

11 Straftaten

7 der 57 Patienten der ersten Katamnesestudie (12,3%) begingen zu Beginn oder im Verlauf ihrer Psychose Straftaten. Es handelte sich um 2 Mädchen und 5 Jungen. Bei einem Patienten, der im 13. Lebensjahr erkrankte, bestanden sie in zahlreichen *Verkehrsdelikten*, 2-3 Jahre nach Psychosebeginn, 5 Jahre danach desertierte er aus der Bundeswehr, nachdem er dort wegen seines auffälligen Verhaltens auf seinen Geisteszustand hin untersucht werden sollte – er hatte sich z.B. mit einer Pistole in ein WC eingeschlossen und damit die Türe durchschossen, mit der Begründung, „es einmal auszuprobieren“. Zwei weitere Patienten unternahmen zu Beginn ihrer Psychose im Alter von 9 bzw. 12 Jahren kleinere *Eigentumsdelikte* (innerhalb der Familie). Bei beiden Patienten waren die Vergehen u.a. Ausdruck der bereits mit Psychosebeginn sich zeigenden Wesensänderung. Relativ geringfügig waren auch die beiden Diebstähle, die ein im 12. Lebensjahr erkrankter Patient 4 Jahre später, unmittelbar vor einem weiteren psychotischen Schub beging. Bei ihm bestanden bereits nach dem 1. Schub leichte Zeichen eines postpsychotischen Residualsyndroms.

Über ganz ähnliche Beobachtungen bei seinen 103 Patienten mit einer kindlichen Schizophrenie berichtete L. Voigt (1919): 11 von ihnen (10%) begingen Diebstähle, Unterschlagungen, Zechprellereien und Körperverletzungen (1 Patient).

„Die unbegreiflichen, mit dem bisherigen Leben der Kranken im Widerspruch stehenden Handlungen waren oft das erste schärfer hervortretende Zeichen der psychischen Veränderung“ (L. Voigt 1919, S. 230).

Weiter schreibt der Autor: „Eine nicht kleine Anzahl der weiblichen Kranken verfiel früh der Prostitution“.

Während die Delikte der eingangs erwähnten 4 Patienten relativ harmlos waren, waren die Straftaten der übrigen 3 Patienten wesentlich ernster, und sie mussten alle mehrmals eine Haftstrafe verbüßen. Ein im Alter von 10 Jahren erkrankter Junge ge-

riet 7 Jahre später in tätliche Auseinandersetzungen mit seiner Mutter und fuhr ohne Erlaubnis mit einem fremden Wagen. Im Alter von 21 Jahren verbüßte er eine viermonatige Gefängnisstrafe wegen Diebstahls, er hatte u. a. die Strickjacke seiner Wirtin gestohlen! Ein Jahr später wurde erneut eine Gefängnisstrafe wegen eines Einbruchdiebstahls (Kiosk) verhängt. Es folgten in den nächsten 2 Jahren weitere Eigentumsdelikte, so dass der Patient im Alter von 24 Jahren, 14 Jahre nach Erkrankungsbeginn, erneut in Strafhaft kam, von wo er wegen seines absonderlichen Gebarens (er zerstörte u. a. so leise wie möglich das Inventar seiner Zelle) in ein Psychiatrisches Krankenhaus eingeliefert wurde. Dort gab er an, dass er sich *beeinflusst* fühle, die „Gedanken“ würden ihm *aufgezwungen*: „da waren wieder die Stimmen da, die sagen, dass ich das alles auch noch kaputtmachen sollte“. Er sprach mit leiser, monotoner Stimme, verhielt sich ruhig, sprach gelegentlich vor sich hin, saß tatenlos an seinem Platz herum, verweigerte die Nahrung, rief plötzlich um Hilfe, weil er sich von Mitpatienten bedroht fühlte, die ihn ergreifen und seine Kehle zudrücken wollten, und die auch über ihn sprachen. Sein Verhalten war teilweise läppisch-hebephren, teilweise negativistisch. Er hatte *Angst, vergiftet zu werden*, und erklärte, es seien ihm „Gedanken eingegeben“ mit dem Inhalt, nichts zu essen. Es liege eine „Fernwirkung“ vor. Sein Denken war zerfahren. Er klagte über merkwürdige, abnorme *Cönaesthopathien*: „Ihre Stimmen fielen auf mich. Ich hatte so viel Strahlen in mir, ich war ganz hell im Gesicht. Da war ich mit einem Mal mit allen Köpfen verbunden“. Er habe „Auswüchse am Kopf“ gehabt, hatte „Strahlen am Kopf“. Sein Gedankengang war verstiegen und uneinfühlbar („ich hätte einen Menschen umbringen können. Wenn ich auf ein Gänseblümchen gesehen habe, wurden die anderen ganz hell“. Und „mit Strahlen kann man einen Menschen umbringen, das hat man auch schon bei mir gemacht. Innerlich war ich damals ganz verbrannt. Der hat mich aber auch wieder ganz normal gemacht durch sein Sprechen. Die Worte, die ich rausgebracht habe, hat er mir anders wieder reingesetzt. Da hat mir das Leben wieder Spaß gemacht“). Bei der Zerstörung seiner Zelle habe er Stimmen gehört: „Bring sie um mit deinen Strahlen.“ Ein Mithäftling habe damals etwas an seinem Körper gemacht, dass er habe wieder essen können. Manchmal habe er auch nicht essen können, weil er eine „Fernsprechung“ empfunden habe. – Der Patient wurde aufgrund seiner eindrucksvollen Denk- und Sprachstörungen bereits in Kapitel 5.2.3 erwähnt – die Beschreibung des sehr interessanten Krankheitsverlaufs über einen Zeitraum von 43 Jahren findet sich in Kapitel 20, Nr. 4.4.1.6b.

Ähnlich wie dies bereits von L. Voigt (1919) beschrieben wurde, kam es bei einem Mädchen, das im Alter von 13 ½ Jahren an einer *katatonen* Episode (F 20.2) erkrankte, welche in eine *paranoid-halluzinatorische* Schizophrenie (F 20.0) überging und ½ Jahr andauerte, im Anschluss zu deutlichen Anzeichen von sexueller Enthemmung, Verwahrlosung mit aggressiven und distanzlosen Verhaltensweisen und Herumstreunen mit Soldaten, deshalb Unterbringung in einem Erziehungsheim.

Während der *katatonen* Episode im Alter von 13 ½ Jahren war das Mädchen *stuporös*, es reagierte nicht auf Ansprache oder auf Anforderungen, verweigerte die Nahrung, war negativistisch, musste gefüttert werden, lag „wie ein Denkmal im Bett“. Das Bild ging dann, wie beschrieben, in eine *paranoid-halluzinatorische* Psychose über mit *haptischen* (das Mädchen fühlte Würmer an seinem Körper entlangkriechen) und *imperativen akustischen Halluzinationen* (Stimmen erteilten ihr Befehle und schimpften mit ihr). Im Alter von 14 ½ Jahren litt das Mädchen an einer wochenlang andauernden *depressiven Phase*, es war zeitweise völlig apathisch und stumpf, saß nur zu Hause herum und sprach nicht. Diese Phase ging plötzlich in ein *manifomes Bild* über, das Mädchen war laut, frech, albern, enthemmt, lief weg und war aggressiv.

Im Alter von 15 Jahren entwickelte sich ein stuporöses Zustandsbild, ähnlich wie im Alter von 13 ½ Jahren, welches in eine *desorganisierte Psychose* überging. Zwischen- durch immer wieder Erregungszustände, das Mädchen schlug die Mutter, bedrohte sie mit dem Messer, Zerstörungswut, sprang aus dem Fenster, kam nachts nicht nach Hause, sprach oft durcheinander, behauptete, nachts im Wald gefilmt worden zu sein.

Im Alter von 15 ½ Jahren wiederum eine *paranoide Episode* mit *Wahnstimmung, Verfolgungsideen, Beziehungsideen, akustischen Halluzinationen und Vergiftungsideen*. Das Mädchen glaubte, dass Mutter und Schwester sie totschiessen würden, es hörte *Stimmen*, die ihr *Befehle gaben*. Behandlung: Megaphen und Elektroschocks. 3 Monate später entwickelte sich die Symptomatik wiederum in eine etwa 5 Monate andauernde *desorganisierte Episode* (Behandlung mit Neuroleptika und Cardiazolschocks). Das Mädchen war distanzlos, enthemmt, läppisch, lärmte den ganzen Tag herum, lief immer wieder aus der Klinik weg und wurde nur notdürftig bekleidet aufgefunden. Es war sexuell enthemmt, aggressiv, sang laut Schlager. Immer wieder ließ es sich gegen ärztlichen Rat entlassen.

In der Folgezeit kam es zu einer zunehmenden Verwahrlosung mit sozialem Abgleiten. Wegen Verletzung der Unterhaltungspflicht für ihr uneheliches Kind, völliger sexueller Verwahrlosung und wiederholten Beischlafdiebstählen erhielt die Patientin mehrere Haftstrafen im Alter von 19, 20 und 21 Jahren. Aus der Haft heraus wurde die Patientin jedes Mal in ein psychiatrisches Krankenhaus verlegt, teils wegen kataton-stuporöser, teils wegen desorganisierter Episoden. Nach der letzten stationären Behandlung im Alter von 21 Jahren (Dauer des stationären Aufenthaltes: 14 Monate, Behandlung mit Neuroleptika) kam es zu einer erstaunlichen Stabilisierung des Zustandbildes. Mit 22 Jahren ist die Patientin psychisch weitgehend unauffällig, sie wird als „lebhaft, freundlich und zugewandt“ geschildert, sie betreibt mit ihrem Mann eine Gastwirtschaft, sie sei sauber, ordentlich, wirke „etwas aufgemacht“.

Das gleiche Bild bot sich dem Verf. bei der 2. Nachuntersuchung 32 Jahre später: Die nunmehr 54 Jahre alte Patientin erschien als eine wendige, ziemlich schlanke, aktive, sehr gepflegt aussehende Person, die auch sehr gut angezogen ist und teure Kleider anhat. Sie erschien als eine sehr selbstbewusste, aktive und durchsetzungsfähige Frau. Bei der Exploration war die 2 Jahre ältere Schwester zugegen, die an einer rezidivierenden schizoaffektiven Psychose leidet und mit einem Neuroleptikum, einem Antidepressivum und Lithium behandelt wird. Die Patientin selbst hat 3 Söhne, der erste aus einer vorehelichen Schwangerschaft im Alter von 18 Jahren, zu ihm besteht kein Kontakt mehr, er ist inzwischen 36 Jahre alt. Außerdem hat sie noch einen 29-jährigen Sohn, der zwei Kinder hat, und einen nicht verheirateten 22-jährigen Sohn, der noch bei ihr lebt.

Die Patientin hat ein sehr bewegtes Leben geführt, u. a. als Animierdame in mehreren Bars und Gastwirtschaften im In- und Ausland, sehr viele Stellen- und Ortswechsel. Immer wieder hat sie sich von ihrem Mann getrennt und ist weggelaufen, einmal hat sie ein missglücktes Attentat mit der Gaspistole auf ihren Mann verübt. Im Alter von 47 Jahren trennte sie sich von ihrem Mann, zu dem sie eine hörige, sado-masochistische Unterwerfungsbeziehung unterhalten hatte. Im Rahmen der schweren Auseinandersetzungen mit ihrem Mann habe sie insgesamt 3 *Suizidversuche* unternommen, u. a. durch Aufschneiden der Pulsadern.

Die Patientin ist religiös gebunden und bezeichnet sich als gläubige Christin. In sexueller Hinsicht ist sie recht aktiv. Sie hat eine gute Freundin. Als Hobbys gibt sie an: Schwimmen, Politik, Lesen, Blumen, außerdem fährt sie gerne Fahrrad.

Interessant ist, dass sich die Patientin sehr gut an ihre Krankenhausaufenthalte im Kindes- und frühen Jugendalter erinnern kann, an die Elektroschocks und die dazugehörige Situation. Sie habe sich damals aktiv gewehrt, habe sich in die Toilette eingeschlossen und den Griff festgehalten, bis sie überwältigt worden sei, sie sei dann im Bett mit einem Netz überspannt worden, habe dann aber die Sprungfedern herausgelöst und sei unter dem Netz herausgebrochen. Sie war offensichtlich schon damals sehr aktiv und wusste sich zu helfen. Im Grunde handelt es sich um eine sehr ich-starke Frau, die mit vielen schlimmen Dingen einigermaßen gut zurechtgekommen ist. – Insgesamt hat sie eine sehr gute Sozialremission erreicht, was in Anbetracht der frühen Krankheitsgeschichte sehr erstaunlich und eindrucksvoll ist!

Der dritte Patient, der ebenfalls wiederholt in Haft gekommen war, war bereits im Alter von 10 Jahren an einer schleichend einsetzenden, sich immer mehr verstärkenden „psychotisch akzentuierten Wesensänderung“ (Janzarik) erkrankt, die im Alter von 13 Jahren in eine Psychose vom *desorganisierten* Typ (F 20.1) überging. Der prämorbid sehr empfindsame und kontaktschwache Junge erhielt seine erste Jugendstrafe im Alter von 14 Jahren wegen wiederholter Diebstähle (Altmetall, Moped, Kioskeinbruch). Mit 17 Jahren äußerte er Selbstmordabsichten, lief von zu Hause weg, wollte nach Afrika fahren und dort eine Blockhütte bauen. Nach Verbüßung einer weiteren Jugendstrafe wegen Diebstahls machte sich der Patient mit 18 Jahren einer Geldunterschlagung schuldig (2000,- DM), kaufte sich ein Fernrohr und ging damit zur Bahnhofsmisson; dort wurde er festgenommen. Aus der Untersuchungshaft wurde er schließlich aufgrund seines absonderlichen Verhaltens zur psychiatrischen Begutachtung eingewiesen. Später, nach 2 phasenhaft abgrenzbaren schizophrenen paranoid-halluzinatorischen Schüben, hat der Patient 23-jährig einen Brand gelegt mit der Begründung, er wolle damit beweisen, dass er nicht schwachsinnig sei.

Auch dieser Verlauf ist eindrucksvoll und lehrreich, weshalb er kurz dargestellt wird. Eine frappierend ähnliche Krankengeschichte eines 12-jährigen Jungen wurde von Gartner et al. (1997) veröffentlicht.

Der Junge stammt aus geordneten familiären Verhältnissen (Beamtenfamilie, Vaters Beruf: Regierungsamtrat). Eine Tante (Schwester des Vaters) litt an einer „endogenen Psychose“. Der Patient hat einen *Zwillingsbruder (eineiig)*, der später ähnliche Störungen aufwies wie der Patient selbst: starke Beziehungsschwierigkeiten, vier Ehescheidungen, Spielleidenschaft, Suizidversuch und einmal Untersuchungshaft wegen ausbleibender Unterhaltszahlungen.

Der Patient wurde als zweiter Zwilling nach seinem Bruder geboren, und es bestand eine *perinatale Asphyxie*. Prämorbid als *sehr empfindsamer Einzelgänger* beschrieben, setzte bei ihm im Alter von 10 Jahren eine schleichende, sich allmählich verstärkende Wesensveränderung ein: der Junge wurde zunehmend frech und flatterhaft, ließ in seinen Schulleistungen nach, hatte kein Interesse mehr an Dingen, die ihm sonst Spaß bereiteten und litt unter Angstträumen. Im Alter von 13 Jahren kam es zu einer knickhaften Akzentuierung der Wesensauffälligkeiten: Zeitweise hatte der Junge einen „ganz absonderlichen Gesichtsausdruck“ und „starrte, als wolle er einen anspringen“. Manchmal habe er „leicht gesponnen“ (Angaben des Vaters) und später *unverständliches Zeug gesprochen*. Bisweilen nahm er die Verhaltensweisen eines kleinen Kindes an. Über seine

Zukunft nachdenkend, meinte der Junge, er wolle nicht heiraten, wolle frei bleiben, wolle wie Robinson leben. Eines Tages fuhr er unmotiviert weg in entferntere Städte. Hinterher gab er an, einen Schulkameraden besucht zu haben, dessen Adresse er jedoch nicht angeben konnte. Einmal sprang er plötzlich von seinen Schularbeiten auf, setzte sich in den Zug und fuhr in eine benachbarte Universitäts-Stadt, stellte sich nach 2 Tagen der Polizei und gab bei der Rückkehr auf Befragen an, es sei so über ihn gekommen. *Mit 14 Jahren* erneuter Knick: mehrere Einbrüche, Moped- und Altmetall-Diebstähle, ein Kioskeinbruch. Deshalb *Jugendstrafe* und *Fürsorgeerziehung*. *Mit 16 Jahren erneute Jugendstrafe*: damals äußerte er, er könne sich nicht hundertprozentig begeistern, er könne nicht über den Gedanken hinwegkommen, „dass der Mensch nicht richtig in der Gemeinschaft drinsteht“. Er zeigte keinen merkbaren affektiven Tiefgang und äußerte einmal Selbstmordabsichten. Es sei plötzlich völlig ohne Grund über ihn gekommen, von daheim wegzulaufen mit dem Wunsch, nach Afrika zu fahren, wobei er sich vorgestellt habe, sich dort eine Blockhütte zu bauen, um als freier Mann zu leben und keinem gehorchen zu müssen.

Im Alter von 17 Jahren unterschlug er eine Summe von über 2.000 DM, kaufte sich ein Zelt und ein Fernrohr und ging wieder auf Reisen, die er jedoch wieder unterbrach und sich bei der Polizei meldete. Im Alter von 18 Jahren fiel er während des Absitzens einer *erneuten Jugendstrafe* durch Briefe verworrenen Inhalts auf (*„... du Nacht, mir tausend Tage fern und jetzt so nah, du setzt mir jetzt das Tier und wählt der Mensch wie seinesgleichen nur im Modestiche seinen Partner, dass er immer ist und tausendfach sich baut und gibt ...“*). Der Patient berichtete über *Wahnideen* und *Halluzinationen*, sein *Denken* war *zerfahren*, im Affekt zeigte er sich wenig moduliert, er grimassierte gelegentlich und klagte über Kontaktstörungen. Über sich selbst sagte er, dass er im Alter von 10 Jahren flatterhaft wurde. Er führte Tagebuch, in dem u. a. zu lesen war *„... du sprichst mit Macht den Geist in meine Feder und lenkst die Hand zu deutlichen Worten, doch muss ich auch deinen Schlüssel kennen ..., ich muss jetzt schließen, wie du willst ... du kannst mich immer wieder rufen“*. Die Gedankengänge des Patienten waren äußerst verschoben, unsinnig und das *Denken zerfahren*. Nach einer Elektroschock- und Insulinschock-Therapie kam es zur Remission, die 4 Jahre lang anhielt; jedoch zeichnete sich der Patient in seinem Berufsleben durch Unstetigkeit aus. Seine Behandlung kommentierte er damals (Alter: 18 Jahre) mit den Worten:

„Ihre Behandlung, die Schocks und das Insulin sind gut. Sie lassen die Abenteuerlust und das in mir untergehen, aber, dass das andere in mir untergeht gelingt Ihnen nicht, denn das ist der größte Schatz in mir und eher den Tod als diesen Preis“.

Nach 4 Jahren, im Alter von 22 Jahren, war der Patient wiederum auffällig durch Morddrohungen sowie durch eine völlig unmotivierte Brandstiftung. Wegen eines Psychose-Rezidivs Behandlung in einem Psychiatrischen Krankenhaus. Dort wurde er nach einjähriger Behandlung gebessert entlassen.

Bei der *ersten Nachuntersuchung*, 3 Jahre später, bot der inzwischen 26-jährige Patient das Bild einer ausgeprägten schizophrenen Persönlichkeitswandlung. Der Kontakt mit dem leptomorphen, sehr gepflegt aussehenden Patienten war zwar gut herstellbar, jedoch kein emotionales Mitschwingen; im Verlauf des ganzen Gesprächs war der Patient gleichbleibend kühl, sachlich, ohne spürbare affektive Beteiligung mit gleichbleibend starrer Mimik. Über sich selbst sagte er, er sei früher „gemütsempfindend“ gewesen, „das möchte ich so als Plus bezeichnen“. Er habe aber früh er-

kennt, dass „das ein Minus“ sei. Zu keinem Menschen habe er innige Beziehungen, sie seien „verflacht“, „auch durch mein Verschulden“. Auf Fragen gab er an, dass ein etwaiges plötzliches Ableben der Eltern ihn nicht beeindrucken würde, das habe er ihnen auch schon öfters gesagt, *„das berührt mich gar nicht, obwohl eine gewisse geistige Verbundenheit da ist“*. Auf die Frage, ob er auch heute noch Mordgedanken habe, antwortete er bejahend und meinte, er könne auch den Untersucher umbringen, falls dieser ihn als gemeingefährlich ansehen und ihn in eine Anstalt einweisen würde, kriminaltechnische Methoden kenne er genügend. Der Gedankenlauf war sprunghaft, teilweise leicht zerfahren. Der Patient geriet immer wieder ins Stocken, beendete oftmals den Satz anders als er ihn inhaltlich oder formal begonnen hatte. Er zeigte eine ausgesprochene Neigung zum Faseln (*„die Ursachen liegen in der Tiefe und, möchte ich sagen, hat schon als Kleinkind seine Ursache“*). So verstiegen seine Gedankengänge waren, so ambivalent war er in seinen Gefühlsäußerungen und so uneinfühlbar waren seine Erlebnisweisen. So gab er als Lieblingsbeschäftigung an: Beschneiden der Bäume, bevor er einen Ast abschneide, versetze er sich in den Baum hinein. Er suche gern Friedhöfe und Leichenhäuser auf, den Sektionsraum ziehe er einem guten Kinostück vor, er versuche sich in die Leiche hineinzusetzen und stelle sich vor, wie sie verwese, wenn er dann an die Seele im Himmel denke, müsse er lachen. Außerdem besuche er gern Teiche, um Schwäne zu füttern: Zwischen Tieren und Menschen sehe er keinen Unterschied. Weiter berichtete er, dass für ihn das Gespräch wie ein Film ablaufe, er betrachte sich dabei als dritte Person, es komme ihm dabei auch vor, als ob manches bei ihm nicht ganz normal sei. Nach Angstträumen befragt, erzählte er von im Abstand von 2 Jahren auftretenden Zuständen (bislang etwa 3–4-mal), in denen er am ganzen Körper „so eine unheimliche Spannung empfinde“, als ob er „an ein Stromfeld angeschlossen“ sei. Er sei dann „wie erstarrt“ und habe Angst. Das Verhältnis zu den Arbeitskollegen sei gut, jedoch sei er Einzelgänger und misstrauisch. Auf die Frage, was er sich am liebsten wünsche, wünschte er sich: „Heute noch eine Sektion sehen zu dürfen“. Wenn er mit seiner Freundin ausgehe und dabei einen Leichenwagen mit einer Leiche in die Pathologie fahren sehe, gehe er schnell hin, um zu sehen, wie die Leiche hineingeschoben würde. Zukunftspläne habe er nicht, da er sich für Politik interessiere. Wenn ihm alle Möglichkeiten offenstünden, würde er „im Mittelalter oder in der Renaissance“ leben wollen, damals sei es interessanter gewesen, der Mensch sei „reifer“ gewesen, „geistiger“. Heute seien die Menschen „lahm, lasch, wohllebig“. Er habe den Wunsch, „frei zu handeln, frei zu denken und frei beurteilt zu werden ohne Vorurteil“. Seit seiner Entlassung aus dem Psychiatrischen Krankenhaus arbeitete der Patient in einer Eisenfabrik, er wohnte getrennt von seinen Eltern in einem Lehrlingsheim.

Die zweite Nachuntersuchung fand 45 Jahre nach Erkrankungsbeginn in der Wohnung des Verf. statt, der Patient war inzwischen 55 Jahre alt geworden. Seit der ersten Nachuntersuchung, die 28 Jahre zuvor stattgefunden hatte, ist der Patient weder ambulant noch stationär behandelt worden. Er habe viel als Gelegenheitsgärtner gearbeitet, sehr häufig, alle paar Wochen bis Monate die Stelle gewechselt. Im Alter von 32 Jahren reiste er völlig unmotiviert „mit einem Kumpel“ nach Ostberlin, von dort nach München, wo sie 2 Kioske aufgebrochen hatten, weshalb er 8 Wochen in Untersuchungshaft kam. Seither habe er weder eine Straftat begangen, noch sei er psychiatrisch behandelt worden. Wie 28 Jahre zuvor ist sein *Gedankengang verworren*, „versponnen“, er äußert abstruse Ideen. Als ich ihn auf seine Neigung anspreche, gerne Bäume abzuschneiden und sich in diese hineinzusetzen, sagt er, dass er heute

noch gerne Bäume und Sträucher abschneide und sich in sie hineinversetze. – Er hat mir dies bereits vor 28 Jahren erzählt! Unvermittelt stellte er in diesem Zusammenhang fest: „*Sie sind noch net’ mal ein Baum, sie sind als Eiche zu bezeichnen*“ (Frage: Wie meinen Sie das?) Antwort: „*Weil Sie Professor sind*“.

Der Patient bezeichnet die „Gesamtmenschheit“ als „Wald“. Wörtlich fährt er fort: „*Sie als Professor würde ich als tragenden Stamm bezeichnen*“. „*Die anderen sind Jungbäume, mich würde ich als Laub bezeichnen, nein als die Blätter, die Blätter sind natürlich als gefährdet zu betrachten, die fallen beim Sturm oder wenn Läuse kommen, die fressen die Blätter ab, da kriegen die Blätter Krankheiten, und fallen ab, ... psychische Krankheiten, die die Menschen angreifen*“.

An anderer Stelle der Exploration entwickelt der Patient seine „*Lebensphilosophie*“. Er zeichnet einen Kreis, das sei der Kopf, „*das Zentrum*“. Er malt über den Kreis zwei kleine Kreise, das seien die Augen. Dann trennt er den Kreis in zwei Hälften, oben sei das Bewusstsein, unten das „*Unbewusstsein*“. In die untere Hälfte malt er noch die „*Mutterglocke*“, die „*Vaterglocke*“ und unten die „*Es-Glocke*“. Die näheren Ausführungen sind sehr verschoben und verworren.

(Anmerkung: Sie beschäftigen sich mit Philosophie?) Antwort: „*Nein, aber ich höre das gerne an*“. Das Gehirn sei für ihn das „*Maßgebende*“. „*Man muss den Tag bewusst leben*“. „*Das Hundertprozentige, was dir passieren kann, ist, dass du abends tot bist, alles andere ist Zufall; du kannst bei mir als Leiche dekoriert werden, das kost’ vielleicht einen Tausender ...*“. Er lacht. Er beschreibt dann, wie er die Knochen „*in die Kiste reingetan und in das Grab geschüttet habe und dann war das Grab für den nächsten Gast fertig*“. – Der Patient hat eine Zeit lang als Friedhofsgärtner gearbeitet.

Spontan fährt Herr K. fort, er glaube nicht an Gott, „*für mich bestimmt das Sein das Bewusstsein und nicht das Bewusstsein das Sein*“. Er spricht dann in höchst verschrobener Weise über Keime, Pflanzen, Leben, Bäume, Tiere, Kreislauf. Das alles ist sehr verstiegen, er lässt sich aber von diesem Thema und diesen Verstiegenheiten überhaupt nicht abbringen, kommt jetzt wieder auf den „*Glockenstuhl*“ zu sprechen und lässt sich kaum auf ein anderes Thema bringen.

Der Patient berichtet, er habe keine intimen sexuellen Beziehungen zu seiner derzeitigen Freundin oder zu anderen Frauen. Es sei eine platonische Beziehung. Er gehe schon mal in den Puff. Er war auch vor einiger Zeit oder vor einigen Jahren mit einer Prostituierten in einem Hotel zusammen, er verlangte von ihr einen „*Nackttanz*“. Sie habe jedoch keine Musik dabei gehabt, „*da hab’ ich das halt gepfiffen*“. Er stehe auf „*nackten Ärschen*“, er sei ein „*Nacktarsch-Fetischist*“. Herr K. spricht sehr offen und ziemlich distanzlos von seinem Sexualverhalten. Seine Hauptaktivität ist die Onanie. – Auch hierin kommt seine schwere Kontaktstörung zum Ausdruck, die bereits prämorbid sehr ausgeprägt war.

Der Denkablauf des Patienten ist inkohärent bis zerfahren, zahlreiche logische Sprünge, er kann kaum „*den Faden halten*“, der immer wieder abbricht. Dabei bleibt er in der Rille, lässt sich kaum von einem Thema abbringen, das er in sehr verschrobener und verstiegener Weise umständlich und penibel ausführt.

Auf Befragen berichtet er über gelegentliche *Beeinträchtigungs- und Beziehungsideen*, sowie *Gedankendrängen* („*das abzustellen, das geht net*“). Erstaunlich ist sein *Einfühlungsvermögen*, er ist *teilnahmefähig* und *mitfühlend*, was ihn sehr sympathisch macht.

Seit dem 24. Lebensjahr ist der Patient nicht mehr akut psychotisch gewesen. Es besteht eine deutliche postpsychotische Persönlichkeitsveränderung mit *skurrilen, verstiegenen, abstrusen Gedankengängen, inkohärentem bis zerfahrenem Denken, eigentümlichen, absonderlichen Interessen (Leichen, Bäume und Sträucher schneiden)*.

In den letzten 30 Jahren ist das Bild *erstaunlich konstant* geblieben. Insgesamt noch befriedigende Sozialremission, aber deutliches Residuum i.S. eines schizophrenen Sonderlings mit abstrusen, uneinfühlbaren, verstiegenen Gedankengängen.

In Bezug auf die Art der Delikte standen bei den 7 Patienten *Eigentumsdelikte* im Vordergrund, die bei den 3 ausführlich besprochenen Patienten so schwer waren, dass Arreststrafen die Folge waren. Nur einer der 7 Patienten hatte keine Diebstähle, sondern *Verkehrs- und militärische Delikte* begangen. *Brandstiftung* kam 1mal vor. *Sittlichkeitsdelikte* und *aggressive Handlungen*, die zu Straffälligkeit führten, kamen überhaupt nicht vor. *Vorstrafen* oder strafbare Handlungen vor Ausbruch der Erkrankung waren bei keinem der besprochenen 7 Patienten bekannt. Alle Straftaten standen in Zusammenhang mit der schizophrenen Psychose.

Die Straftaten wurden zweimal nur zu Beginn und bei den übrigen 5 Patienten erstmalig 3, 4, 6 und 11 Jahre nach Psychosebeginn begangen. Die 7 Patienten waren zu diesem Zeitpunkt jeweils 9, 13, 14, 15, 16, 19 und 21 Jahre alt. 3 Patienten begingen die Straftaten unmittelbar vor Ausbruch eines psychotischen Schubes. Die übrigen 4 Patienten begingen sie in intervallären Phasen ihrer Erkrankung mit meist nur relativ geringfügiger psychotischer Aktivität; lediglich bei 2 von ihnen kamen kriminelle Handlungen zusätzlich auch im Rahmen akut-psychotischer Schübe vor.

6 der 7 kindlichen Schizophrenien, in deren Verlauf es zu strafbaren Handlungen kam, waren *paranoid-halluzinatorischer Natur*, eine hatte rein katatonen Charakter. Zwei Verläufe waren schleichend-progredient, die übrigen akut-rezidivierend. Nur einer der 7 Patienten ist bislang voll remittiert (Nachbeobachtungszeit: 21 Jahre); einer hat eine befriedigende Sozialremission erreicht, alle übrigen Patienten sind sehr schlecht remittiert und sind größtenteils dauerinstitutionalisiert (3 Patienten). Eine Patientin hat Selbstmord begangen. Auch bei erwachsenen Straftätern, welche an einer schizophrenen Psychose leiden, werden paranoid-halluzinatorische Formen am häufigsten beschrieben (u.a. Haller et al. 2001). Das ist aber auch nicht verwunderlich, da dieser Subtyp der häufigste und dominierende unter den verschiedenen Unterformen ist.

Vier der sieben Patienten waren *prämorbid* auffällig: scheue Einzelgänger, schüchtern und empfindsam; eine Patientin war zusätzlich unzufrieden, rasch beleidigt und zänkisch; ein Patient war schwer lenkbar, wild und zeigte nur mäßige Schulleistungen. Die 3 übrigen Patienten waren prämorbid völlig unauffällig.

Nur 2 Patienten lebten in einer geordneten *Familienatmosphäre*! Die Ehe der Eltern von 2 Patienten war geschieden, bei einem von ihnen war Fürsorgeerziehung notwendig, da die Mutter nicht zu einer ordnungsgemäßen Erziehung des Jungen in der Lage war. In einer Familie war die mütterliche Linie hochgradig mit schizophrenen Prozess-Psychosen belastet, die alle im Suizid endeten; die Mutter der Patientin hatte in einem psychotischen Verwirrheitszustand versucht, die Patientin zu erwürgen und sich selbst später stranguliert. Die Eltern eines weiteren Patienten waren Vetter und Cousine und lebten in primitiven Verhältnissen. Der letzte Patient schließlich war in asozialen Verhältnissen aufgewachsen (Vater und Mutter bereits jeder in erster

Ehe geschieden, wollten sich erneut scheiden lassen, Vater Trinker, Straßenmusikant auf der Reeperbahn; Mutter wiederholt in stationärer psychiatrischer Behandlung wegen „psychopathischer Verhaltensweisen“).

Es erhebt sich die Frage nach der *Motivation* bzw. nach dem Zusammenhang zwischen Tatmotiv und Psychose. Bei den beiden Patienten, die zu Beginn ihrer Psychose kleinere Diebstähle begingen, sind die Delikte als Folge einer sich deutlichmachenden Wesensänderung aufzufassen, die sich auch in anderen Symptomen wie depressiven Verstimmungen, aggressiven Verhaltensweisen, Appetit- und Schlafstörungen, Angstzuständen, Schulschwänzen, Lebensüberdruß, sexueller Enthemmung und zunehmender Isolierung äußerte. Imperative akustische Halluzinationen und Wahnideen spielten bei diesen beiden Patienten noch keine Rolle. Beide befanden sich aber bereits in einer tiefgreifenden Beziehungsstörung zur Mit- und Umwelt. Diese *autistische Abkapselung* in eine eigene, andersartige Welt mit pathologischen Vorstellungen und Maßstäben, die von den Normen und Wertungen gesunder Menschen abweichen, dürfte in der Hauptsache für die Eigentumsdelikte in dieser Phase der Erkrankung verantwortlich sein.

Eine *Nivellierung ethischer Wertungen* und Strebungen ebenso wie der affektiv-emotionalen Ansprechbarkeit des Gewissens und Gemüts war bei 4 Patienten nachweisbar, die bereits deutliche und teilweise schwere postpsychotische Persönlichkeitsveränderungen und Defizienzzzeichen aufwiesen. Hier dürften somit zumindest 2 Komponenten bei dem Zustandekommen von Straftaten mit eine Rolle spielen: Rückzug aus der natürlichen Verbundenheit mit der Umwelt in eine autistische Eigenwelt und psychosebedingte *Strukturverformung der Persönlichkeit*, die insbesondere den ethischen und emotional-affektiven Bereich erfasst.

Aber auch das *Denken* wird bei manchen Patienten durch die Psychose umstrukturiert; es wirkt daher nicht im Sinne einer intellektuellen Sozialanpassung korrigierend auf das Verhalten, das dadurch dem Außenstehenden seltsam, uneinfühlbar, verschroben und abstrus erscheint. Die uneinfühlbare Motivierung der Straftaten Schizophrener zeigte sich beispielsweise bei dem dritten zuvor beschriebenen Patienten in der merkwürdigen Begründung, die er für die von ihm durchgeführte Brandstiftung gab, er wolle dadurch beweisen, dass er „nicht schwachsinnig“ sei.

Bei 2 Patienten dürften *imperative Halluzinationen* und *paranoide Wahnideen* die kriminellen Handlungen ausgelöst haben, die in Zeiten stärkerer psychotischer Aktivität erfolgten. Bei dem einzigen Patienten, der keine Eigentumsvergehen, sondern Verkehrs- und militärische Delikte begangen hat, äußerte sich die autistische Wesensänderung in einer Unfähigkeit, zwischenmenschliche Regeln und staatsbürgerliche Pflichten einzuhalten, worin die Ursache für die geschilderten Vergehen zu sehen ist.

In der Literatur der fünfziger bis siebziger Jahre herrschte die Ansicht vor, dass die Kriminalitätsrate schizophrener Patienten nicht über derjenigen der Allgemeinbevölkerung liege. Seit den 90er Jahren wurde v.a. der Frage nachgegangen, ob bei schizophrenen Erwachsenen eine erhöhte Neigung zu Gewalttaten bestehe. Inzwischen herrscht die Meinung vor, dass schizophrene Patienten ein höheres allgemeines Risiko für aggressive Gewaltdelikte aufweisen, dass hierfür aber nur eine kleine Subgruppe verantwortlich zu machen sei (Böker u. Häfner 1973).

Prospektive Verlaufsuntersuchungen an bestimmten Geburtskohorten kamen zu dem Ergebnis, dass schizophrene Erwachsene eine höhere Neigung zu Gewalttätigkeiten

haben (Arseneault et al. 2000, Brennan et al. 2000). Gewaltdelikte waren bei den von uns untersuchten im Kindesalter erkrankten Patienten nicht zu beobachten, lediglich Sachbeschädigungen im Zustand akut-wahnhafter Verwirrtheit und unter dem Einfluss imperativer akustischer Halluzinationen. Das relative Risiko, eine strafrechtlich relevante und zu juristischen Konsequenzen führende Straftat zu begehen, ist bei Schizophrenen gegenüber der Allgemeinbevölkerung leicht, um den Faktor 1,55, erhöht (Haller et al. 2001).

In Bezug auf ein mögliches Risiko für Gewalttaten ist zu bedenken, dass der Anteil gewaltbereiter Schizophrener im Verhältnis zur Durchschnittsbevölkerung relativ gering ist – etwa vergleichbar bei männlichen Jugendlichen und Heranwachsenden mit niedrigem Bildungsstand und aus niedrigen sozio-ökonomischen Verhältnissen stammend (Angermeyer u. Schulze 1998). Walsh et al. (2002) verweisen darauf, dass 99,97% aller Schizophrener innerhalb eines Jahres keine ernsthaften Gewalttaten begehen, und die Wahrscheinlichkeit einer Tötungshandlung durch einen schizophrenen Patienten sehr gering sei (das jährliche Risiko liege bei 1:3000 für Männer und 1:33000 für Frauen). Die Autoren plädieren daher für eine ausgewogene Beurteilung dieser Problematik, auch um unnötige Stigmatisierungen zu vermeiden. Allerdings erhöht sich das Risiko für Gewalttaten, wenn eine komorbide Alkohol- oder Drogenabhängigkeit besteht (Fazel et al. 2009, Haller et al. 2001, Wallace et al. 2004).