erstellt.

Eine Simulation wird nicht eingestanden. M.S. kommt aus desolaten Familienverhältnissen, beide Eltern sind Alkoholiker, es gibt oft Streit.

Auffallend die exzessive und genaue Beschreibung des Tathergangs durch die 14-Jährige.

31. C.S., 29 Jahre alt, gelernte Friseurin, Hausfrau, behauptet, am 27.01.1997 in Gebersheim überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 30.01.1997 statt.

C.S. behauptet, am obigen Tag mit ihrem Hund auf einem Trimm-Dich-Pfad unterwegs gewesen zu sein, als sie von einem unbekanntem Mann angegriffen wird, der versucht, sie auszuziehen. Sie wehrt sich heftig, tritt ihn und kann flüchten.

Bei der Untersuchung findet man ein symmetrisches Verletzungsbild aus 14 Schnittverletzungen mit über den Verlauf auffallend konstanter Intensität.

Am 29.01.1997 gibt C.S. ihre Simulation zu. In Wirklichkeit hat sie sich die Verletzungen zu Hause im Badezimmer zugefügt, um ihren Mann zu beeindrucken und weil sie aufgrund einer Vielzahl von Problemen verzweifelt ist.

Sie wird wegen Vortäuschens einer Straftat angeklagt.

32. R.K., 35 Jahre alt, Einzelhandelskauffrau, behauptet, am 29.01.1997 in Gomaringen überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 30.01.1997 statt.

R.K. behauptet, am obigem Tag mit ihrem PKW in die Tiefgarage ihres Wohnhauses gefahren zu sein. Sie steigt aus, als sie von einem Mann angegriffen wird, der sie an der Schulter festhält und ihr zwischen Bekleidung und Haut fährt, wobei er sie kratzt. Sie dreht sich zu ihm um und kann ihm zwischen die Beine treten, rennt zu ihrem PKW, fährt zu einer benachbarten Pizzeria und erzählt dem Wirt, was passiert ist. Dieser drängt sie, die Polizei zu verständigen.

Bei der Untersuchung findet man eine parallele Gruppe aus drei Kratzverletzungen an der Vorderseite der linken Schulter sowie eine Gruppe aus drei Kratzverletzungen am linken Brustansatz.

Die Simulation wird von R.K. am 05.02.1997 zugegeben. Sie hat sich die Verletzungen selbst bei einem Ampelstop in ihrem PKW beigebracht, ist dann in die Tiefgarage ihres Hauses gefahren und von dort zu der Pizzeria. Die Motivation ist unklar. Sie lebt seit zwei Monaten mit ihren zwei Kindern von ihrem Ehemann getrennt, bei dem sie immer noch arbeitet und der ihr Vorgesetzter ist. Sie gibt an, unter Trennungsschwierigkeiten und dem Alleinsein zu leiden.

33. K.E., 13 Jahre alt, Hauptschülerin, behauptet, am 12.05.1997 in Forchtenberg überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 21.05.1997 statt.

K.E. behauptet, am obigen Tag eine Freundin besuchen zu wollen. Als sie diese nicht antrifft, geht sie zu Fuß zurück, als ein PKW neben ihr anhält. Ein 40- bis 50-jähriger Ausländer spricht sie an, zerrt sie ins Auto, schlägt und bedroht sie. Er fährt mit ihr in einen Wald, vergewaltigt sie zweimal und wirft sie anschließend oder am nächsten Tag aus dem Auto. Unter Schock zieht sie mehrere Tage durch die Gegend und übernachtet auf einer Bank beziehungsweise bei einer nicht genannten Freundin.

Bei der körperlichen Untersuchung stellt man 38 durchweg sehr oberflächliche, gradlinige, mehrfach nachgezogene, zum Teil gruppierte Ritzverletzungen am linken Hals, am rechten Oberbauch, im Lendenbereich, an beiden Unterarmen und an beiden

Beinen fest. Zusätzlich sind drei Kratzverletzungen im Gesicht zu sehen. Bei der gynäkologischen Untersuchung am 17.05.1997 wird die Defloration festgestellt.

K.E. gibt eine Simulation nicht zu. Eine Vernehmung ist nicht möglich, da sie sich in psychiatrischer Behandlung befindet. Eine Simulation wird gegenüber einer Freundin angedeutet, nachdem K.E. vier Tage lang das Elternhaus gemieden hat, um damit ihr Fernbleiben zu erklären.

K.E. leidet unter Schulangst. Der Vater ist trockener Alkoholiker, die Mutter früh gestorben. Die Stiefmutter ist sehr streng zu K.E. und wird von dieser als Hexe bezeichnet. Bei der ambulanten Untersuchung in der Jugendpsychiatrie wird eine schwere Störung des Sozialverhaltens mit Depression, mit Verdacht eines Mißbrauchsyndroms und mit schon seit länger andauernder, emotionaler Deprivation diagnostiziert.

In der Vorgeschichte hat sie sich mehrfach kleinere Schnittverletzungen sowie Bißwunden zugefügt.

34. M.L., 22 Jahre alt, Dolmetscherin, behauptet, am 06.06.1997 in Böblingen überfallen worden zu sein. Die körperliche Untersuchung findet am 12.06.1997 statt.

M.L. behauptet, am obigen Tag in der S-Bahn von drei Männern mit einer Pistole und einem Messer bedroht worden zu sein. Sie wird aufgefordert, ihr Bargeld herauszugeben. Dann soll sie an der nächsten Haltestelle zusammen mit den Tätern aussteigen. Hier kommt es zu einem Kampf, sie muß ihr Bargeld (180 DM) herausgeben.

Bei der Untersuchung findet man eine solitäre 14 cm lange Schnittverletzung am linken Bein, die mit der Reißbeschädigung der Hose nicht korrespondiert.

Eine Simulation wird nicht eingestanden, das Verfahren eingestellt.

Literaturverzeichnis

- (1) Knight, B.H. (1968)
Two Cases of Self-Inflicted Injuries in the Living
Med Sci Law, Volume 8, 264-266
- (2) Reuter, F. (1911)
Die Selbstbeschädigung und ihre forensische Beurteilung, 192-221
in: Kolisko, A.: Beiträge zur Gerichtlichen Medizin; I. Band
Franz Deuticke, Leipzig und Wien
- (3) Blondel (1906)
Les automutilateurs, étude psychopathologique et médico-legale Jules Rosset
zitiert in (2)
- (4) Kleemann, F. (1902)
Genesis und Tatbestand der Militärdelikte
Wien
zitiert in (2)
- (5) Tyrmann (1903)
Die Verletzungen des Ohres, deren Folgezustände und ihre gerichtsärztliche
Bedeutung
Wien
zitiert in (2)
- (6) Kirchner (1905)
Verletzungen des Ohres
Würzburger Abhandlungen, I. Bd
zitiert in (2)
- (7) Kaufmann (1907)
Handbuch der Unfallmedizin
Stuttgart
zitiert in (2)
- (8) Patry (1907)
Revue méd. de la Suisse des Accid.
zitiert in (2)
- (9) Mönkemöller (1913)
Zum Kapitel der Simulation, 252-308
in: Vierteljahressch. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen; Dritte Folge, XLVI. Band
Hrsg: Abel, Dr. R.; Strassmann, Prof. Dr. F.
Verlag von August Hirschwald, Berlin

- (10) Olsen, J. (1967)
Self-Inflicted Injuries and False Information to the Police
in: Med Sci Law, Vol.7, Nr.1, 22-25
Sweet&Maxwell
- (11) Friderich, H. (1950)
Neue Med. Welt, 355
- (12) Wasmuth, K. (1948)
Med. Klinik, 371
- (13) Asher, R. (1951)
Lancet 1, 339
- (14) Prokop, O.; Göhler, W. (1976)
Simulation und Selbstbeschädigung, 309-330
in: Forensische Medizin
Gustav Fischer Verlag; Stuttgart, New York
- (15) zitiert in (14)
- (16) Doepfmer, R. (1962)
Über Artefakte
Ärztl. Mitt, 47-59, 929
- (17) Goedel (1932)
zitiert in (14)
- (18) Schmauss, A.K. (1962)
Zur Kenntnis der Artefakte auf dem Gebiet der Chirurgie
Dtsch. Ges.wesen 17,13,507
und Dtsch. Ges.wesen 14, 561
- (19) König, H.G.; Freislederer A.; Baedeker, Ch.; Pedal, I. (1987)
Unterscheidungskriterien für Selbst- oder Fremdbeibringung von Verletzungen
angeblich oder tatsächlich Überfallener
Arch Kriminol 180, 13-27
- (20) Lochte, T. (1913)
Über Selbstverletzungen
Vierteljahressch. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen 45, 261-268
- (21) Polke, J. (1933)
Fingierte Verbrechen
in: Handwörterbuch der Kriminologie Bd. 1
Hrsg.: Elster, A.; Lingemann, H.
de Gruyter. Berlin/Leipzig

- (22) Wilhelm, R.; Hertel, G. (1961)
Über Artefakte der Haut. Zugleich kasuistischer und psychodiagnostischer Beitrag
Dtsch Med Wochenschr 2, 81-86
Dtsch Med Wochenschr 3, 145-152
Dtsch Med Wochenschr 4, 184-187
- (23) Pollak, St.; Reiter, Ch.; Stellwag-Carion, C. (1987)
Vortäuschung von Überfällen durch eigenhändig zugefügte Schnitt- und Stichwunden
Arch Kriminol, Bd. 179, 81-93
- (24) Taylor, A.S.
zitiert in (25)
- (25) Strassmann, F. (1910)
Merkmale der behufs Vortäuschung fremden Angriffs bewirkten Selbstverletzungen
Vj Ger Med 3.F., 39 (Suppl.), 3-16
- (26) Kratter, J. (1910)
Diskussionsbemerkung
Vj Ger Med 3 F., 39 (Suppl.) 14
- (27) Holzer, F.J. (1969)
Zur Aufklärung fingierter Überfälle
Arch Kriminol 143, 1-6 u. 96-105
- (28) Smith, S.; Fiddes, F.S. (1949)
Forensic Medicine, 9th ed., 168-173
Churchill (London)
- (29) Dotzauer, G.; Iffland, R. (1976)
Selbstverstümmelungen in der privaten Unfallversicherung
Z Rechtsmed 77, 237-288
- (30) Zirpins, W. (1965)
Fingierte Überfälle
Tgb Krim 15, 153-162
- (31) Groß, H.; Geerds, F. (1978)
Handbuch der Kriminalistik, Bd. II, 40-45 u. 454-457
Schweitzer, Berlin;

- (32) Bennecke, (1911)
Simulation und Selbstverstümmelung in der Armee unter besonderer
Berücksichtigung der forensischen Beziehungen
Arch Krim Anthr 43, 193-268
- (33) Ziemke, E. (1923)
Über Selbstbeschädigungen
Arch Kriminol 75, 241-258
- (34) Meixner, K. (1919)
Gerichtsärztliche Erfahrungen über Selbstbeschädigung
Beitr gerichtl. Med. 3, 145-212
- (35) Meixner, F. (1954)
Kriminaltaktik in Einzeldarstellungen, 134-150
Kriminalistik-Verlag, Hamburg
- (36) Sluga, W.; Grünberger, J. (1969)
Selbstverletzungen und Selbstbeschädigungen bei Strafgefangenen
Wien Med Wochenschr 119, 453-459
- (37) Friderich, H. (1950)
Artefakte der Haut unter Berücksichtigung der psychischen Persönlichkeit der
Artefaktträger
Med Welt 1950, I, 355-358 u. 390-392
- (38) Fuchs, E. (1958)
Vortäuschung schwerer Verbrechen aus krankhafter Geltungssucht und
Hysterie
Kriminalstatistik 12, 140-142
- (39) Pedal, I. (1994)
Selbstbeschädigung durch einen Doppelklingenrasierapparat
Arch Kriminol 194, 15-21.
- (40) Kürkciyan, I.; Kettenbach, J.; Domanovits, H.; Schima, W.; Sterz, F. (1993)
Rezidivierende Hals- und Gesichtsschwellung bei einem Häftling
Rechtsmedizin 4, 35-39
- (41) Marty, W.; Sigrist, Th.; Bär, W. (1993)
Selbstbeschädigung mit flüchtigem Stickstoff
Z Unfallchirur Vers Med Bd. 86, 90-96
- (42) Fehlow, P. (1989)
Zu den Ursachen und zur Häufigkeit von Selbstbeschädigungen bei schwer
geistig Behinderten
Psychiatr Neurol Med Psychol 5, 293-296

- (43) Baumeister, A.A. (1976)
Self injurious behaviour.
in: International review of research in mental retardation, 1-30
Hrsg.: Ellis, N.R.
Academic Press, New York
- (44) Nissen, G. (1971)
Die psychische Entwicklung und ihre Störung, Der psychische Hospitalismus,
in: Lehrbuch der spezielle Kinder- und Jugendpsychiatrie, 11-34 u. 49-57.
Hrsg.: Harbauer, H.; Lempp, R.; Nissen, G.; Strunk, P.
Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York
- (45) Hawton, K.; Fagg, J. (1992)
Deliberate Self-poisoning and Self-injury in Adolescents
Br J Psychiatry 161, 816-823
- (46) Repp, A.C.; Singh, N.N.; Olinger, E.; Olson, D.R. (1990)
The use of functional analyses to test causes of self-injurious behaviour:
rationale, current status and future direction
Journal of Mental Deficiency Research 34, 95-105
- (47) Singh, N.N. (1981)
Current trends in the treatment of self-injurious behaviour
in: Advances in Pediatrics 28, 377-400
Hrsg.: Barnes, L.A.
Year Book Medical Publishers, Chicago
- (48) Carr, E.G.; Newsom, C.D.; Binkoff, J.A. (1980)
Escape as a factor in the aggressive behaviour of two retarded children
J Appl Behav Anal 13, 101-117
- (49) Edelson, S.M.; Taubman, M.T.; Lovaas, O.I.;(1983)
Some social contexts of self-destructive behaviour
J Abnorm Child Psychol 11, 299-312.
- (50) Iwata, B.A. (1987)
Negative reinforcement in applied behaviour analysis: an emerging technology
J Appl Behav Anal 20, 361-378
- (51) Carr, E.G. (1977)
The motivation of self-injurious behaviour: a review of some hypotheses.
Psychol Bull 84, 800-816
- (52) Cataldo, M.F.; Harris, J. (1982)
The biological basis for self-injury in the mentally retarded
Analysis and Intervention in Developmental Disabilities 2, 21-40

- (53) De Catanzaro, D.A. (1978)
Self-injurious behaviour: a biological analysis
Motivation and Emotion 2, 46-65.
- (54) Rosen, P.M.; Walsh, B.W. (1989)
Patterns of Contagion in Self-Mutilation Epidemics
Am J Psychiatry 146:5; 656-658
- (55) van der Kolk, B.A.; Perry, J.Ch.; Hermen, J.L. (1991)
Childhood Origins of Self-Destructive Behavior
Am J Psychiatry 143, 1665-1671
- (56) Pattison, E.M.; Kahan, J. (1983)
The deliberate self-harm syndrome
Am J Psychiatry 140, 867-872
- (57) Gardner, D.L.; Cowdry, R.W. (1985)
Suicidal and parasuicidal behavior in borderline personality disorder
Psychiatr Clin North Am 8, 389-403
- (58) Stone, M.H. (1987)
A psychodynamic approach: some thoughts on the dynamics and therapy of
self-mutilating borderline patients
J Personal Disord 1, 347-349
- (59) Green, A.H. (1978)
Self-destructive behavior in battered children
Am J Psychiatry, 135, 579-582
- (60) Rosenthal, P.A.; Rosenthal, S. (1984)
Suicidal behavior by preschool children
Am J Psychiatry, 141, 520-525
- (61) Pitman, R.K. (1990)
Self-mutilation in combat-related PTSD (letter)
Am J Psychiatry, 147, 123-124
- (62) Mineka, S.; Suomi, S.J. (1978)
Social separations in monkeys
Psychol Bull, 85, 1376-1400
- (63) Möllhoff, G.; Müller, B. (1975)
Suicid, Selbstverletzungen
in: *Gerichtliche Medizin*, 305-325
Hrsg.: Müller, B.
Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1975

- (64) Chlopek, J.; Hansen, E. (1964)
Arch. med. sadowej 14, 121
Ref Dtsch Z ges ger Med 55, 76
- (65) Hoff, H. (1965)
Z Präv-Med 10, 499
zitiert in (63)
- (66) Nau, E. (1965)
Z Präv-Med 10, 512
zitiert in (63)
- (67) Philip, E. (1969)
Münch Med Wochenschr 111, 2256
zitiert in (63)
- (68) Dalgaard, J.B. (1968)
Dtsch Z ges gerichtl Med 63, 223.
- (69) Dérobert, L.; Hadengue, A.; Proteau, J.; Schaub, S. (1965)
Méd lég 45, 5.
- (70) Brettel, H.-F. (1986)
Die Selbstbeschädigung
in: Praxis der Rechtsmedizin
Hrsg.: Forster, B.
Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York, 1986
- (71) Ullrich, O. (1937)
Besonderheiten artifizieller Krankheitserscheinungen im Kindesalter
in: Mayr, J.: Handbuch der Artefakte
Fischer, Jena, 1937
- (72) Schwerd, W. (1992)
Rechtsmedizin, 25
Hrsg.: Schwerd, W.
Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 5. Auflage, 1992
- (73) Arbab-Zadeh, A.; Prokop, O.; Reimann, W. (1977)
Selbstverletzung
in: Rechtsmedizin, 513-519
Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, New York 1977
- (74) Holitzner, W.V. (1993)
Zur Dynamik spezieller Formen der Selbstbeschädigung
Zsch psychosom Med 39, 319-332

- (75) Steinert, T.; Wolfersdorf, M. (1993)
Aggression und Autoaggression
Psychiatr Prax 20, 1-8
- (76) Nelson, F.L. (1986)
Indirektes selbstzerstörerisches Verhalten in fünf Behandlungsgruppen
Suizidprophylaxe 18, 19-42
- (77) West, D.J. (1966)
Murder followed by suicide
Heinemann, London
zitiert in (75)
- (78) Allen, N.H.; (1983)
Homicide followed by suicide: Los Angeles 1970-1971
Suicide Life Threat Behav 13, 155-165
zitiert in (75)
- (79) Bach-Y-Rita, G.; Veno, A. (1974)
Habitual violence. A profile of 82 men.
Am J Psychiatry 131, 1015-1017
zitiert in (75)
- (80) Alessi, N.E.; McManus, M.; Brickman, A.; Grapentine, L. (1984)
Suicide behavior among serious juvenile offenders
Am J Psychiatry 141, 286-287
zitiert in (75)
- (81) Barraclough, B.M.; Bunch, J.; Nelson, B.; Sainsbury, P. (1974)
A hundred cases of suicide: Clinical aspects
Br J Psychiatry 124, 355-372
zitiert in (75)
- (82) Shafii, M.; Carrigan, S.; Whillinghill, L.; Derrick, A. (1985)
Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents.
Am J Psychiatry 142, 1061-1064.
zitiert in (75)
- (83) Freud, S. (1930)
Das Unbehagen in der Kultur
G.W. Bd 14

- (84) Asperg, M.; Nordstrom, P.; (1988)
Biological correlates of suicidal behavior.
in: Current issues of suicidology, 223-241
Hrsg.: Müller, H.J.; Schmidtke, A.; Welz, R.;
Springer Berlin, Heidelberg, New York, Tokio; 1988
zitiert in (75)
- (85) Brown, G.L.; Ebert, M.H.; Goyer, D.C.; Jimerson, D.C.; Klein, W.J.; Bunney,
W.E.; Goodwin, F.K. (1982)
Aggression, suicide and serotonin: Relationship to CSF amin metabolites
Am J Psychiatry 139, 741-746
zitiert in (75)
- (86) Takahashi, S.; Yamane, H.; Kondo, H.; Tani, N. (1974)
CSF monoamine metabolites in alcoholism. A comparative study with
depression
Folia Psychiatr. Neurol. Jap. 28, 347-354
zitiert in (75)
- (87) Rosenthal, N.; Davenport, Y.; Cowdry, R.; Webster, M.; Goodwin, F. (1980)
Monoamine metabolites in cerebrospinal fluid of depressive subgroups
Psychiatry Res 2, 113-119
zitiert in (75)
- (88) Virkkunen, M.; Nuutila, A.; Goodwin, F.; Linnoila, M. (1987)
CSF monoamine metabolites in male arsonists
Arch Gen Psychiatry 44, 241-257
zitiert in (75)
- (89) Van Woerkom, T.C.; Teelken, A.W.; Minderhoud, J.M. (1977)
Difference in neurotransmitter metabolism in frontotemporal-lobe contusion and
diffuse cerebral contusion
ancet 1, 812-813
zitiert in (75)
- (90) Johansson, B.; Roos, B.E. (1967)
5-hydroxyindolacetic acid and homovanillic acid levels in cerebrospinal fluid of
healthy volunteers and patients with Parkinson`s syndrome
Life Sci 6, 1449-1454
zitiert in (75)
- (91) Chadwick, D.; Jenner, P.; Reynolds, E.H. (1975)
Amines, anticonvulsants and epilepsy.
Lancet 1, 473-476
zitiert in (75)

- (92) Cohen, D.J.; Caparulo, B.K.; Shaywitz, B.A.; Bowers Jr.M.B. (1977)
Dopamine and serotonin metabolism in neuropsychiatrically disturbed children:
Cerebrospinal fluid homovanillic acid and 5-hydroxyindolacetic acid.
Arch Gen Psychiatry 34, 545-550
zitiert in (75)
- (93) Virkkunen, M. (1983)
Insulin secretion during the glucose tolerance test in antisocial personality
Br J Psychiatry 142, 598-604
zitiert in (75)
- (94) Virkkunen, M. (1984)
Reactive hypoglycemic tendency among arsonists.
Acta Psychiatr Scand 69, 445-452
zitiert in (75)
- (95) Menninger, K. (1938)
Man against himself
Harcourt Brace World, New York
zitiert in (75)
- (96) Cullum, S.J.; Catalan, J.; Berelowitz, K.; O'Brien, S.; Millington, H.T.; Preston,
D. (1993)
Deliberate Self-Harm and Public Holidays: Is There a Link?
Crisis 14/1, 39-42
- (97) Griffith, A.W. (1990)
Correlates of Suicidal History in Male Prisoners
Med Sci Law 30, 217-218
- (98) Hayes, L.M. (1989)
National study of jail suicides: Seven years later.
Psychiatr Q 60, 7-29
- (99) Greenspan, G.S.; Samuel, S.E. (1989)
Self-Cutting After Rape
Am J Psychiatry 146, 789-790
- (100) Burgess, A.W.; Holmstrom, L.L. (1974)
Rape trauma syndrome
Am J Psychiatry 131, 981-986
- (101) Winchel, R.M.; Stanley, M. (1991)
Self-Injurious Behavior: A Review of the Behavior and Biology of Self-
Mutilation
Am J Psychiatry 148, 306-317

- (102) Conn, L.M.; Lion, J.R. (1983)
Self-injury: a review.
Psychiatr Med 1, 21-33
zitiert in (101)
- (103) Toch, H. (1975)
Men in Crisis: Human Breakdowns in Prison
Chicago, Aldine
zitiert in (101)
- (104) Holley, H.; Arboleda-Florez, J.E. (1988)
Hypernomia and self-destructiveness in penal settings
Int J Law Psychiatry 11, 167-178
zitiert in (101)
- (105) Virkkunen, M. (1976)
Self-mutilation and anti-socialpersonality disorder
Acta Psychiatr Scand 54, 347-352
- (106) Bach-Y-Rita, G. (1974)
Habitual violence and self-mutilation
Am J Psychiatry 131, 1018-1020
zitiert in (101)
- (107) Favazza, A.R. (1987)
Bodies Under Siege
Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1987
zitiert in (101)
- (108) Leibenluft, E.; Gardner, D.I., Cowdry, R.W. (1987)
The inner experience of the borderline self-mutilator
J Personal Disord 1317-1324
zitiert in (101)
- (109) Yaryura-Tobias, J.A.; Neziroglu, F. (1978)
Compulsions, aggression and self-mutilation
J Ortho Psychiatry 7, 114-117
zitiert in (101)
- (110) Favazza, A.R.; DeRosear, L.; Conterio, K. (1989)
Self-mutilation and eating-disorders
Suicide Life Threat Behav 19, 352-361
- (111) Jacobs, B.W.; Issacs, S. (1986)
Pre-pubertal anorexia nervosa
J Child Psychol Psychiatry 27, 237-250
zitiert in (101)

- (112) Barrett, R.P.; Feinstein, C.; Hole, W.T. (1989)
Effects of naloxone and naltrexone on self-injury: a double-blind placebo-controlled analysis
Am J Ment Retard 6, 644-651
zitiert in (101)
- (113) Bernstein, G.A.; Hughes, J.R.; Mitchell, J.E. (1987)
Effects of narcotic antagonists on self-injurious behavior: a single case study
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 26, 886-889
zitiert in (101)
- (114) Szymanski, I.; Kedesky, J.; Sulkes, S. (1987)
Naltrexone treatment of SIB: a clinical study
Res Dev Disabil 8, 179-190
zitiert in (101)
- (115) Beckwith, B.E.; Couk, D.I.; Schumacher, K. (1986)
Failure of naloxone to reduce SIB in two developmentally disabled females
Appl Res Ment Retard 7, 183-188
zitiert in (101)
- (116) Davidson, P.W.; Kleene, B.M.; Carroll, M. (1983)
Effects of naloxone on self-injurious behavior
Appl Res Ment Retard 4, 1-4
zitiert in (101)
- (117) Richardson, L.S.; Zaleski, W.A. (1983)
Naloxone and self-mutilation
Biol Psychiatry 18, 99-101
zitiert in (101)
- (118) Gillman, M.A.; Sandyk, R. (1985)
Opiatergic and dopaminergic function and Lesch-Nyhan syndrome (letter)
Am J Psychiatry 142, 1226
zitiert in (101)
- (119) Sandyk, R. (1985)
Naloxone abolishes self-injuring in a mentally retarded child (letter)
Ann Neurol 17, 520
zitiert in (101)
- (120) Herman, B.H.; Hammock, M.K.; Arthur-Smith, B.S. (1987)
Naltrexone decreases self-injurious behavior
Ann Neurol 22, 550-552
zitiert in (101)

- (121) Walters, A.S.; Barrett, R.P.; Feinstein, C. (1990)
A case report of naltrexone treatment of self-injury and social withdrawal in autism
J Autism Dev Disord 20, 169-176
zitiert in (101)
- (122) Kars, H.; Broekema, W.; van Glaudemans, J.G. (1990)
Naltrexone attenuates self-injurious behavior in mentally retarded subjects
Biol Psychiatry 27, 741-746
zitiert in (101)
- (123) Luiselli, J.K.; Beltis, J.A.; Bass, J. (1989)
Clinical analysis of naltrexone in the treatment of self-injurious behavior
J Multihandicapped Persons 2, 43-50
zitiert in (101)
- (124) Lienemann, J.; Walker, F. (1989)
Naltrexone for treatment of self-injury (letter)
Am J Psychiatry 146, 1639-1640
zitiert in (101)
- (125) Lienemann, J.; Walker, F. (1989)
Reversal of self-abusive behavior with naltrexone (letter)
J Clin Psychopharmacol 9, 448-449
zitiert in (101)
- (126) Singh, N.N.; Pulman, R.M. (1979)
Self-injury in the de-Lange syndrome
J Ment Defic Res 23, 79-84
zitiert in (101)
- (127) Bryson, Y.; Sakati, N.; Nyhan, W.L. (1971)
Self-injurious behavior in the Cornelia-de-Lange syndrome
Am J Ment Defic 76, 319-324
zitiert in (101)
- (128) Breese, G.R.; Baumeister, A.A.; McCowan, T.J. (1984)
Behavioral difference between neonatal and adult 6-OHDA-treated rats to dopamine agonists
J Pharmacol Exp Ther 231, 343-354
zitiert in (101)

- (129) Goldstein, M.; Meller, E. (1988)
The role of central dopamine in movement disorders, in *Receptors and Ligands in Neurological Disorders*
Hrsg.: Sen, A.K.; Lee, T.
Cambridge University Press, Cambridge 1988
zitiert in (101)
- (130) Breese, G.R.; Hulebak, K.I.; Napier, T.C. (1967)
Enhanced muscimol-induced behavioral responses after 6-OHDA lesions
Psychopharmacology 91, 356-362
zitiert in (101)
- (131) Mizuni, T-I.; Yugari, Y. (1974)
Self-mutilation in Lesch-Nyhan syndrome
Lancet 1, 761
zitiert in (101)
- (132) Mizuni, T-I.; Yugari, Y. (1975)
Prophylactic effect of L-5HTP on self-mutilation in the Lesch-Nyhan syndrome
Neuropediatrics 6, 13-23
zitiert in (101)
- (133) Ciaranello, R.D.; Anders, T.H.; Barchas, J.D. (1976)
The use of 5-hydroxytryptophan in a child with Lesch-nyhan syndrome
Child Psychiatry Hum Dev 7, 127-133
zitiert in (101)
- (134) Anderson, L.T.; Hermann, L.; Dancis, J. (1976)
The effect of L-5-hydroxytryptophan on self-mutilation in Lesch-Nyhan disease
Neuropediatrics 7, 173-183
zitiert in (101)
- (135) Frith, C.D.; Johnstone, E.C.; Joseph, M.H. (1976)
Double-blind clinical trial of 5-hydroxytryptophan in a case of Lesch-Nyhan-syndrome
J Neurol Neurosurg Psychiatry 39, 656-662
zitiert in (101)
- (136) Anders, F.; Cann, H.M.; Ciaranello, D. (1978)
Further observations on the use of 5-hydroxytryptophan in a child with Lesch-Nyhan syndrome
Neuropediatrics 9, 173-182
zitiert in (101)

- (137) Castells, S.; Chakrabarti, C.; Winsberg, B.G. (1979)
Effects of L-5-hydroxytryptophan on monoamine and amino acids turnover in
the Lesch-Nyhan syndrome
J Autism Dev Disord 9, 95-103
zitiert in (101)
- (138) Carr, E.G.; Durand, V.M. (1985)
Reducing behavioral problems through functional communication training
J Appl Behav Anal 18, 111-126
zitiert in (101)
- (139) Favazza, A.R.; Conterio, K. (1988)
The plight of chronic self-injurer
Community Ment Health J 24, 22-30
zitiert in (101)
- (140) Ross, R.R.; McKay, H.B. (1979)
Self-Mutilation
Lexington Books, Lexington, Mass 1979
zitiert in (101,147)
- (141) van Velzen, W.J. (1973)
Autoplexy or self-destructive behavior in mental retardation
in: Proceedings of the Third Congress of the International Association for the
Scientific Study of Mental Deficiency
Hrsg.: Primrose, D.A.
Swets and Zeitlinger, Amsterdam 1973
zitiert in (101)
- (142) Corbett, J. (1975)
Aversion for the treatment of self-injurious behaviour
J Ment Defic Res 19, 79-95
zitiert in (101)
- (143) Singh, N.; Millichamp, C.J. (1984)
Effects of medication on the self-injurious behavior of mentally retarded persons
Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews 3(4), 13-15
zitiert in (101)
- (144) Walsh, B.W.; Rosen, P. (1985)
Self-mutilation and contagion: an empirical test
Am J Psychiatry 142, 119-120
zitiert in (101)
- (145) Jones, I. (1982)
Self-injury: toward a biological basis
Perspect Biol Med 26, 137-150

- (146) Spielmann, A. (1988)
Prison suicides in the Grand Duchy of Luxembourg
Prison Information Bulletin 11, 3-7
- (147) Weekes, J.R.; Morison, S.J. (1992)
Self-Directed Violence: Differentiating Between Suicidal, Malingering and Self-Mutilating Behaviours
Forum on Corrections Research 4, 14-16
- (148) Kruttschnitt, C.; Krmpotich, S. (1990)
Aggressive behavior among female inmates: an exploratory study
Justice Quarterly 7, 371-389
- (149) Ekland-Olson, S. (1986) Crowding, Social Control and Prison Violence: Evidence from the Post-Ruiz Years in Texas
Law and Society Review 20, 389-421
zitiert in (148)
- (150) Fox, J.G. (1982)
Organizational and Racial Conflict in Maximum-Security Prisons
Lexington, MA; Heath
zitiert in (148)
- (151) Bowker, L.H. (1977)
Prisoner Subcultures
Lexington, MA; Heath
zitiert in (148)
- (152) Walter, J. (1988)
Disziplinarmaßnahmen, besondere Sicherungsmaßnahmen und Selbstbeschädigungen - Indikatoren für die Konfliktbelastung einer Vollzugsanstalt?
Z f Str Vo, 195-199
- (153) Mc Clure, G.M.G. (1987)
Suicide in England and Wales, 1975-1984
Br J Psychiatry 150, 309-314
- (154) Ivanoff, A. (1992)
Background risk factors associated with parasuicide among male prison inmates
Criminal Justice and Behavior 19, 426-436
- (155) Toch, H. (1977)
Living in prison: The ecology of survival
Free Press, New York

- (156) Linehan, M.M. (1981)
A socio-behavioral analysis of suicide and parasuicide: Implications for clinical assessment and treatment
in: Depression: Behavioral and directive intervention strategies, 229-294
Hrsg.: Glazer, H.; Clarkin, J.F.
Garland, New York
zitiert in (154)
- (157) Woolredge, J.D.; Winfree, L.Th.Jr. (1992)
An aggregate-level study of inmate suicides and deaths due to natural causes in U.S. jails
Journal of Research in Crime and Delinquency 29, 466-479.
- (158) Flynn, E.E. (1989)
Police Detention and Jail Suicides
Paper presented at the annual meeting of the American Society of Criminology, Reno, NV
zitiert in (157)
- (159) Riße, M.; Weiler, G.; Jedamzik, J. (1992)
Kasuistischer Beitrag zur krankhaften und kriminellen Selbstbeschädigung
Arch Kriminol 189, 77-82
- (160) Pflanz; M. (1961)
Münchhausen-Syndrom
Dtsch Med Wochenschr 86, 2323-2327
zitiert in (159)
- (161) Yattara-Baratti, C.L.; Hoffmann, R.; Langlotz, M. (1988)
Zervicofaciales Weichteilemphysem und Pneumomediastinum durch Selbstverletzung
Schweiz Med Wochenschr 118, 1135-1137
zitiert in (159)
- (162) Gathmann, P.; Grünberger, J.; Linzmayer, L. (1986)
Chronische somatisierende Autoaggression - Imminente psychosomatische Dekompensation (IPD) - Krise und Intervention
Crisis 7, 14-23
- (163) Karp, J.G.; Whitman, L.; Convit, A. (1991)
Intentional Ingestion of Foreign Object by Male Prison Inmates
Hospital and Community Psychiatry 42, 533-535
- (164) Cohen, Y. (1993)
Suicidal Acts Among Latency, Age Children as an Expression of Internal Object-Relations
British Journal of Psychotherapy 9, 405-413

- (165) Fahmy, V.; Jones, R.S.P. (1990)
Theories of the Aetiology of Self-Injurious Behaviour: A Review
The Irish Journal of Psychology 11, 261-276
- (166) Green, A.M. (1967)
Self-mutilation in schizophrenic children
Arch Gen Psychiatry 17, 234-244
zitiert in (165)
- (167) Freud, A. (1954)
The development of head-banging in a young rhesus monkey
American Journal of Mental Deficiency 75, 323-328
Problems of infantile neurosis: Discussion
in: The Psychoanalytic Study of the Child
Hrsg.: Eissler, R.S.
Imago, London, 1954
zitiert in (165)
- (168) Davenport, R.K.; Menzel, E.W. (1963)
Stereotyped behaviour of the infant chimpanzee
Arch Gen Psychiatry 8, 99-104
zitiert in (165)
- (169) Levison, C.A. (1970)
The development of head-banging in a young rhesus monkey
American Journal of Mental Deficiency 75, 323-328
zitiert in (165)
- (170) Genovese, E.; Napoli, P.A.; Bolego-Zonta, N. (1969)
Self Aggressiveness
Life Sci 8, 573
zitiert in (165)
- (171) Peters, J.M. (1967)
Caffeine induced hemorrhagic automutilation
Arch Int Pharmacodyn 169, 139-146
zitiert in (165)
- (172) Lester, D. (1972) Self-mutilating behaviour
Psychol Bull 78, 119-128
zitiert in (165)
- (173) Gedye, A. (1989)
Extreme self-injury attributed to frontal lobe seizures
Am J Ment Retard 94, 20-26

- (174) Gunsett, R.P.; Mulick, J.A.; Fernald, W.B.; Martin, J.L. (1989)
Indications for medical screening prior to behavioral programming for severely and profoundly mentally retarded clients
J Autism Dev Disord 19, 162-172
zitiert in (165)
- (175) Pillay, A.L. (1988)
Methods of self-destructive behaviour in adolescents and young adults
Psychol Rep 63, 552-554
- (176) Iwata, B.A.; Pace, G.M.; Kalsher, M.J.; Cowdery, G.E.; Cataldo, M.F. (1990)
Experimental analysis and extinction of self-injurious escape behavior
J Appl Behav Anal 23, 11-27
- (177) Carr, E.G.; Durand, V.M. (1985)
Reducing behavior problems through functional communication training
J Appl Behav Anal 18, 111-126
zitiert in (176)
- (178) Repp, A.C.; Felce, D.; Barton, L.E. (1988)
Basing the treatment of stereotypic and self-injurious behaviors on hypotheses of their causes
J Appl Behav Anal 21, 281-289
zitiert in (176)
- (179) Yang, H.K.; Brown, G.C.; Magargal, L.E. (1981)
Self-inflicted ocular mutilation
Am J Ophthalmol 91, 658-663
- (180) Pao, P.-N. (1969)
The syndrome of delicate self-cutting
Br J Med Psychol 42, 195-206
- (181) Podvoll, E.M. (1969)
Self-mutilation within a hospital setting: a study of identity and social compliance
Br J Med Psychol 42, 213-221
- (182) Weissmann, M.M. (1975)
Wrist Cutting: Relationship Between Clinical Observations and Epidemiological Findings
Arch Gen Psychiatry 32, 1166-1171
- (183) Clendenin, W.W.; Murphy, G.E. (1971)
Wrist Cutting: New Epidemiological Findings
Arch Gen Psychiatry 25, 465-469

- (184) Rieger, W. (1971)
Suicide Attempts in a Federal Prison
Arch Gen Psychiatry 24, 532-535
- (185) Bostock, T.; Williams, C.L. (1974)
Attempted Suicide as an Operant Behavior
Arch Gen Psychiatry 31, 482-486
- (186) van Moffaert, M. (1989)
Management of Self-Mutilation
Psychother Psychosom 51, 180-186
- (187) Sneddon, I.; Sneddon, J. (1975)
Self-inflicted injury: a follow-up study of 43 patients
Br med J, 527-530
zitiert in (186)
- (188) van Moffaert, M.; Vermander, F.; Kint, A. (1985)
Dermatitis artefacta
Int J Dermatol 24, 236-238
zitiert in (186)
- (189) Simpson, M.A. (1981)
Studies of self-mutilating patients
Am J Psychiatry 138, 855-859
zitiert in (186)
- (190) Ford, C.V. (1983)
The somatizing disorders: illness as a way of life
Elsevier, New York, 1983
zitiert in (186)
- (191) Roy, A. (1985)
Suicide and psychiatric patients. Self destructive behavior
Psychiatr Clin North Am 8, 227-241
zitiert in (186)
- (192) Koller, K.M.; Castanos, J.N. (1969)
Parental deprivation and attempted suicide in prison populations
Med J Aust, 858-861
- (193) Hawton, K.; Fagg, J.; Platt, S.; Hawkins, M. (1993)
British Medical Journal 306, 1641-1644
- (194) Turner, Th.; Tofler, D.S. (1986)
Indicators of psychiatric disorder among women admitted to prison
British Medical Journal 292, 651-653

- (195) Chiles, J.A.; Strosahl, K.D.; McMurtray, L.; Linehan, M.M. (1985)
Modeling Effects on Suicidal Behavior
J Nerv Ment Dis 173, 477-481
- (196) Diekstra, R.A. (1973)
A social learning theory approach to the prediction of suicidal behavior
Paper presented at the Seventh International Congress on Suicide Prevention,
Amsterdam
zitiert in (195)
- (197) De Catanzaro, D. (1980)
Human suicide: A biological perspective
Behav Brain Sci 3, 265-290
zitiert in (195)
- (198) Maxmen, J.E.; Tucker, G.J. (1973)
No exit: The persistently suicidal patient
Compr Psychiatry 14, 71-79
zitiert in (195)
- (199) Murphy, G.E.; Wetzel, R.K. (1982)
Family history of suicidal behavior among suicide attempters
J Nerv Ment Dis 170, 86-90
zitiert in (195)
- (200) Jones, I.H.; Barraclough, B.m. (1978)
Auto-mutilation in animals and its relevance to self-injury in man
Acta Psychiatr Scand 58, 40-47
zitiert in (145)
- (201) Finch, G. (1942)
Chimpanzee frustration responses
Psychosom Med 4, 233-251
zitiert in (145)
- (202) Cross, H.A.; Harlow, H.F. (1965)
Prolonged and progressive effects of partial isolation on the behavior of
macaque monkeys
J Exp Res Pers 1, 39-49
zitiert in (145)
- (203) Sackett, G.P. (1967)
Some persistent effects of different rearing conditions on preadult social
behavior of monkeys
J Comp Physiol Psychol 64, 363-365
zitiert in (145)

- (204) Allyn, G.; Demye, A.; Begue, I. (1976)
Self-fighting syndrome in macaques: a representative case study
Primates Med 17, 1-22
zitiert in (145)
- (205) Meyer-Holzapfel, M. (1968)
Abnormal behavior in zoo animals
in: Abnormal Behavior in Animals
Hrsg.: Fox, M.W.
Saunders, Philadelphia, 1968
zitiert in (145)
- (206) Mason, W.A. (1968)
Early social deprivation in nonhuman primates: implications for human behavior
in: Environmental Influences
Hrsg.: Glass, D.C.
Rockefeller University Press, New York, 1968
zitiert in (145)
- (207) Sackett, G.P. (1968)
Abnormal behavior in laboratory-reared rhesus monkeys
in: Abnormal Behavior in Animals
Hrsg.: Fox, M.W.
Saunders, Philadelphia, 1968
zitiert in (145)
- (208) Tinkelpaugh, O.L. (1928)
The self-mutilation of a male macacus rhesus monkey
J Mammal 9, 293-300
zitiert in (145)
- (209) Klüver, H.; Bucy, P.C. (1939)
Preliminary analysis of functions of the temporal lobes in monkeys
Arch Neurol Psychiatry 42, 979-1000
zitiert in (145)
- (210) Chamowe, A.S.; Harlow, F.H. (1970)
Exaggeration of self-aggression following alcohol ingestion in rhesus monkeys
J Abnorm Psychol 75, 201-209
zitiert in (145)
- (211) Zuckermann, S. (1932)
The Social Life of Monkeys and Apes
Kegan Paul, London, 1932
zitiert in (145)

- (212) McKinney, J.T. Jr. (1974)
Primate social isolation: psychiatric implications
Arch Gen Psychiatry 31, 422-426
zitiert in (145)
- (213) De Lizzovoy, V. (1962)
Head banging in early childhood
Child Dev 33, 43-56
zitiert in (145)
- (214) Delgado, R.A.; Mannino, F.V. (1969)
Some observations on trichotillomania in children
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 8, 229-246
zitiert in (145)
- (215) Yaroshevsky, F. (1975)
Self-mutilation in Soviet prisons
Can Psychiatr Assoc J 20, 443-446
zitiert in (145)
- (216) Favazza, A.R. (1989)
Why Patients Mutilate Themselves
Hospital and Community Psychiatry 40, 137-145
- (217) Bergmann, G.H. (1846)
Ein Fall von religiöser Monomanie
Allgemeine für Psychiatrie 3, 365-380
zitiert in (216)
- (218) Crowder, J.E.; Gross, C.A.; Heiser, J.F. (1979)
Self-mutilation of the eye
J Clin Psychiatry 24, 420-423
zitiert in (216)
- (219) Rosen, D.H.; Hoffmann, A.M. (1972)
Focal suicide: self-enucleation by two young psychotic individuals
Am J Psychiatry 128, 1009-1012
zitiert in (216)
- (220) Lowy, F.H.; Kolivakis, T.L. (1971)
Autocastration by a male transsexual
Can Psychiatr Assoc J 16, 399-405
zitiert in (216)
- (221) Stroch, D. (1901)
JAMA 36, 270
zitiert in (216)

- (222) Beilin, L.M.; Gruenberg, J. (1948)
Genital self-mutilation by mental patients
J Urol 56, 635-641
zitiert in (216)
- (223) Wurfler, P. (1956)
Selbstblendung eines cocainsüchtigen Betrügers
Nervenarzt 27, 325-326
zitiert in (216)
- (224) Janssens, P.A. (1957)
Medical views on prehistoric representations of human hands
Med Hist 1, 318-322
zitiert in (216)
- (225) Frances, A. (1987)
The borderline self-mutilator: introduction
J Personal Disord 1, 316
zitiert in (216)
- (226) Simeon D.; Stanley, B.; Frances, A.; Mann, J.J.; Winchel, R.; Stanley, M.M.
(1992)
Self-Mutilation in Personality Disorders: Psychological and Biological
Correlates
Am J Psychiatry 149, 221-226
- (227) Backett, S.A. (1987)
Suicide in Scottish Prisons
Br J Psychiatry 151, 218-221
- (228) Eckhardt, A. (1994)
Factitious Disorders in the Field of Neurology and Psychiatry
Psychother Psychosom 62, 56-62
- (229) Gurwith, M. (1980)
Factitious Munchausen's syndrome
New Engl J Med 302, 1483-1484
zitiert in (228)
- (230) Savard, G.; Andermann, F.; Teitelbaum, J.; Lehmann, H. (1988)
Epileptic Munchausen's syndrome: A form of pseudoseizures distinct from
hysteria and malingering
Neurology 38, 1628-1629
zitiert in (228)

- (231) Henderson, L.M.; Bell, B.A.; Miller, J.D. (1983)
A neurosurgical Munchausen tale
J Neurol Neurosurg Psychiatry 46, 437-439
- (232) Eckhardt, A. (1988)
Die Dynamik der Arzt-Patient-Beziehung bei der vorgetäuschten Störung
(heimlichen Artefaktkrankheit)
Psychother med Psychol 38, 352-358
- (233) Schmauss, A.K.; Ullrich, H.; Kallweit, E. (1963)
Das Münchhausen-Syndrom als Sonderform des Artefakts
Z Ärztl Fortbild Qualitätssich 57, 1163-1173
zitiert in (232)
- (234) Asch, S.S. (1971)
Wrist Scratching Symptom Of Anhedonia: A Predepressive State
Psychoanal Q 40, 603-617
zitiert in (241)
- (235) Eckhardt, A. (1989)
Das Münchhausen-Syndrom: Formen der selbstmanipulierten Krankheit
Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 1989
zitiert in (241)
- (236) Fast, I.; Chethik, M.; Arbor, A. (1976)
Depersonalisations- und Derealisierungserlebnisse bei Kindern
Orig. Fass. in: Int Rev Psycho-Anal 3, 483-490
zitiert in (241)
- (237) Frances, A.; Sacks, M.; Aronoff, M.S. (1977)
Depersonalisation: A Self-Relations Perspective
Int J Psychoanal 58, 325-331
zitiert in (241)
- (238) Miller, F.; Bashkin, E.A. (1974)
Depersonalisation And Self-Mutilation
Psychoanal 9, 638-649
zitiert in (241)
- (239) Sarlin, C.N. (1962)
Depersonalisation and derealization
J Am Psychoanal Assoc 10, 784-804
zitiert in (241)

- (240) Takeuchi, T.; Koizumi, J.; Kotsuki, J.; Shimazaki, M.; Miyamoto, M.; Sumazaki, K. (1986)
A Clinical Study of 30 Wrist Cutters
Jap J Psychiat Neurol 40, 571-581
zitiert in (241)
- (241) Eckhardt, A.; Hoffmann, S.O. (1993)
Depersonalisation und Selbstbeschädigung
Zsch psychosom Med 39, 284-306
- (242) Trueman, D. (1984)
Depersonalisation in a Nonclinical Population
J Psychol 116, 107-112
zitiert in (241)
- (243) Vernon, J.A.; McGill, T.E. (1960)
Utilization of visual stimulation during sensory deprivation
Percept Mot Skills 11, 214
zitiert in (241)
- (244) Eckhardt, A. (1992)
Artifizielle Krankheiten (selbstmanipulierte Krankheiten) - Eine Übersicht
Nervenarzt 63, 409-415
- (245) Sigal M.; Gelkopf, M.; Meadows, R.S. (1989)
Munchausen by proxy syndrome: the triad of abuse, self-abuse and deception
Compr Psychiatry 30, 527-533
zitiert in (244)
- (246) Smith, N.J.; Arden, M.H. (1989)
More in sickness than in health: a case study of Munchausen by proxy in elderly
J Fam Ther 11, 321-334
zitiert in (244)
- (247) Tigges, Werner (1934)
Selbstverletzung von Gefangenen
Medizinische Dissertation, Münster, 1934
- (248) Franklin, R.K. (1988)
Deliberate Self-Harm: Self-Injurious Behavior Within a Correctional Mental Health Population
Criminal Justice and Behavior 15, 210-218
- (249) Jones, A. (1986)
Self-Mutilation in Prison: A Comparison of Mutilators and Nonmutilators
Criminal Justice and Behavior 13, 286-296

- (250) Johnson, E.H. (1973)
Felon self-mutilation correlate of stress in prison
in: Jail House blues, 237-271
Hrsg.: Danto, B.
Orchard Lake, MI: Epic
zitiert in (249)
- (251) Orchowsky, S. (1978)
Self-mutilation at the penitentiary and Powhatan
Arlington: Virginia Department of Corrections
zitiert in (249)
- (252) Pöldinger, W.J.; Holsboer-Trachsler, E. (1989)
Psychopathologie und Psychodynamik der Selbstzerstörung
Schweiz Rundsch Med Prax 78, 214-219
- (253) Sperling, E. (1964)
Suizid und Familie
Gruppenpsychother Gruppensdynamik 16, 24-34
zitiert in (252)
- (254) Zaw, K.M. (1981)
A suicidal family
Br J Psychiatry 139, 68-69
zitiert in (252)
- (255) Juel-Nielsen, N.; Videbeck, Th. (1970)
A twin study of suicide
Acta Genet Med gemello 19, 307-310
zitiert in (252)
- (256) Schulsinger, F.; Kety, S.S.; Rosenthal, D.; Wender, Ph. (1979)
A family study of suicide
in: Origin, prevention and treatment of affective disorder
Hrsg.: Schou, M.; Stromgren, E.
Academic Press, London, New York, 1979
zitiert in (252)
- (257) Faberow, N.L.; Shneidman, E.S.
The cry for help
McGraw-Hill Book Company, New York
zitiert in (252)
- (258) Lüscher, T.; Siegenthaler, W.; Vetter, W. (1984)
Der Lügenbaron als Patient oder Probleme in der Diagnostik artifizieller
Erkrankungen
Schweiz Rundsch Med Prax 73, 1199-1201

- (259) Sakula, A. (1978)
Munchhausen: fact and fiction
J Roy Coll Phyncs 12, 186-191
- (260) Charcot, J.M. (1889)
Clinical Lectures on Diseases of the Nervous System
New Sydenham society, London, 3, 319
- (261) Valzelli, L.; Bernasconi, S. (1979)
Aggressiveness by isolation and brain serotonin turnover changes in different
straints of mice
Neuropsychobiology 5, 129-135
zitiert in (101)
- (262) Sussman, N.; Borod, J.C.; Cancelmo, L.A.; Braun, D. (1987)
Munchausen's Syndrome: A Reconceptualization of the Disorder
J Nerv Ment Dis 175, 692-695
- (263) Paar, G.H.; Eckhardt, A. (1987)
Chronisch vorgetäuschte Störungen mit körperlichen Symptomen - eine
Literaturübersicht
Psychother Med Psychol 37, 197-204
- (264) Herold, G. (1995)
Innere Medizin - Eine vorlesungsorientierte Darstellung, 685
- (265) Johnson, E.; Britt, B. (1967)
Self-mutilation in prison: Interactions of stress and social structure
U.S. Department of Mental Health, Education, and Welfare, National Institute
of Mental Health, Washington, D.C.
zitiert in (154)
- (266) Neithercutt, M.G. (1989)
The Death Penalty: Its Relation to Murder & Suicide
J Contemporary Crim Justice, Vol.5, 199-219

Autorenverzeichnis

Alessi, N.E.; McManus, M.; Brickman, A.; Grapentine, L. (1984)

Suicide behavior among serious juvenile offenders

Am J Psychiatry 141, 286-287

zitiert in (75) Ref.(80) → Seite(n): 139

Allen, N.H.; (1983)

Homicide followed by suicide: Los Angeles 1970-1971

Suicide Life Threat Behav 13, 155-165

zitiert in (75) Ref.(78) → Seite(n): 138

Allyn, G.; Demye, A.; Begue, I. (1976)

Self-fighting syndrome in macaques: a representative case study

Primates Med 17, 1-22

zitiert in (145) Ref.(204) → Seite(n): 23

Anders, F.; Cann, H.M.; Ciaranello, D. (1978)

Further observations on the use of 5-hydroxytryptophan in a child with Lesch-Nyhan syndrome

Neuropediatrics 9, 173-182

zitiert in (101) Ref.(136) → Seite(n): 141

Anderson, L.T.; Hermann, L.; Dancis, J. (1976)

The effect of L-5-hydroxytryptophan on self-mutilation in Lesch-Nyhan disease

Neuropediatrics 7, 173-183

zitiert in (101) Ref.(134) → Seite(n): 141

Arbab-Zadeh, A.; Prokop, O.; Reimann, W. (1977)

Selbstverletzung in: Rechtsmedizin, 513-519

Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, New York 1977

Ref.(73) → Seite(n): 14,65,71,96

Asch, S. S. (1971)

Wrist Scratching Symptom Of Anhedonia: A Predepressive State

Psychoanal Q 40, 603-617

zitiert in (241) Ref.(234) → Seite(n): 119

Asher, R. (1951)

Lancet 1, 339

Ref.(13) → Seite(n): 36

- Asperg, M.; Nordstrom, P.; (1988)
 Biological correlates of suicidal behavior.
 in: Current issues of suicidology, 223-241
 Hrsg.: Müller, H.J.; Schmidtke, A.; Welz, R.;
 Springer Berlin, Heidelberg, New York, Tokio; 1988
 zitiert in (75) Ref.(84) → Seite(n): 141
- Bach-Y-Rita, G.; Veno, A. (1974)
 Habitual violence. A profile of 82 men.
 Am J Psychiatry 131, 1015-1017
 zitiert in (75) Ref.(79) → Seite(n): 139
- Bach-Y-Rita, G. (1974)
 Habitual violence and self-mutilation
 Am J Psychiatry 131, 1018-1020
 zitiert in (101) Ref.(106) → Seite(n): 80
- Backett, S.A. (1987)
 Suicide in Scottish Prisons
 Br J Psychiatry 151, 218-221
 Ref.(227) → Seite(n): 77,78,98
- Barraclough, B.M.; Bunch, J.; Nelson, B.; Sainsbury, P. (1974)
 A hundred cases of suicide: Clinical aspects
 Br J Psychiatry 124, 355-372
 zitiert in (75) Ref.(81) → Seite(n): 139
- Barrett, R.P.; Feinstein, C.; Hole, W.T. (1989)
 Effects of naloxone and naltrexone on self-injury: a double-blind placebo-controlled
 analysis
 Am J Ment Retard 6, 644-651
 zitiert in (101) Ref.(112) → Seite(n): 142
- Baumeister, A.A. (1976)
 Self injurious behaviour.
 in: International review of research in mental retardation, 1-30
 Hrsg.: Ellis, N.R. - Academic Press, New York
 Ref.(43) → Seite(n): 44
- Beckwith, B.E.; Couk, D.I.; Schumacher, K. (1986)
 Failure of naloxone to reduce SIB in two developmentally disabled females
 Appl Res Ment Retard 7, 183-188
 zitiert in (101) Ref.(115) → Seite(n): 142

- Beilin, L.M.; Gruenberg, J. (1948)
Genital self-mutilation by mental patients
J Urol 56, 635-641
zitiert in (216) Ref.(222) → Seite(n): 47
- Bennecke, (1911)
Simulation und Selbstverstümmelung in der Armee unter besonderer Berücksichtigung
der forensischen Beziehungen
Arch Krim Anthr 43, 193-268
Ref.(32) → Seite(n): 126
- Bergmann, G.H. (1846)
Ein Fall von religiöser Monomanie
Allgemeine für Psychiatrie 3, 365-380
zitiert in (216) Ref.(217) → Seite(n): 46
- Bernstein, G.A.; Hughes, J.R.; Mitchell, J.E. (1987)
Effects of narcotic antagonists on self-injurious behavior: a single case study
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 26, 886-889
zitiert in (101) Ref.(113) → Seite(n): 142
- Blondel (1906)
Les automutilateurs, étude psychopathologique et médico-legale Jules Rosset
zitiert in (2) Ref.(3) → Seite(n): 65,113
- Bostock, T.; Williams, C.L. (1974)
Attempted Suicide as an Operant Behavior
Arch Gen Psychiatry 31, 482-486
Ref.(185) → Seite(n): 127
- Bowker, L.H. (1977)
Prisoner Subcultures
Lexington, MA; Heath
zitiert in (148) Ref.(151) → Seite(n): 78,84
- Breese, G.R.; Baumeister, A.A.; McCowan, T.J. (1984)
Behavioral difference between neonatal and adult 6-OHDA-treated rats to dopamine
agonists
J Pharmacol Exp Ther 231, 343-354
zitiert in (101) Ref.(128) → Seite(n): 142
- Breese, G.R.; Hulebak, K.I.; Napier, T.C. (1967)
Enhanced muscimol-induced behavioral responses after 6-OHDA ledions
Psychopharmacology 91, 356-362
zitiert in (101) Ref.(130) → Seite(n): 142

- Brettel, H.-F. (1986)
 Die Selbstbeschädigung in: Praxis der Rechtsmedizin
 Hrsg.: Forster, B.
 Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York, 1986
 Ref.(70) → Seite(n): 15,28,29,57,71,71,125,151
- Brown, G.L.; Ebert, M.H.; Goyer, D.C.; Jimerson, D.C.; Klein, W.J.; Bunney, W.E.;
 Goodwin, F.K. (1982)
 Aggression, suicide and serotonin: Relationship to CSF amin metabolites
 Am J Psychiatry 139, 741-74
 zitiert in (75) Ref.(85) → Seite(n): 141
- Bryson, Y.; Sakati, N.; Nyhan, W.L. (1971)
 Self-injurious behavior in the Cornelia-de-Lange syndrome
 Am J Ment Defic 76, 319-324
 zitiert in (101) Ref.(127) → Seite(n): 142
- Burgess, A.W.; Holmstrom, L.L. (1974)
 Rape trauma syndrome
 Am J Psychiatry 131, 981-986
 Ref.(100) → Seite(n): 108
- Carr, E.G.; Newsom, C.D.; Binkoff, J.A. (1980)
 Escape as a factor in the aggressive behaviour of two retarded children
 J Appl Behav Anal 13, 101-117
 Ref.(48) → Seite(n): 144
- Carr, E.G. (1977)
 The motivation of self-injurious behaviour: a review of some hypotheses.
 Psychol Bull 84, 800-816
 Ref.(51) → Seite(n): 144
- Carr, E.G.; Durand, V.M. (1985)
 Reducing behavioral problems through functional communication training
 J Appl Behav Anal 18, 111-126
 zitiert in (101) Ref.(138) → Seite(n): 141,149
 zitiert in (176) Ref.(177) → Seite(n): 150
- Castells, S.; Chakrabarti, C.; Winsberg, B.G. (1979)
 Effects of L-5-hydroxytryptophan on monoamine and amino acids turnover in the Lesch-
 Nyhan syndrome
 J Autism Dev Disord 9, 95-103
 zitiert in (101) Ref.(137) → Seite(n): 141

- Cataldo, M.F.; Harris, J. (1982)
The biological basis for self-injury in the mentally retarded
Analysis and Intervention in Developmental Disabilities 2, 21-40
Ref.(52) → Seite(n): 143
- Chadwick, D.; Jenner, P.; Reynolds, E.H. (1975)
Amines, anticonvulsants and epilepsy.
Lancet 1, 473-476
zitiert in (75) Ref.(91) → Seite(n): 141
- Chamowe, A.S.; Harlow, F.H. (1970)
Exaggeration of self-aggression following alcohol ingestion in rhesus monkeys
J Abnorm Psychol 75, 201-209
zitiert in (145) Ref.(210) → Seite(n): 22
- Charcot, J.M. (1889)
Clinical Lectures on Diseases of the Nervous System
New Sydenham society, London, 3, 319
Ref.(260) → Seite(n): 35
- Chiles, J.A.; Strosahl, K.D.; McMurtray, L.; Linehan, M.M. (1985)
Modeling Effects on Suicidal Behavior
J Nerv Ment Dis 173, 477-481
Ref.(195) → Seite(n): 62
- Chlopek, J.; Hansen, E. (1964)
Arch. med. sadowej 14, 121
Ref Dtsch Z ges ger Med 55, 76
Ref.(64) → Seite(n): 77,98
- Ciaranello, R.D.; Anders, T.H.; Barchas, J.D. (1976)
The use of 5-hydroxytryptophan in a child with Lesch-nyhan syndrome
Child Psychiatry Hum Dev 7, 127-133
zitiert in (101) Ref.(133) → Seite(n): 141
- Clendenin, W.W.; Murphy, G.E. (1971)
Wrist Cutting: New Epidemiological Findings
Arch Gen Psychiatry 25, 465-469
Ref.(183) → Seite(n): 60,72
- Cohen, D.J.; Caparulo, B.K.; Shaywitz, B.A.; Bowers Jr.M.B. (1977)
Dopamine and serotonin metabolism in neuropsychiatrically disturbed children:
Cerebrospinal fluid homovanillic acid and 5-hydroxyindolacetic acid.
Arch Gen Psychiatry 34, 545-550
zitiert in (75) Ref.(92) → Seite(n): 141

- Cohen, Y. (1993)
Suicidal Acts Among Latency, Age Children as an Expression of Internal Object-Relations
British Journal of Psychotherapy 9, 405-413
Ref.(164) → Seite(n): 45,47,64
- Conn, L.M.; Lion, J.R. (1983)
Self-injury: a review.
Psychiatr Med 1, 21-33
zitiert in (101) Ref.(102) → Seite(n): 46
- Corbett, J. (1975)
Aversion for the treatment of self-injurious behaviour
J Ment Defic Res 19, 79-95
zitiert in (101) Ref.(142) → Seite(n): 145
- Cross, H.A.; Harlow, H.F. (1965)
Prolonged and progressive effects of partial isolation on the behavior of macaque monkeys
J Exp Res Pers 1, 39-49
zitiert in (145) Ref.(202) → Seite(n): 23
- Crowder, J.E.; Gross, C.A.; Heiser, J.F. (1979)
Self-mutilation of the eye
J Clin Psychiatry 24, 420-423
zitiert in (216) Ref.(218) → Seite(n): 47
- Cullum, S.J.; Catalan, J.; Berelowitz, K.; O'Brien, S.; Millington, H.T.; Preston, D.; (1993)
Deliberate Self-Harm and Public Holidays: Is There a Link?
Crisis 14/1, 39-42
Ref.(96) → Seite(n): 117
- Dalgaard, J.B. (1968)
Dtsch Z ges gerichtl Med 63, 223.
Ref.(68) → Seite(n): 59
- Davenport, R.K.; Menzel, E.W. (1963)
Stereotyped behaviour of the infant chimpanzee
Arch Gen Psychiatry 8, 99-104
zitiert in (165) Ref.(168) → Seite(n): 22
- Davidson, P.W.; Kleene, B.M.; Carroll, M. (1983)
Effects of naloxone on self-injurious behavior
Appl Res Ment Retard 4, 1-4
zitiert in (101) Ref.(116) → Seite(n): 142

De Catanzaro, D.A. (1978)

Self-injurious behaviour: a biological analysis
Motivation and Emotion 2, 46-65.

Ref.(53) → Seite(n): 143

De Catanzaro, D.A. (1980)

Human suicide: A biological perspective
Behav Brain Sci 3, 265-290

zitiert in (195) Ref.(197) → Seite(n): 62

De Lizzovoy, V. (1962)

Head banging in early childhood
Child Dev 33, 43-56

zitiert in (145) Ref.(213) → Seite(n): 24

Delgado, R.A.; Mannino, F.V. (1969)

Some observations on trichotillomania in children
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 8, 229-246

zitiert in (145) Ref.(214) → Seite(n): 24

Dérobot, L.; Hadengue, A.; Proteau, J.; Schaub, S. (1965)

Méd lég 45, 5.

Ref.(69) → Seite(n): 59

Diekstra, R.A. (1973)

A social learning theory approach to the prediction of suicidal behavior
Paper presented at the Seventh International Congress on Suicide Prevention,
Amsterdam

zitiert in (195) Ref.(196) → Seite(n): 62

Doepfner, R. (1962)

Über Artefakte
Ärztl. Mitt, 47-59, 929

Ref.(16) → Seite(n): 31,37,65,67

Dotzauer, G.; Iffland, R. (1976)

Selbstverstümmelungen in der privaten Unfallversicherung
Z Rechtsmed 77, 237-288

Ref.(29) → Seite(n): 107,115,126

Eckhardt, A. (1994)

Factitious Disorders in the Field of Neurology and Psychiatry
Psychother Psychosom 62, 56-62

Ref.(228) → Seite(n): 37,38

- Eckhardt, A. (1992)
 Artifizielle Krankheiten (selbstmanipulierte Krankheiten) - Eine Übersicht
 Nervenarzt 63, 409-415
 Ref.(244) → Seite(n): 33,34,39,40
- Eckhardt, A. (1988)
 Die Dynamik der Arzt-Patient-Beziehung bei der vorgetäuschten Störung (heimlichen
 Artefaktkrankheit)
 Psychother med Psychol 38, 352-358
 Ref.(232) → Seite(n): 32,37,151
- Eckhardt, A. (1989)
 Das Münchhausen-Syndrom: Formen der selbstmanipulierten Krankheit
 Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 1989
 zitiert in (241) Ref.(235) → Seite(n): 119
- Eckhardt, A.; Hoffmann, S.O. (1993)
 Depersonalisation und Selbstbeschädigung
 Zsch psychosom Med 39, 284-306
 Ref.(241) → Seite(n): 119
- Edelson, S.M.; Taubman, M.T.; Lovaas, O.I. (1983)
 Some social contexts of self-destructive behaviour
 J Abnorm Child Psychol 11, 299-312.
 Ref.(49) → Seite(n): 144
- Ekland-Olson, S. (1986)
 Crowding, Social Control and Prison Violence: Evidence from the Post-Ruiz Years in
 Texas
 Law and Society Review 20, 389-421
 zitiert in (148) Ref.(149) → Seite(n): 78,79
- Faberow, N.L.; Shneidman, E.S.
 The cry for help
 McGraw-Hill Book Company, New York
 zitiert in (252) Ref.(257) → Seite(n): 127
- Fahmy, V.; Jones, R.S.P. (1990)
 Theories of the Aetiology of Self-Injurious Behaviour: A Review
 The Irish Journal of Psychology 11, 261-276
 Ref.(165) → Seite(n): 120
- Fast, I.; Chethik, M.; Arbor, A. (1976)
 Depersonalisations- und Derealisierungserlebnisse bei Kindern
 Orig. Fass. in: Int Rev Psycho-Anal 3, 483-490
 zitiert in (241) Ref.(236) → Seite(n): 119

- Favazza, A.R. (1987)
 Bodies Under Siege
 Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1987
 zitiert in (101) Ref.(107) → Seite(n): 50,51,53,80
- Favazza, A.R.; DeRosear, L.; Conterio, K. (1989)
 Self-mutilation and eating-disorders
 Suicide Life Threat Behav 19, 352-361
 Ref.(110) → Seite(n): 55
- Favazza, A.R.; Conterio, K. (1988)
 The plight of chronic self-injurer
 Community Ment Health J 24, 22-30
 zitiert in (101) Ref.(139) → Seite(n): 149
- Favazza, A.R. (1989)
 Why Patients Mutilate Themselves
 Hospital and Community Psychiatry 40, 137-145
 Ref.(216) → Seite(n): 46,47
- Fehlow, P. (1989)
 Zu den Ursachen und zur Häufigkeit von Selbstbeschädigungen bei schwer geistig
 Behinderten
 Psychiatr Neurol Med Psychol 5, 293-296
 Ref.(42) → Seite(n): 43,45,135
- Finch, G. (1942)
 Chimpanzee frustration responses
 Psychosom Med 4, 233-251
 zitiert in (145) Ref.(201) → Seite(n): 23
- Flynn, E.E. (1989)
 Police Detention and Jail Suicides
 Paper presented at the annual meeting of the American Society of Criminology, Reno,
 NV
 zitiert in (157) Ref.(158) → Seite(n):77,91,93,98
- Ford, C.V. (1983)
 The somatizing disorders: illness as a way of life
 Elsevier, New York, 1983
 zitiert in (186) Ref.(190) → Seite(n): 153
- Fox, J.G. (1982)
 Organizational and Racial Conflict in Maximum-Security Prisons
 Lexington, MA; Heath
 zitiert in (148) Ref.(150) → Seite(n): 78

- Frances, A. (1987)
 The borderline self-mutilator: introduction
 J Personal Disord 1, 316
 zitiert in (216) Ref.(225) → Seite(n): 146
- Frances, A.; Sacks, M.; Aronoff, M.S. (1977)
 Depersonalisation: A Self-Relations Perspective
 Int J Psychoanal 58, 325-331
 zitiert in (241) Ref.(237) → Seite(n): 119
- Franklin, R.K. (1988)
 Deliberate Self-Harm: Self-Injurious Behavior Within a Correctional Mental Health
 Population
 Criminal Justice and Behavior 15, 210-218
 Ref.(248) → Seite(n): 94,101
- Freud, A. (1954)
 The development of head-banging in a young rhesus monkey
 American Journal of Mental Deficiency 75, 323-328
 Problems of infantile neurosis: Discussion
 in: The Psychoanalytic Study of the Child
 Hrsg.: Eissler, R.S.
 Imago, London, 1954
 zitiert in (165) Ref.(167) → Seite(n): 126
- Freud, S. (1930)
 Das Unbehagen in der Kultur
 G.W. Bd 14
 Ref.(83) → Seite(n): 138
- Friderich, H. (1950)
 Neue Med. Welt, 355
 Ref.(11) → Seite(n): 32
- Friderich, H. (1950)
 Artefakte der Haut unter Berücksichtigung der psychischen Persönlichkeit der
 Artefaktträger
 Med Welt 1950, I, 355-358 u. 390-392
 Ref.(37) → Seite(n): 126
- Frith, C.D.; Johnstone, E.C.; Joseph, M.H. (1976)
 Double-blind clinical trial of 5-hydroxytryptophan in a case of Lesch-Nyhan syndrome
 J Neurol Neurosurg Psychiatry 39, 656-662
 zitiert in (101) Ref.(135) → Seite(n): 141

Fuchs, E. (1958)

Vortäuschung schwerer Verbrechen aus krankhafter Geltungssucht und Hysterie
Kriminalstatistik 12, 140-142

Ref.(38) → Seite(n): 126

Gardner, D.L.; Cowdry, R.W. (1985)

Suicidal and parasuicidal behavior in borderline personality disorder
Psychiatr Clin North Am 8, 389-403

Ref.(57) → Seite(n): 58,119,129

Gathmann, P.; Grünberger, J.; Linzmayer, L. (1986)

Chronische somatisierende Autoaggression - Imminente psychosomatische
Dekompensation (IPD) - Krise und Intervention
Crisis 7, 14-23

Ref.(162) → Seite(n): 138

Gedye, A. (1989)

Extreme self-injury attributed to frontal lobe seizures
Am J Ment Retard 94, 20-26

Ref.(173) → Seite(n): 143

Genovese, E.; Napoli, P.A.; Bolego-Zonta, N. (1969)

Self Aggressiveness
Life Sci 8, 573

zitiert in (165) Ref.(170) → Seite(n): 22

Gillman, M.A.; Sandyk, R. (1985)

Opiatergic and dopaminergic function and Lesch-Nyhan syndrome (letter)
Am J Psychiatry 142, 1226

zitiert in (101) Ref.(118) → Seite(n): 142

Goedel (1932)

zitiert in (14) Ref.(17) → Seite(n): 71

Goldstein, M.; Meller, E. (1988)

The role of central dopamine in movement disorders, in Receptors and Ligands in
Neurological Disorders

Hrsg.: Sen, A.K.; Lee, T.

Cambridge University Press, Cambridge 1988

zitiert in (101) Ref.(129) → Seite(n): 142

Green, A.H. (1978)

Self-destructive behavior in battered children
Am J Psychiatry, 135, 579-582

Ref.(59) → Seite(n): 107

- Green, A.M. (1967)
Self-mutilation in schizophrenic children
Arch Gen Psychiatry 17, 234-244
zitiert in (165) Ref.(166)
- Greenspan, G.S.; Samuel, S.E. (1989)
Self-Cutting After Rape
Am J Psychiatry 146, 789-790
Ref.(99) → Seite(n): 108,118,129
- Griffith, A.W. (1990)
Correlates of Suicidal History in Male Prisoners
Med Sci Law 30, 217-218
Ref.(97) → Seite(n): 87,91,99
- Groß, H.; Geerds, F. (1978)
Handbuch der Kriminalistik, Bd. II, 40-45 u. 454-457
Schweitzer, Berlin;
Ref.(31) → Seite(n): 126
- Gunsett, R.P.; Mulick, J.A.; Fernald, W.B.; Martin, J.L. (1989)
Indications for medical screening prior to behavioral programming for severely and
profoundly mentally retarded clients
J Autism Dev Disord 19, 167-172
zitiert in (165) Ref.(174) → Seite(n): 127
- Gurwith, M. (1980)
Factitious Munchausen's syndrome
New Engl J Med 302, 1483-1484
zitiert in (228) Ref.(229) → Seite(n): 37,39
- Hawton, K.; Fagg, J. (1992)
Deliberate Self-poisoning and Self-injury in Adolescents
Br J Psychiatry 161, 816-823
Ref.(45) → Seite(n): 60
- Hawton, K.; Fagg, J.; Platt, S.; Hawkins, M. (1993)
British Medical Journal 306, 1641-1644
Ref.(193) → Seite(n): 61,81
- Hayes, L.M. (1989)
National study of jail suicides: Seven years later.
Psychiatr Q 60, 7-29
Ref.(98) → Seite(n): 75

- Henderson, L.M.; Bell, B.A.; Miller, J.D. (1983)
 A neurosurgical Munchausen tale
 J Neurol Neurosurg Psychiatry 46, 437-439
 Ref.(231) → Seite(n): 37,39
- Herman, B.H.; Hammock, M.K.; Arthur-Smith, B.S. (1987)
 Naltrexone decreases self-injurious behavior
 Ann Neurol 22, 550-552
 zitiert in (101) Ref.(120) → Seite(n): 142
- Herold, G. (1995)
 Innere Medizin - Eine vorlesungsorientierte Darstellung, 685
 Ref.(264) → Seite(n): 37,56
- Hoff, H. (1965)
 Z Präy-Med 10, 499
 zitiert in (63) Ref.(65) → Seite(n): 77,98
- Holitzner, W.V. (1993)
 Zur Dynamik spezieller Formen der Selbstbeschädigung
 Zsch psychosom Med 39, 319-332
 Ref.(74) → Seite(n): 48,48,50,110,136
- Holley, H.; Arboleda-Florez, J.E. (1988)
 Hypernomia and self-destructiveness in penal settings
 Int J Law Psychiatry 11, 167-178
 zitiert in (101) Ref.(104) → Seite(n): 80,145
- Holzer, F.J. (1969)
 Zur Aufklärung fingierter Überfälle
 Arch Kriminol 143, 1-6 u. 96-105
 Ref.(27) → Seite(n): 59,123
- Ivanoff, A. (1992)
 Background risk factors associated with parasuicide among male prison inmates
 Criminal Justice and Behavior 19, 426-436
 Ref.(154) → Seite(n): 81,88,88,91,94,108
- Iwata, B.A. (1987)
 Negative reinforcement in applied behaviour analysis: an emerging technology
 J Appl Behav Anal 20, 361-378
 Ref.(50) → Seite(n): 144
- Iwata, B.A.; Pace, G.M.; Kalsher, M.J.; Cowdery, G.E.; Cataldo, M.F. (1990)
 Experimental analysis and extinction of self-injurious escape behavior
 J Appl Behav Anal 23, 11-27
 Ref.(176) → Seite(n): 44,150

- Jacobs, B.W.; Issacs, S. (1986)
Pre-pubertal anorexia nervosa
J Child Psychol Psychiatry 27, 237-250
zitiert in (101) Ref.(111) → Seite(n): 55
- Janssens, P.A. (1957)
Medical views on prehistoric representations of human hands
Med Hist 1, 318-322
zitiert in (216) Ref.(224) → Seite(n): 19
- Johansson, B.; Roos, B.E. (1967)
5-hydroxyindolacetic acid and homovanillic acid levels in cerebrospinal fluid of healthy volunteers and patients with Parkinson`s syndrome
Life Sci 6, 1449-1454
zitiert in (75) Ref.(90) → Seite(n): 141
- Johnson, E.; Britt, B. (1967)
Self-mutilation in prison: Interactions of stress and social structure
U.S. Department of Mental Health, Education, and Welfare, National Institute of Mental Health, Washington, D.C.
zitiert in (154) Ref.(265) → Seite(n): 91
- Johnson, E.H. (1973)
Felon self-mutilation correlate of stress in prison
in: Jail House blues, 237-271
Hrsg.: Danto, B. - Orchard Lake, MI: Epic
zitiert in (249) Ref.(250) → Seite(n): 85,88
- Jones, A. (1986)
Self-Mutilation in Prison: A Comparison of Mutilators ans Nonmutilators
Criminal Justice and Behavior 13, 286-296
Ref.(249) → Seite(n): 85,88,91
- Jones, I. (1982)
Self-injury: toward a biological basis
Perspect Biol Med 26, 137-150
Ref.(145) → Seite(n): 21,24,25
- Jones, I.H.; Barraclough, B.M. (1978)
Auto-mutilation in animals and ist relevance to self-injury in man
Acta Psychiatr Scand 58, 40-47
zitiert in (145) Ref.(200) → Seite(n): 23
- Juel-Nielsen, N.; Videbeck, Th. (1970)
A twin study of suicide
Acta Genet Med gemellol 19, 307-310
zitiert in (252) Ref.(255) → Seite(n): 63

- Karp, J.G.; Whitman, L.; Convit, A. (1991)
 Intentional Ingestion of Foreign Object by Male Prison Inmates
 Hospital and Community Psychiatry 42, 533-535
 Ref.(163) → Seite(n): 74,86,91,96,97,128,134
- Kars, H.; Broekema, W.; van Glaudemans, J.G. (1990)
 Naltrexone attenuates self-injurious behavior in mentally retarded subjects
 Biol Psychiatry 27, 741-746
 zitiert in (101) Ref.(122) → Seite(n): 142
- Kaufmann (1907)
 Handbuch der Unfallmedizin
 Stuttgart
 zitiert in (2) Ref.(7) → Seite(n): 31
- Kirchner (1905)
 Verletzungen des Ohres
 Würzburger Abhandlungen, I. Bd
 zitiert in (2) Ref.(6) → Seite(n): 28
- Kleemann, F. (1902)
 Genesis und Tatbestand der Militärdelikte
 Wien
 zitiert in (2) Ref.(4) → Seite(n): 20,71
- Klüver, H.; Bucy, P.C. (1939)
 Preliminary analysis of functions of the temporal lobes in monkeys
 Arch Neurol Psychiatry 42, 979-1000
 zitiert in (145) Ref.(209) → Seite(n): 22
- Knight, B.H.(1968)
 Two Cases of Self-Inflicted Injuries in the Living
 Med Sci Law, Volume 8, 264-266
 Ref.(1) → Seite(n): 122,124,126,132
- König, H.G.; Freisleder A.; Baedeker, Ch.; Pedal, I. (1987)
 Unterscheidungskriterien für Selbst- oder Fremdbeibringung von Verletzungen angeblich
 oder tatsächlich Überfallener
 Arch Kriminol 180, 13-27
 Ref.(19) → Seite(n): 122,126,128,130
- Koller, K.M.; Castanos, J.N. (1969)
 Parental deprivation and attempted suicide in prison populations
 Med J Aust, 858-861
 Ref.(192) → Seite(n): 79

- Kratter, J. (1910)
Diskussionsbemerkung
Vj Ger Med 3 F., 39 (Suppl.) 14
Ref.(26) → Seite(n): 123
- Kruttschnitt, C.; Krmpotich, S. (1990)
Aggressive behavior among female inmates: an exploratory study
Justice Quarterly 7, 371-389
Ref.(148) → Seite(n): 78
- Kürkciyan, I.; Kettenbach, J.; Domanovits, H.; Schima, W.; Sterz, F. (1993)
Rezidivierende Hals- und Gesichtsschwellung bei einem Häftling
Rechtsmedizin 4, 35-39
Ref.(40) → Seite(n): 86,95,101,104
- Leibenluft, E.; Gardner, D.I., Cowdry, R.W. (1987)
The inner experience of the borderline self-mutilator
J Personal Disord 1317-1324
zitiert in (101) Ref.(108) → Seite(n): 115,119
- Lester, D. (1972)
Self-mutilating behaviour
Psychol Bull 78, 119-128
zitiert in (165) Ref.(172) → Seite(n): 22
- Levison, C.A. (1970)
The development of head banging in a young rhesus monkey
Am J Ment Defic 75, 323-328
zitiert in (165) Ref.(169) → Seite(n): 22
- Lienemann, J.; Walker, F. (1989)
Naltrexone for treatment of self-injury (letter)
Am J Psychiatry 146, 1639-1640
zitiert in (101) Ref.(124) → Seite(n): 142
- Lienemann, J.; Walker, F. (1989)
Reversal of self-abusive behavior with naltrexone (letter)
J Clin Psychopharmacol 9, 448-449
zitiert in (101) Ref.(125) → Seite(n): 142
- Linehan, M.M. (1981)
A socio-behavioral analysis of suicide and parasuicide: Implications for clinical assessment and treatment
in: Depression: Behavioral and directive intervention strategies, 229-294
Hrsg.: Glazer, H.; Clarkin, J.F.
Garland, New York
zitiert in (154) Ref.(156) → Seite(n): 61

- Lochte, T. (1913)
Über Selbstverletzungen
Vierteljahressch. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen 45, 261-268
Ref.(20) → Seite(n): 113
- Lowy, F.H.; Kolivakis, T.L. (1971)
Autocastration by a male transsexual
Can Psychiatr Assoc J 16, 399-405
zitiert in (216) Ref.(220) → Seite(n): 47
- Lüscher, T.; Siegenthaler, W.; Vetter, W. (1984)
Der Lügenbaron als Patient oder Probleme in der Diagnostik artifiziieller Erkrankungen
Schweiz Rundsch Med Prax 73, 1199-1201
Ref.(258) → Seite(n): 38
- Luiselli, J.K.; Beltis, J.A.; Bass, J. (1989)
Clinical analysis of naltrexone in the treatment of self-injurious behavior
J Multihandicapped Persons 2, 43-50
zitiert in (101) Ref.(123) → Seite(n): 142
- Marty, W.; Sigrist, Th.; Bär, W. (1993)
Selbstbeschädigung mit flüßigem Stickstoff
Z Unfallchirur Vers Med Bd. 86, 90-96
Ref.(41) → Seite(n): 107,115,116
- Mason, W.A. (1968)
Early social deprivation in nonhuman primates: implications for human behavior
in: Environmaental Influences
Hrsg.: Glass, D.C.
Rockefeller University Press, New York, 1968
zitiert in (145) Ref.(206) → Seite(n): 23
- Maxmen, J.E.; Tucker, G.J. (1973)
No exit: The persistently suicidal patient
Compr Psychiatry 14, 71-79
zitiert in (195) Ref.(198) → Seite(n): 62
- Mc Clure, G.M.G. (1987)
Suicide in England and Wales, 1975-1984
Br J Psychiatry 150, 309-314
Ref.(153) → Seite(n): 76
- McKinney, J.T. Jr. (1974)
Primate social isolation: psychiatric implications
Arch Gen Psychiatry 31, 422-426
zitiert in (145) Ref.(212)

- Meixner, F. (1954)
Kriminaltaktik in Einzeldarstellungen, 134-150
Kriminalistik-Verlag, Hamburg
Ref.(35) → Seite(n): 126
- Meixner, K. (1919)
Gerichtsärztliche Erfahrungen über Selbstbeschädigung
Beitr gerichtl. Med. 3, 145-212
Ref.(34) → Seite(n): 126
- Menninger, K. (1938)
Man against himself
Harcourt Brace World, New York
zitiert in (75) Ref.(95) → Seite(n): 16,143
- Meyer-Holzappel, M. (1968)
Abnormal behavior in zoo animals
in: Abnormal Behavior in Animals
Hrsg.: Fox, M.W.
Saunders, Philadelphia, 1968
zitiert in (145) Ref.(205) → Seite(n): 23
- Miller, F.; Bashkin, E.A. (1974)
Depersonalisation And Self-Mutilation
Psychoanal 9, 638-649
zitiert in (241) Ref.(238) → Seite(n): 119
- Mineka, S.; Suomi, S.J. (1978)
Social separations in monkeys
Psychol Bull, 85, 1376-1400
Ref.(62) → Seite(n): 21,107
- Mizuni, T-I.; Yugari, Y. (1974)
Self-mutilation in Lesch-Nyhan syndrome
Lancet 1, 761
zitiert in (101) Ref.(131) → Seite(n): 141
- Mizuni, T-I.; Yugari, Y. (1975)
Prophylactic effect of L-5HTP on self-mutilation in the Lesch-Nyhan syndrome
Neuropediatrics 6, 13-23
zitiert in (101) Ref.(132) → Seite(n): 141

- Möllhoff, G.; Müller, B. (1975)
 Suicid, Selbstverletzungen
 in: Gerichtliche Medizin, 305-325
 Hrsg.: Müller, B.
 Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1975
 Ref.(63) → Seite(n): 58,59,60,75,95,97,98,126
- Mönkemöller (1913)
 Zum Kapitel der Simulation, 252-308
 in: Vierteljahressch. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen; Dritte Folge.XLVI. Band
 Hrsg: Abel, Dr. R.; Strassmann, Prof. Dr. F.
 Verlag von August Hirschwald, Berlin
 Ref.(9) → Seite(n): 31
- Murphy, G.E.; Wetzel, R.K. (1982)
 Family history of suicidal behavior among suicide attempters
 J Nerv Ment Dis 170, 86-90
 zitiert in (195) Ref.(199) → Seite(n): 62
- Nau, E. (1965)
 Z Präy-Med 10, 512
 zitiert in (63) Ref.(66) → Seite(n): 77,98
- Neithercutt, M.G. (1989)
 The Death Penalty: Its Relation to Murder & Suicide
 J Contemporary Crim Justice, Vol.5, 199-219
 Ref.(266) → Seite(n): 140
- Nelson, F.L. (1986)
 Indirektes selbstzerstörerisches Verhalten in fünf Behandlungsgruppen
 Suizidprophylaxe 18, 19-42
 Ref.(76) → Seite(n): 55
- Nissen, G. (1971)
 Die psychische Entwicklung und ihre Störung, Der psychische Hospitalismus,
 in:Lehrbuch der spezielle Kinder- und Jugendpsychiatrie, 11-34 u. 49-57.
 Hrsg.: Harbauer, H.; Lempp, R.; Nissen, G.; Strunk, P.
 Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York
 Ref.(44) → Seite(n): 43,138
- Olsen, J. (1967)
 Self-Inflicted Injuries and False Information to the Police
 in: Med Sci Law, Vol.7, Nr.1, 22-25
 Sweet&Maxwell
 Ref.(10) → Seite(n): 31,66,113,133

- Orchowsky, S. (1978)
 Self-mutilation at the penitentiary and Powhatan
 Arlington: Virginia Department of Corrections
 zitiert in (249) Ref.(251) → Seite(n): 85,88
- Paar, G.H.; Eckhardt, A. (1987)
 Chronisch vorgetäuschte Störungen mit körperlichen Symptomen - eine Literatur-
 übersicht
 Psychother Med Psychol 37, 197-204
 Ref.(263) → Seite(n): 37,37
- Pao, P.-N. (1969)
 The syndrome of delicate self-cutting
 Br J Med Psychol 42, 195-206
 Ref.(180) → Seite(n): 108
- Patry (1907)
 Revue méd. de la Suisse des Accid.
 zitiert in (2) Ref.(8) → Seite(n): 76
- Pattison, E.M.; Kahan, J. (1983)
 The deliberate self-harm syndrome
 Am J Psychiatry 140, 867-872
 Ref.(56) → Seite(n): 58,66,111,118,129
- Pedal, I. (1994)
 Selbstbeschädigung durch einen Doppelklingenrasierapparat
 Arch Kriminol 194, 15-21.
 Ref.(39) → Seite(n): 107,117
- Peters, J.M. (1967)
 Caffeine induced hemorrhagic automutilation
 Arch Int Pharmacodyn 169,139-146
 zitiert in (165) Ref.(171) → Seite(n): 22
- Pflanz; M. (1961)
 Münchhausen-Syndrom
 Dtsch Med Wochenschr 86, 2323-2327
 zitiert in (159) Ref.(160) → Seite(n): 38
- Philip, E. (1969)
 Münch Med Wochenschr 111, 2256
 zitiert in (63) Ref.(67) → Seite(n): 77,98

- Pillay, A.L. (1988)
 Methods of self-destructive behaviour in adolescents and young adults
 Psychol Rep 63, 552-554
 Ref.(175)
- Pitman, R.K. (1990)
 Self-mutilation in combat-related PTSD (letter)
 Am J Psychiatry, 147, 123-124
 Ref.(61)
- Podvoll, E.M. (1969)
 Self-mutilation within a hospital setting: a study of identity and social compliance
 Br J Med Psychol 42, 213-221
 Ref.(181) → Seite(n): 120,146
- Pöldinger, W.J.; Holsboer-Trachsler, E. (1989)
 Psychopathologie und Psychodynamik der Selbsterstörung
 Schweiz Rundsch Med Prax 78, 214-219
 Ref.(252) → Seite(n): 62,127
- Polke, J. (1933)
 Fingierte Verbrechen
 in: Handwörterbuch der Kriminologie Bd. 1
 Hrsg.: Elster, A.; Lingemann, H.
 de Gruyter. Berlin/Leipzig
 Ref.(21) → Seite(n): 123,128
- Pollak, St.; Reiter, Ch.; Stellwag-Carion, C. (1987)
 Vortäuschung von Überfällen durch eigenhändig zugefügte Schnitt- und Stichwunden
 Arch Kriminol, Bd. 179, 81-93
 Ref.(23) → Seite(n): 107,123,125,132,132
- Prokop, O.; Göhler, W. (1976)
 Simulation und Selbstbeschädigung, 309-330
 in: Forensische Medizin
 Gustav Fischer Verlag; Stuttgart, New York
 Ref.(14) → Seite(n): 15,30,31,37,71,71,101,106
 Ref.(15) → Seite(n): 27,27
- Repp, A.C.; Singh, N.N.; Olinger, E.; Olson, D.R. (1990)
 The use of functional analyses to test causes of self-injurious behaviour: rationale,
 current status and future direction
 Journal of Mental Deficiency Research 34, 95-105
 Ref.(46) → Seite(n): 15,143

- Repp, A.C.; Felce, D.; Barton, L.E. (1988)
 Basing the treatment of stereotypic and self-injurious behaviors on hypotheses of their causes
 J Appl Behav Anal 21, 281-289
 zitiert in (176) Ref.(178)
- Reuter, F. (1911)
 Die Selbstbeschädigung und ihre forensische Beurteilung, 192-221
 in: Kolisko, A.: Beiträge zur Gerichtlichen Medizin; I. Band
 Franz Deuticke, Leipzig und Wien
 Ref.(2) → Seite(n): 14,15,19,20,28,29,30,64,124,126,131
- Richardson, L.S.; Zaleski, W.A. (1983)
 Naloxone and self-mutilation
 Biol Psychiatry 18, 99-101
 zitiert in (101) Ref.(117) → Seite(n): 142
- Rieger, W. (1971)
 Suicide Attempts in a Federal Prison
 Arch Gen Psychiatry 24, 532-535
 Ref.(184) → Seite(n): 98
- Riße, M.; Weiler, G.; Jedamzik, J. (1992)
 Kasuistischer Beitrag zur krankhaften und kriminellen Selbstbeschädigung
 Arch Kriminol 189, 77-82
 Ref.(159) → Seite(n): 30,37,38,91
- Rosen, P.M.; Walsh, B.W. (1989)
 Patterns of Contagion in Self-Mutilation Epidemics
 Am J Psychiatry 146:5; 656-658
 Ref.(54) → Seite(n): 47,101,145
- Rosen, D.H.; Hoffmann, A.M. (1972)
 Focal suicide: self-enucleation by two young psychotic individuals
 Am J Psychiatry 128, 1009-1012
 zitiert in (216) Ref.(219) → Seite(n): 47
- Rosenthal, P.A.; Rosenthal, S. (1984)
 Suicidal behavior by preschool children
 Am J Psychiatry, 141, 520-525
 Ref.(60) → Seite(n): 118
- Rosenthal, N.; Davenport, Y.; Cowdry, R.; Webster, M.; Goodwin, F. (1980)
 Monoamine metabolites in cerebrospinal fluid of depressive subgroups
 Psychiatry Res 2, 113-119
 zitiert in (75) Ref.(87) → Seite(n): 141

Ross, R.R.; McKay, H.B. (1979)

Self-Mutilation

Lexington Books, Lexington, Mass 1979

zitiert in (101,147) Ref.(140) → Seite(n): 80,85,145

Roy, A. (1985)

Suicide and psychiatric patients. Self destructive behavior

Psychiatr Clin North Am 8, 227-241

zitiert in (186) Ref.(191) → Seite(n): 153

Sackett, G.P. (1967)

Some persistent effects of different rearing conditions on preadult social behavior of monkeys

J Comp Physiol Psychol 64, 363-365

zitiert in (145) Ref.(203) → Seite(n): 23

Sackett, G.P. (1968)

Abnormal behavior in laboratory-reared rhesus monkeys

in: Abnormal Behavior in Animals

Hrsg.: Fox, M.W.

Saunders, Philadelphia, 1968

zitiert in (145) Ref.(207) → Seite(n): 23

Sakula, A. (1978)

Munchhausen: fact and fiction

J Roy Coll Phyncs 12, 186-191

Ref.(259) → Seite(n): 35

Sandyk, R. (1985)

Naloxone abolishes self-injuring in a mentally retarded child (letter)

Ann Neurol 17, 520

zitiert in (101) Ref.(119) → Seite(n): 142

Sarlin, C.N. (1962)

Depersonalisation and derealization

J Am Psychoanal Assoc 10, 784-804

zitiert in (241) Ref.(239) → Seite(n): 119

Savard, G.; Andermann, F.; Teitelbaum, J.; Lehmann, H. (1988)

Epileptic Munchausen's syndrome: A form of pseudoseizures distinct from hysteria and malingering

Neurology 38, 1628-1629

zitiert in (228) Ref.(230) → Seite(n): 37,38

Schmauss, A.K. (1962)

Zur Kenntnis der Artefakte auf dem Gebiet der Chirurgie

Dtsch. Ges.wesen 17,13,507

und Dtsch. Ges.wesen 14, 561

Ref.(18) → Seite(n): 37

Schmauss, A.K.; Ullrich, H.; Kallweit, E. (1963)

Das Münchhausen-Syndrom als Sonderform des Artefakts

Z Ärztl Fortbild Qualitätssich 57, 1163-1173

zitiert in (232) Ref.(233) → Seite(n): 37,152

Schulsinger, F.; Kety, S.S.; Rosenthal,D.; Wender, Ph. (1979)

A family study of suicide

in: Origin, prevention and treatment of affective disorder

Hrsg.: Schou, M.; Stromgren, E.

Academic Press, London, New York, 1979

zitiert in (252) Ref.(256) → Seite(n): 63

Schwerd, W. (1992)

Rechtsmedizin, 25

Hrsg.: Schwerd, W.

Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 5. Auflage, 1992

Ref.(72) → Seite(n): 27,126

Shafii, M.; Carrigan, S.; Whillinghill, L.; Derrick, A. (1985)

Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents.

Am J Psychiatry 142, 1061-1064.

zitiert in (75) Ref.(82) → Seite(n): 139

Sigal M.; Gelkopf, M.; Meadows, R.S. (1989)

Munchausen by proxy syndrome: the triad of abuse, self-abuse and deception

Compr Psychiatry 30, 527-533

zitiert in (244) Ref.(245) → Seite(n): 40

Simeon D.; Stanley, B.; Frances, A.; Mann, J.J.; Winchel, R.; Stanley, M.M. (1992)

Self-Mutilation in Personality Disorders: Psychological and Biological Correlates

Am J Psychiatry 149, 221-226

Ref.(226) → Seite(n): 16

Simpson, M.A. (1981)

Studies of self-mutilating patients

Am J Psychiatry 138, 855-859

zitiert in (186) Ref.(189) → Seite(n): 66,77,78,79

- Singh, N.N. (1981)
 Current trends in the treatment of self-injurious behaviour
 in: *Advances in Pediatrics* 28, 377-400
 Hrsg.: Barnes, L.A.
 Year Book Medical Publishers, Chicago
 Ref.(47) → Seite(n): 44
- Singh, N.N.; Pulman, R.M. (1979)
 Self-injury in the de-Lange syndrome
J Ment Defic Res 23, 79-84
 zitiert in (101) Ref.(126) → Seite(n): 142
- Singh, N.; Millichamp, C.J. (1984)
 Effects of medication on the self-injurious behavior of mentally retarded persons
Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews 3(4), 13-15
 zitiert in (101) Ref.(143) → Seite(n): 145
- Sluga, W.; Grünberger, J. (1969)
 Selbstverletzungen und Selbstbeschädigungen bei Strafgefangenen
Wien Med Wochenschr 119, 453-459
 Ref.(36) → Seite(n): 102,126
- Smith, N.J.; Arden, M.H. (1989)
 More in sickness than in health: a case study of Munchausen by proxy in elderly
J Fam Ther 11, 321-334
 zitiert in (244) Ref.(246) → Seite(n): 40
- Smith, S.; Fiddes, F.S. (1949)
 Forensic Medicine, 9th ed., 168-173
 Churchill (London)
 Ref.(28)
- Sneddon, I.; Sneddon, J. (1975)
 Self-inflicted injury: a follow-up study of 43 patients
Br med J, 527-530
 zitiert in (186) Ref.(187) → Seite(n): 150
- Sperling, E. (1964)
 Suizid und Familie
Gruppenpsychother Gruppensdynamik 16, 24-34
 zitiert in (252) Ref.(253) → Seite(n): 62
- Spielmann, A. (1988)
 Prison suicides in the Grand Duchy of Luxembourg
Prison Information Bulletin 11, 3-7
 Ref.(146) → Seite(n): 73,76,77,83,98

Steinert, T.; Wolfersdorf, M. (1993)

Aggression und Autoaggression

Psychiatr Prax 20, 1-8

Ref.(75) → Seite(n): 16,138

Stone, M.H. (1987)

A psychodynamic approach: some thoughts on the dynamics and therapy of self-mutilating borderline patients

J Personal Disord 1, 347-349

Ref.(58) → Seite(n): 58,129,144

Strassmann, F. (1910)

Merkmale der behufs Vortäuschung fremden Angriffs bewirkten Selbstverletzungen
Vj Ger Med 3.F., 39 (Suppl.), 3-16

Ref.(25) → Seite(n): 123

Stroch, D. (1901)

JAMA 36, 270

zitiert in (216) Ref.(221) → Seite(n): 47

Sussman, N.; Borod, J.C.; Cancelmo, L.A.; Braun, D. (1987)

Munchausen´s Syndrome: A Reconceptualization of the Disorder

J Nerv Ment Dis 175, 692-695

Ref.(262)

Szymanski, I.; Kedesky, J.; Sulkes, S. (1987)

Naltrexone treatment of SIB: a clinical study

Res Dev Disabil 8, 179-190

zitiert in (101) Ref.(114) → Seite(n): 142

Takahashi, S.; Yamane, H.; Kondo, H.; Tani, N. (1974)

CSF monoamine metabolites in alcoholism. A comparative study with depression

Folia Psychiatr. Neurol. Jap. 28, 347-354

zitiert in (75) Ref.(86) → Seite(n): 141

Takeuchi, T.; Koizumi, J.; Kotsuki, J.; Shimazaki, M.; Miyamoto, M.; Sumazaki, K. (1986)

A Clinical Study of 30 Wrist Cutters

Jap J Psychiat Neurol 40, 571-581

zitiert in (241) Ref.(240) → Seite(n): 119

Taylor, A.S.

zitiert in (25) Ref.(24) → Seite(n): 123

- Tigges, Werner (1934)
Selbstverletzung von Gefangenen
Medizinische Dissertation, Münster, 1934
Ref.(247) → Seite(n): 83,95,101,152
- Tinkelpaugh, O.L. (1928)
The self- mutilation of a male macacus rhesus monkey
J Mammal 9, 293-300
zitiert in (145) Ref.(208) → Seite(n): 23
- Toch, H. (1975)
Men in Crisis: Human Breakdowns in Prison
Chicago, Aldine
zitiert in (101) Ref.(103) → Seite(n): 80,88
- Toch, H. (1977)
Living in prison: The ecology of survival
Free Press, New York
Ref.(155) → Seite(n): 82
- Trueman, D. (1984)
Depersonalisation in a Nonclinical Population
J Psychol 116, 107-112
zitiert in (241) Ref.(242) → Seite(n): 119
- Turner, Th.; Tofler, D.S. (1986)
Indicators of psychiatric disorder among women admitted to prison
British Medical Journal 292, 651-653
Ref.(194) → Seite(n): 94
- Tyrmann (1903)
Die Verletzungen des Ohres, deren Folgezustände und ihre gerichtsärztliche Bedeutung
Wien
zitiert in (2) Ref.(5) → Seite(n): 28
- Ullrich, O. (1937)
Besonderheiten artifizieller Krankheitserscheinungen im Kindesalter
in: Mayr, J.: Handbuch der Artefakte
Fischer, Jena, 1937
Ref.(71)
- Valzelli, L.; Bernasconi, S. (1979)
Aggressiveness by isolation and brain serotonin turnover changes in different strains of mice
Neuropsychobiology 5, 129-135
zitiert in (101) Ref.(261) → Seite(n): 22

- van der Kolk, B.A.; Perry, J.Ch.; Hermen, J.L. (1991)
 Childhood Origins of Self-Destructive Behavior
 Am J Psychiatry 148, 1665-1671
 Ref.(55) → Seite(n): 45,107,118,124,129
- van Moffaert, M. (1989)
 Management of Self-Mutilation
 Psychother Psychosom 51, 180-186
 Ref.(186) → Seite(n): 66,152
- van Moffaert, M.; Vermander, F.; Kint, A. (1985)
 Dermatitis artefacta
 Int J Dermatol 24, 236-238
 zitiert in (186) Ref.(188) → Seite(n): 150
- van Velzen, W.J. (1973)
 Autoplexy or self-destructive behavior in mental retardation
 in: Proceedings of the Third Congress of the International Association for the Scientific
 Study of Mental Deficiency
 Hrsg.: Primrose, D.A.
 Swets and Zeitlinger, Amsterdam 1973
 zitiert in (101) Ref.(141) → Seite(n): 145
- van Woerkom, T.C.; Teelken, A.W.; Minderhound, J.M. (1977)
 Difference in neurotransmitter metabolism in frontotemporal-lobe contusion and diffuse
 cerebral contusion
 Lancet 1, 812-813
 zitiert in (75) Ref.(89) → Seite(n): 141
- Vernon, J.A.; McGill, T.E. (1960)
 Utilization of visual stimulation during sensory deprivation
 Percept Mot Skills 11, 214
 zitiert in (241) Ref.(243)
- Virkkunen, M.; Nuutila, A.; Goodwin, F.; Linnoila, M. (1987)
 CSF monoamine metabolites in male arsonists
 Arch Gen Psychiatry 44, 241-257
 zitiert in (75) Ref.(88) → Seite(n): 141
- Virkkunen, M. (1983)
 Insulin secretion during the glucose tolerance test in antisocial personality
 Br J Psychiatry 142, 598-604
 zitiert in (75) Ref.(93) → Seite(n): 141

- Virkkunen, M. (1984)
 Reactive hypoglycemic tendency among arsonists.
 Acta Psychiatr Scand 69, 445-452
 zitiert in (75) Ref.(94) → Seite(n): 141
- Virkkunen, M. (1976)
 Self-mutilation and anti-socialpersonality disorder
 Acta Psychiatr Scand 54, 347-352
 Ref.(105) → Seite(n): 80
- Walsh, B.W.; Rosen, P. (1985)
 Self-mutilation and contagion: an empirical test
 Am J Psychiatry 142, 119-120
 zitiert in (101) Ref.(144) → Seite(n): 145
- Walter, J. (1988)
 Disziplinarmaßnahmen, besondere Sicherungsmaßnahmen und Selbstbeschädigungen –
 Indikatoren für die Konfliktbelastung einer Vollzugsanstalt?
 Z f Str Vo, 195-199
 Ref.(152) → Seite(n): 4
- Walters, A.S.; Barrett, R.P.; Feinstein, C. (1990)
 A case report of naltrexone treatment of self-injury and social withdrawal in autism
 J Autism Dev Disord 20, 169-176
 zitiert in (101) Ref.(121) → Seite(n): 142
- Wasmuth, K. (1948)
 Med. Klinik, 371
 Ref.(12) → Seite(n): 36
- Weekes, J.R.; Morison, S.J. (1992)
 Self-Directed Violence: Differentiating Between Suicidal, Malingering and Self-
 Mutilating Behaviours
 Forum on Corrections Research 4, 14-16
 Ref.(147) → Seite(n): 80,104
- Weissmann, M.M. (1975)
 Wrist Cutting: Relationship Between Clinical Observations and Epidemiological Findings
 Arch Gen Psychiatry 32, 1166-1171
 Ref.(182) → Seite(n): 60,146
- West, D.J. (1966)
 Murder followed by suicide
 Heinemann, London
 zitiert in (75) Ref.(77) → Seite(n): 138

- Wilhelm, R.; Hertel, G. (1961)
 Über Artefakte der Haut. Zugleich kasuistischer und psychodiagnostischer Beitrag
 Dtsch Med Wochenschr 2, 81-86
 Dtsch Med Wochenschr 3, 145-152
 Dtsch Med Wochenschr 4, 184-187
 Ref.(22) → Seite(n): 15,128
- Winchel, R.M.; Stanley, M. (1991)
 Self-Injurious Behavior: A Review of the Behavior and Biology of Self-Mutilation
 Am J Psychiatry 148, 306-317
 Ref.(101) → Seite(n): 16,43,46,66,80,110,118,119,142,144
- Woolredge, J.D.; Winfree, L.Th.Jr. (1992)
 An aggregate-level study of inmate suicides and deaths due to natural causes in U.S. jails
 Journal of Research in Crime and Delinquency 29, 466-479
 Ref.(157) → Seite(n): 91
- Wurfler, P. (1956)
 Selbstblendung eines cocainsüchtigen Betrügers
 Nervenarzt 27, 325-326
 zitiert in (216) Ref.(223) → Seite(n): 47
- Yang, H.K.; Brown, G.C.; Magargal, L.E. (1981)
 Self-inflicted ocular mutilation
 Am J Ophthalmol 91, 658-663
 Ref.(179) → Seite(n): 45
- Yaroshevsky, F. (1975)
 Self-mutilation in Soviet prisons
 Can Psychiatr Assoc J 20, 443-446
 zitiert in (145) Ref.(215) → Seite(n): 84
- Yaryura-Tobias, J.A.; Neziroglu, F. (1978)
 Compulsions, aggression and self-mutilation
 J Ortho Psychiatry 7, 114-117
 zitiert in (101) Ref.(109) → Seite(n): 55
- Yattara-Baratti, C.L.; Hoffmann, R.; Langlotz, M. (1988)
 Zervicofaciales Weichteilemphysem und Pneumomediastinum durch Selbstverletzung
 Schweiz Med Wochenschr 118, 1135-1137
 zitiert in (159) Ref.(161) → Seite(n): 30
- Zaw, K.M. (1981)
 A suicidal family
 Br J Psychiatry 139, 68-69
 zitiert in (252) Ref.(254) → Seite(n): 63

Ziemke, E. (1923)
Über Selbstbeschädigungen
Arch Kriminol 75, 241-258
Ref.(33) → Seite(n): 126

Zirpins, W. (1965)
Fingierte Überfälle
Tgb Krim 15, 153-162
Ref.(30) → Seite(n): 126

Zuckermann, S. (1932)
The Social Life of Monkeys and Apes
Kegan Paul, London, 1932
zitiert in (145) Ref.(211) → Seite(n): 23

Danksagung

Herrn Prof. Dr. Dipl.-Phys. H.-D. Wehner und Herrn Prof. Dr. H.-J. Kerner danke ich für die Überlassung des Themas und die Betreuung der Arbeit.

Für seine grenzenlose Geduld und motivierende Unterstützung sowie den Verzicht auf gemeinsame Stunden bedanke ich mich bei meinem Mann Jörg.

Lebenslauf

- 01.12.1971 Geburt als zweite Tochter des Physikers Peter Fisy und seiner Frau Gisela Fisy, geb. Baron, in Düsseldorf
- 1978-1982 Besuch der Grundschule in Stuttgart-Kaltental
- 1982-1991 Besuch des Fanny-Leicht-Gymnasiums in Stuttgart-Vaihingen mit Erwerb des Zeugnisses der allgemeinen Hochschulreife
- 1991 Beginn des Studiums der Humanmedizin an der Eberhard-Karls-Universität in Tübingen
- 27.08.1993 Ärztliche Vorprüfung („Physikum“)
- 25.08.1994 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
- 09.04.1997 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
- 05.05.1998 Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
- 01.06.1998-30.11.1999 Ärztin im Praktikum in der Medizinischen Klinik des Kreiskrankenhauses Leonberg
- Seit Januar 2000 Assistenzärztin in der Medizinischen Klinik des Kreiskrankenhauses Leonberg
- 22.09.2000 Heirat des Rechtsanwalts Jörg Bossenmayer