

Zur Rolle genetischer Belastung bei der Entstehung reaktiv-psychotischer Zustandsbilder, die zu schweren Gewaltdelikten führen

**Studie anhand eines Falles von „Mordbrand“, Doppel- und erweitertem
Selbstmord**

B. Mitterauer¹ und G. Sorgo²

¹ Psychiatrische Abteilung der Landesnervenklinik, A-5020 Salzburg, Österreich

² Institut für Gerichtliche Medizin der Universität, Ignaz-Harrer-Str. 79, A-5020 Salzburg,
Österreich

The Role of Genetic Disposition in the Formation of Reactive-Psychotic States Leading to Extreme Violence A Study of a Case of Arson with Ensuing Double Murder and Extended Suicide

Summary. Using the casuistic presentation of a case of arson with ensuing double murder and extended suicide by jumping over a rock face, we discuss to what extent genetic disposition is important for the formation of reactive-psychotic states that lead to crimes of extreme violence. From the results of protracted research on the previous history of the perpetrator and of his relatives, a multifactorial disposition toward affective psychoses, alcoholism, epilepsy, and suicide was discovered. On the other hand, in the long-term longitudinal observation of the perpetrator, manic depressiveness was diagnosed, which was characterized by a rapid bi-polar phase shift. This supports the opinion of the authors—partially contradictory to the literature—that such affective outbursts, which have apparently arisen purely reactively, but which lead to murder and suicide, in most cases arise on an endogenic basis. In such cases one should not speak of an exclusively reactive depression (mania) before the possibility of an endogenic component has been excluded. The latter, however, can only be detected through precise long-term longitudinal diagnosis and data on the family's psychiatric history. Otherwise, an endo-reactive depression (mania) must be diagnosed. This implies in these cases at least an “irresistible impulse” (Dispositionsunfähigkeit) of the perpetrator.

Key words: Crimes of extreme violence, genetic disposition – Suicide – Double suicide

Sonderdruckanfragen an: Dr. G. Sorgo (Adresse siehe oben)

Zusammenfassung. Es wird anhand der kasuistischen Falldarstellung eines „Mordbrandes“ mit folgendem Doppel- und erweiterten Selbstmord durch Sturz über eine Felswand diskutiert, inwieweit genetische Belastung bei der Entstehung reaktiv-psychotischer Zustandsbilder, die zu schweren Gewaltdelikten führen, eine Rolle spielt. Aufgrund der Ergebnisse ausgedehnter Nachforschungen über das Vorleben des Täters sowie die weitere Verwandtschaft ließ sich einerseits eine multifaktorielle Belastung hinsichtlich affektiver Psychosen, Alkoholismus, Epilepsie und Selbstmord eruieren, andererseits in der Langzeitverlaufsbeobachtung des Täters ein manisch-depressives Krankheitsgeschehen diagnostizieren, das durch raschen bipolaren Phasenwechsel charakterisiert war. Dies unterstützt die der Literatur z. T. widersprechende Meinung der Autoren, daß derartige affektive Ausbrüche, die scheinbar ausschließlich reaktiv entstanden sind und zu Mord und Selbstmord führen, in den meisten Fällen auf endogener Grundlage erfolgen. In solchen Fällen sollte erst nach Ausschluß einer endogenen Komponente, die jedoch nur durch exakte Langzeitverlaufsdiagnostik und familienanamnestische Daten gesichert werden kann, von einer ausschließlich reaktiven Depression (Manie) gesprochen werden. Ansonsten ist eine *endo-reaktive* Depression (Manie) zu diagnostizieren. Dies impliziert in jedem Falle zumindest die Dispositionsfähigkeit des Täters.

Schlüsselwörter: Gewaltdelikte, genetische Belastung – Selbstmord – Doppel-selbstmord

Einleitung

Von gerichtsmedizinischer Seite wird immer wieder über ungewöhnliche Einzelfälle von Selbstmorden berichtet, oder es werden statistische Zusammenstellungen veröffentlicht, wie in den letzten Jahren u. a. von Scheel (1976), Pollak (1978) und Rittner (1980). Letzterer wies darauf hin, daß die Monotonie der beobachteten und beschriebenen Selbstmorde nur durch auffällige und ungewöhnliche Begehungsarten durchbrochen wird.

Unter allen diesen Fällen nehmen die Doppel- und erweiterten Selbstmorde eine besondere Stellung ein, da sie über die gegen die eigene Person gerichtete Gewalt hinausgehen. Von besonderem Interesse sind Doppel- oder erweiterte Selbstmorde dann, wenn es sich um insuffiziente Selbstmordversuche handelte, bei dem Täter und Opfer überlebten, oder erweiterte Selbstmordversuche, bei dem der Täter überlebte, das Opfer jedoch tot war. Abgesehen von den sich ergebenden strafrechtlichen Konsequenzen kann zumindest ein Beteiligter psychiatrisch untersucht werden.

Der von uns mitgeteilte Fall scheint sowohl hinsichtlich der Komplexität und der Begehungsform des Doppel- und erweiterten Selbstmordes mit vorangegangenem „Mordbrand“ als auch hinsichtlich der Familiengeschichte, die durch ausgedehnte Nachforschungen und psychiatrische Untersuchungen der Familienmitglieder erhoben werden konnte, von besonderem Interesse sein.

Dies deshalb, da die Ergebnisse der Untersuchung die Meinung der Autoren unterstützen, daß wesentlich häufiger endogen depressive Verstimmungen Grund-

lage für den Ausbruch einer gegen sich und andere gerichteten Gewalt sind, als bisher angenommen, wie dies auch Bohaček und Lukinič (1963) und Goldney (1977) formuliert haben. In den von Spangenberg (1932), Popella (1964), Rasch (1966) und Mende (1967) veröffentlichten Fällen stellt die endogen-depressive Verstimmung oder Zykllothymie eine Seltenheit dar.

Nach der Selbstmordstatistik liegt Salzburg in Österreich — sowie Österreich in Europa — im Spitzensfeld. Es kann daher ein ungewöhnlich umfangreiches, sowohl gerichtsmedizinisch als auch psychiatrisch bearbeitetes Material überblickt werden (Laubichler 1980; Mitterauer 1981).

Kriminalistische und gerichtsmedizinische Kasuistik

Am 22. 8. 1977 gegen 11 Uhr wurde in einem Ort nahe Salzburg der Brand eines Dachstuhles gemeldet. Nach Löschen des Brandes wurde im Dachboden eine bereits teilweise verkohlte weibliche Leiche entdeckt, die als Hauseigentümerin Theresia R. identifiziert werden konnte. Die Obduktion erfolgte am selben Tag.

Aufgrund der Befunde stand fest, daß Theresia R. nach Gewalteinwirkung gegen den Schädel und Brustkorb durch Hitzeinwirkung umkam.

Drei Tage später wurde oberhalb der sog. Ostabstürze eines österreichisch-bayerischen Grenzberges auf österreichischem Staatsgebiet ein Rucksack und Überreste einer Jause gefunden. Da dies zur Vermutung Anlaß gab, daß eine oder mehrere Personen über die Ostwand abgestürzt seien, wurde von der Gendarmerie eine Hubschraubersuchaktion durchgeführt. Circa 500 m unter der Fundstelle des Rucksackes wurden auf deutschem Staatsgebiet vier verstümmelte menschliche Leichen sowie der Kadaver eines Schäferhundes entdeckt. Drei der Leichen wurden noch am selben Tag, die letzte mittels Aufseilen zum Gipfel am folgenden Tag durch einen Hubschrauber der Bundeswehr geborgen. Die Obduktion der Leichen, die als Karl R., seine Frau Gudrun R. und die beiden Kinder Michael R. und Manuela R. identifiziert wurden, erfolgte am 26. 8. 1977 im Institut für Gerichtliche Medizin in Salzburg.

Obduktionsergebnisse

1. Theresia R. (Prot.-Nr.: 1379/77). Äußerlich: Weibliche Leiche in typischer Fechterstellung. Die Körperoberfläche durch Hitzeinwirkung bis zur Verkohlung verändert.

Innerlich: Geringe allgemeine Arteriosklerose, chronisches Lungenemphysem. In den Bronchien reichlich rußdurchmischt Schleim. Das Schädelkalkskelett zeigte links ein Berstungssystem, im Schädelinneren fanden sich eine subarachnoidale Blutung und ausgedehnte Kontusionsherde fronto- und temporo-basal. Rippenserienbrüche rechts.

Chemischer Befund: 31% COHb.

2. Karl R., 27 a. (Prot.-Nr.: 1417a/77). Äußerlich: Die Schädelhaut aufgerissen, der Gehirn- und Gesichtsschädel vollständig zertrümmert, das Gehirn größtenteils fehlend. Im Rumpfbereich in unterschiedliche Richtungen verlaufende Schürfzonen. Die Haut von der linken Leistenregion bis zum Damm aufgerissen, die Muskulatur zerfetzt, Teile der Beckenknochen freigelegt. Beide Ober- und Unterarmknochen mehrfach gebrochen. An der rechten Handwurzel eine mittels Hanfstrick angebundene Hand mit Teilen des Unterarmes einer weiblichen Person. Brüche des rechten Ober- und beider Unterschenkel mit Verrenkung des linken Kniegelenkes und Zertrümmerung des Oberschenkelknochens.

Innerlich: Rippenserienbrüche, Aufsprengung der Wirbelsäule, Beckenzertrümmerung und Zerreißung der Lunge, Zertrümmerung der Leber und Milz, Abriß beider Harnleiter.

Chemischer Befund: Keine flüchtigen Narkotika oder synthetischen Arzneimittel. BAK: 1,55%.

3. Gudrun R., 24 a. (Prot.-Nr.: 1417b/77). Äußerlich: Die Schädelhaut aufgerissen, der Gesichts- und Gehirnschädel vollständig zertrümmert, das Gehirn fehlend, ebenso die Aug-

äpfel, nur Reste der Augenmuskulatur erhalten. Breitflächige Schürfzonen im Rumpfbereich. Verrenkung des rechten Ellbogengelenkes und Bruch beider Unterarmknochen. Der linke Unterarm fehlend. Das linke Schultergelenk verrenkt. Die Haut und Muskulatur des rechten Oberschenkels zerfetzt, der Knochen wie beide Schien- und Wadenbeine gebrochen. Beide Sprunggelenke verrenkt.

Innerlich: Zerreißung der Lunge mit Rippenserienbrüchen, Abriß der Aorta, Zertrümmerung der Leber, Milz, der linken Nebenniere und Niere. Trümmerbrüche des 6., 7. und 12. Brustwirbelkörpers. Zertrümmerung der linken Darmbeinschaufel.

Chemischer Befund: Keine flüchtigen Narkotika oder synthetischen Arzneimittel. BAK: 1,95%.

4. Michael R., 7 a. (Prot.-Nr.: 1417c/77). Äußerlich: 111 cm große Knabenleiche. Im Schädelbereich mehrere Rißquetschwunden. Oberkiefer und Nasenbein gebrochen. Ausbruch mehrerer Zähne. Trümmerbruch des linken Schien- und Wadenbeines, daneben nur geringfügige Hautabschürfungen an den Gliedmaßen.

Innerlich: Zertrümmerung des Schädeldaches mit querlaufendem Scharnierbruch der Schädelbasis. Zerreißung der Hirnhäute, Zertrümmerung des Gehirnes. Brust- und Bauchorgane zeigen nur geringe Unterblutungen. Bruch des linken Schlüsselbeines.

Chemischer Befund: Keine flüchtigen Narkotika. Im Mageninhalt (200 g) wurde Metaqualon (20 mg) und Diphenhydramin nachgewiesen. BAK: 0,24%.

5. Manuela R., 3 a. (Prot.-Nr.: 1417d/77). Äußerlich: 86 cm große Mädchenleiche. Im Stirnbereich eine klaffende Rißquetschwunde. Unterkieferbruch. Die Bauchdecke geschrägt. Brüche beider Oberschenkelknochen mit einer Rißquetschwunde in der rechten Kniekehle und Zerreißung der Muskulatur und Sehnen.

Innerlich: Zertrümmerung des Schädelnskelettes und Gehirnes mit Zerreißung der Hirnhäute. Klaffende Aufsprengung der Wirbelsäule zwischen 6. und 7. Halswirbel mit Abriß des Rückenmarkes. Geringe Unterblutungen im Mediastinum.

Chemischer Befund: Keine flüchtigen Narkotika. Im Mageninhalt (126 g) wurde Metaqualon (30 mg) und Diphenhydramin nachgewiesen. BAK: 0,43%.

Rekonstruktion des Sachverhaltes

Um Wiederholungen zu vermeiden, wird auf eine ausführliche Schilderung der Vorgeschichte zur Motiverläuterung verzichtet, da diese bei der Personendarstellung des Täters ausführlich besprochen wird. Es konnte in Erfahrung gebracht werden, daß Theresia R. am Morgen des 22. 8. 1977 ihr Haus — wie kriminaltechnische Untersuchungen ergaben — unversperrt verließ. Der Pkw Karl R.s wurde am selben Tag sowohl auf der Fahrt in Richtung des Wohnortes der Theresia R. als auch einige Zeit geparkt in Nähe ihres Wohnhauses beobachtet. Sichergestellte Profilabdrücke der Reifen stimmten mit dem Reifenprofil des an der Bergbahn abgestellten Pkw überein.

Karl R., der in den Tagen nach der Tötung und Brandlegung auf seine Umgebung einen unauffälligen Eindruck machte, besorgte am folgenden Tag in einer Apotheke eine Flasche Äther und in einem Großmarkt alkoholische Getränke. Er telefonierte mit seinem Onkel Karl St., dem Lebensgefährten der Getöteten, im Krankenhaus und bot diesem seine Wohnung für die Zeit nach der Entlassung an. Seiner Halbschwester erklärte er, ihr in nächster Zeit keinen Besuch abzutatten zu können.

Um 13 Uhr desselben Tages fuhr Karl R. mit seiner Frau, den beiden Kindern und dem Hund mit der Seibahn auf den nahegelegenen Berg. Die nur für eine Bergfahrt gelösten Karten fielen dem Wagenführer auf. Eine diesbezügliche Frage

tat Karl R. mit der Bemerkung ab, daß er befürchte, die Retourkarten bei der Wanderung zu verlieren.

Dieser Sachverhalt führte zur Folgerung, daß Karl R. bei der Durchsuchung des Hauses von Theresia R. überrascht wurde, sie mit einem am Dachboden herumliegenden Holzprügel niederschlug und das Dachgeschoß in Brand steckte.

Am Hochplateau des Berges verabreichte Karl R. im Verlaufe einer Jause mit Alkoholkonsum seinen Kindern Alkohol, zusammen mit einem gebräuchlichen Schlafmittel (z.B. Metodril, Mandrax), und warf sie entweder allein oder unter Mithilfe seiner Frau nach Einbruch der Dunkelheit zusammen mit dem mit Äther betäubten Schäferhund über den Wandabbruch. Anschließend sprang er, an den Handgelenken mit seiner Frau zusammengebunden, mit dieser gemeinsam in die Tiefe.

Besprechung

Bei dem vorgestellten Fall handelt es sich also um einen „Mordbrand“ mit in zeitlichem Abstand durchgeführten Doppel- bzw. und erweitertem Selbstmord:

Girod (1977) unterschied bei zusammen vorkommendem Mord und Brand:

(1) Ob der Mord dem Brand vorausging — hierbei handelt es sich in der Regel um Fälle von Opferbeseitigung —, (2) ob Mord und Brand gleichzeitig stattfanden und (3) ob der Brand dem Mord voranging, wobei in diesen Fällen häufig Rache als Motiv in Betracht zu ziehen ist.

Im Falle Theresia R. wurde primär angenommen, daß der Brand gelegt wurde, um das vermutlich getötete Opfer und die Spuren zu beseitigen, wie in dem von Rytel und Piotrowski (1933) mitgeteilten Fall. Aus kriminalistischen Erwägungen können jedoch auch die Möglichkeiten nicht ausgeschlossen werden, daß Karl R. den Brand bereits gelegt hatte, als Theresia R. heimkam, oder er noch sein Anliegen vorbrachte und nach dessen Ablehnung seine Tante niederschlug und den Brand legte, möglicherweise in der Absicht, das handlungsunfähige Opfer zu töten. Nagae (1975) und Funaki (1965) berichteten über einen ähnlich gelagerten Fall, bei dem der Sohn seinem Vater im Verlauf eines Streites in den Leib getreten hatte, anschließend das Haus in Brand steckte und seinen Vater verbrennen ließ.

Lester (1971) und Franke et al. (1977) beschäftigen sich mit ihren Studien neuerlich mit dem möglichen Zusammenhang zwischen Mord und Selbstmord. Franke stellte eine positive Korrelation zwischen Mord und Selbstmordhandlungen für die weiße Bevölkerung der untersuchten Population fest. In einer Mord-Selbstmord-Analyse stellte Wolfgang (1958) fest, daß die Morde häufig mit besonderer Gewalt und Roheit begangen wurden und wesentlich häufiger Männer nach einem Mord Selbstmord begehen als Frauen. Er erwägt, ob nicht ein narzistisches Streben nach Selbstbestrafung als Motiv für die folgende Selbsttötung anzunehmen ist.

Die Einbeziehung nahestehender Personen in die Handlung eines erweiterten Selbstmordes wurde besonders von Lange (1964) auf altruistische oder pseudo-altruistische Motive zurückgeführt, was jedoch nicht unwidersprochen blieb (Schipkowensky 1963; Popella 1964). Bei der Tötung von Familienmitgliedern fällt nach Rasch (1966) auf, daß Männer häufig ihre Frauen, Frauen hingegen häufiger

ihre Kinder mit in den Tod nehmen. Diese Form der erweiterten Selbstmorde wurde nach Muralt (1906), Strassmann (1908, 1916) und Wetzel (1920) als Familienmord bezeichnet. In den meisten veröffentlichten Fällen handelte es sich um sog. Mitnahmeselbstmorde, bei denen die Opfer unfreiwillig einbezogen worden waren. Doppelselbstmorde setzen das Verständnis des Partners voraus (Lange und Ficker 1976).

Kann ein Mitgehen in den Tod (Schipkowensky 1963) aus normal psychologischer oder reaktiv-depressiver Verstimmung heraus erkläbar sein, ist das Einverständnis in eine Erweiterungshandlung unter Einbeziehung der Kinder schwer verständlich. Wie später im einzelnen dargelegt werden wird, konnte für Gudrun R. eine familiäre Belastung bezüglich einer endogenen Komponente festgestellt werden, wodurch die Einwilligung zur Tat oder möglicherweise die Initiative dazu erklärt werden kann.

Der Sturz aus der Höhe wird zu den sog. harten Suicidmethoden gerechnet, die nach Scheel (1976) im Jahre 1959 in 4,4% und 1973 in 5,5% aller Selbstmordfälle beobachtet wurde. Bielicky (1976) beschrieb von 134 Fällen der Jahre 1960–1975 113 Selbstmordfälle durch Sturz aus der Höhe. Pollak und Missliwetz (1979) fanden bei einer Untersuchung von Selbsttötungen in Wiener Krankenhäusern einen Sturz aus der Höhe in 44,1% der Fälle. Dieser ungewöhnlich hohe Anteil kann jedoch aus der besonderen Situation stationär aufgenommener Patienten erklärt werden.

Die bei der Obduktion vorgefundenen Verletzungen der Leichen entsprechen den Verletzungsmustern, die Bielicky (1976) und Smerling (1977) beschrieben haben. Wie bereits Fritz (1937) beschrieb, kommt es bei einem Absturz über eine Felswand zu mehrfachem Aufschlagen an Wandvorsprüngen, wodurch die vielfältigeren Verletzungen, gegenüber dem einfachen Sturz, erkläbar sind. Typisch für Absturzverletzungen ist die Enthirnung sowie der Abriß großer Gefäße, wie Schweitzer (1966) dargetan hat. Die erstaunlich geringfügigen Verletzungen der Kinder im Rumpf-, besonders Abdominalbereich decken sich mit den Beobachtungen von Tischer (1964), Smith et al. (1975) und Vock (1980).

Die Geschehnisse im Sinne Hoches als „Bilanzselbstmord“ mit Erweiterung zu deuten, würde eine zu oberflächliche, nur scheinbar einleuchtende Darstellung erlauben, die an den grundlegenden Ursachen vorübergeht. Stengel (1961) führt aus: „Es ist erstaunlich, daß die Frage, was mit der Bilanz geschieht, wenn der Selbstmord mißglückt, niemals aufgeworfen wurde...“ und weiter: „die Tatsache, daß dieser Begriff nur in bezug auf „geglückte“ Selbstmorde benutzt wird, d. h. wenn die Bilanz abgeschlossen ist, spricht dafür, daß er nicht so sehr einem Bedürfnis des Selbstmörders als dem des Untersuchers entspricht.“

Um eine bessere Deutung der Geschehnisse, ein umfassenderes Verständnis der zugrundeliegenden Motive zu erlangen, wurden in mehrjährigen Nachforschungen die erreichbaren Familienmitglieder befragt und untersucht.

Informationsquellen

Wenngleich der Tod aller Beteiligten eine Befragung derselben ausschließt, können wir aufgrund folgender ausgezeichneter Informationsquellen die psychopathologischen Hintergründe des Täters weitgehend beleuchten:

1. Es stand uns in zahlreichen Interviews die Halbschwester des Täters, mit der er einen engen Kontakt pflegte, zur Verfügung.

2. Der Nervenarzt und der Hausarzt, die den seit der Jugend psychisch auffälligen Täter betreut haben, konnten Verlaufsdiagnose und lebensgeschichtliche Details liefern.

3. Einsicht in die Krankengeschichten des Täters sowie naher Verwandter.

4. Gespräche mit den behandelnden Ärzten, die zu Konsensdiagnosen führten.

5. Persönliche Untersuchung zahlreicher Verwandter.

Unseres Erachtens ist die Validität der Daten dadurch in ungewöhnlich hohem Maße gegeben. Nicht zuletzt verdanken wir zahlreiche wertvolle mündliche Informationen den erhebenden Kriminalbeamten.

Lebensgeschichte und Persönlichkeitsdarstellung des Täters

Karl R. wurde als eineiiger Zwilling (Bruder Heinrich) 1950 geboren. Zur Zeit seiner Geburt waren seine Eltern noch nicht verheiratet, lebten aber in einem gemeinsamen Haushalt. Zunächst normale körperliche und geistige Entwicklung. Jedoch schon in den ersten Kindheitsjahren entwickelte sich ein Rivalitätskampf der Zwillingsbrüder mit dem um 3 Jahre älteren Halbbruder, den der Vater aus einer geschiedenen Ehe mitgebracht hatte. Mit der um einige Jahre älteren Halbschwester mütterlicherseits verstand sich Karl immer gut. Im Alter von 8 Jahren erlitt er bei einem Sturz eine Gehirnerschütterung. Seither mußte er immer wieder gegen Kopfschmerzen Medikamente einnehmen. Als 14jähriger stand Karl wegen Nephrolithiasis in Spitalsbehandlung. Während der Volksschulzeit — als durchschnittlicher Schüler — hat Karl sehr darunter gelitten, daß seine Eltern nicht verheiratet waren. Er war bereits 10 Jahre alt, als die Beziehung der Eltern legalisiert wurde. Die Mutter war stets geduldig und gutherzig, der Vater hingegen eher streng und sekkant. Wegen „Störungen im Temperamentsbereich“ im Sinne von Jähzorn und Trotz wurde seit dem 9. Lebensjahr immer wieder ein Nervenarzt zu Rate gezogen. In der Folgezeit war er wegen Kopfschmerzen und Schwindelanfällen auch bei seinem Hausarzt in Dauerbetreuung. Mit 17 Jahren mußte Karl wegen einer Meningoencephalitis stationär behandelt werden. Das EEG zeigte seither mäßige Allgemeinveränderungen, jedoch keinen Herdbefund. Er schloß termingerecht die Lehre als Fliesenleger erfolgreich ab. Schon zu dieser Zeit schwiebte ihm eine eigene große Firma vor. Im Alter von 20 Jahren erhängte sich sein Zwillingsbruder Heinrich während der Untersuchungshaft. Karl war darüber angeblich mehr entsetzt als erschüttert: „Wie kann man sich nur das Leben nehmen, so etwas täte ich niemals.“ Als freiwilliger Rettungsmann war er in diesen Jahren sehr aktiv, fiel jedoch schon damals seiner Umgebung dadurch auf, daß seine Stimmung von liebenswerter Hilfsbereitschaft oder gar verzweifelter Aufdringlichkeit fast anfallsartig in Zornausbrüche umschlug. Im 22. Lebensjahr heiratete Karl seine damals 19jährige Frau Gudrun, die ihm bereits einen Sohn geboren hatte. Die Heirat soll jedoch gegen den Willen der Eltern der Frau und auf starkes Drängen von Karl zustande gekommen sein. Beide Partner glichen sich darin, daß sie „hoch hinaus“ wollten. Zunächst versuchte sich Karl zwar „nur“ als Justizwachbeamter, weil es ihm Spaß machte, wenn er Leute wie Gefangene unter

sich hatte, die aufs Wort parieren müssen. Er scheiterte aber bereits in der Ausbildungsschule und kehrte nach einem Beinbruch nicht mehr in den Dienst zurück, um der Schande des Versagens aus dem Wege zu gehen. Während Karl seinen kleinen Sohn und die inzwischen geborene Tochter ohne Spielzeug und auf Matratzenlagern vegetieren ließ, vergötterte er seine perfekt dressierte Schäferhündin. Mit dem Hund machte er ausgedehnte Bergwanderungen und betätigte sich auch als Bergrettungsmann. Die Beziehung zu seiner Frau schwankte ebenfalls zwischen Extremen. In Gesellschaft überhäuften sich die Eheleute gegenseitig mit Kosenamen, suchten hingegen den Hausarzt nach schweren tätlichen Auseinandersetzungen getrennt auf. Immer, wenn Karl seine Frau wegen kleinster Versäumnisse schlug, wollte sie sich scheiden lassen, worauf er ihr drohte, sie vom Balkon der Hochhauswohnung in die Tiefe zu werfen. Selbstmordabsichten sollen aber nie ausgesprochen worden sein. Da die Frau dem Manne höchstwahrscheinlich hörig war, ist eine Trennung nie ernstlich erwogen worden. Obwohl ihm die Angehörigen abgeraten hatten, gründete er eine eigene Firma („Fliesencenter, Wärmetechnik und Ölofenservice“). Karl durfte seine damit verbundenen finanziellen Schwierigkeiten nur mit seiner Frau besprochen haben. Auffallend war, daß Karl und vor allem seine Frau zunehmend mißtrauischer gegen die Umgebung wurden. Als er sich bei seinem früheren Arbeitsgeber und einem Arbeitskollegen erfolglos hohe Geldsummen borgen wollte, hat er sich auf seine reiche Tante Theresia R. berufen, die ihm ohne weiteres gutstehen würde. Er hatte aber niemals den Mut aufgebracht, seine Tante (Lebensgefährtin des Onkels mütterlicherseits) um Geld zu bitten. Die finanzielle Not der Familie wurde zunehmend größer. Als Firmenkapital befand sich ein kleiner Karton mit Fliesen im Keller des Miethauses. Das Auto war kaum noch fahrbereit, die Wohnungsmiete konnte nicht mehr bezahlt werden. An dem Projekt einer großen Firma, die von Karl straff organisiert und streng geführt werden sollte, hielten die Eheleute wie eh und je ungebrochen fest. In diesen Tagen stand der Täter wegen Kopfschmerzen unter Schmerz- und Beruhigungsmittel. Nach der Tötung und Brandlegung rief er noch seine Halbschwester an und reagierte, wie erwähnt, auf ihre Mitteilung von dem schrecklichen Verbrechen an der Tante eher verwundert und nichtwissend. Die Frau Gudrun wurde zur selben Zeit beim Einkaufen gesehen und als völlig unauffällig beschrieben.

Familienanamnese

Der Vater Franz R. war Bahnarbeiter, die Mutter im Haushalt tätig. Der Großvater väterlicherseits war Gelegenheitsarbeiter und ist an Lungentuberkulose gestorben. Die Großmutter hatte aus einer früheren Beziehung eine Tochter mit in die Ehe gebracht. Der Vater von Karl R. (Täter) hatte aus erster Ehe mit einer als äußert flatterhaft beschriebenen Frau einen Sohn Franz, der ihm nach der Scheidung zugesprochen wurde. Franz R. (Halbbruder von Karl R.) wurde mit 17 Jahren wegen Suiciddrohungen zum erstenmal in einer geschlossenen psychiatrischen Klinik behandelt. Trotz aller Bemühungen der Stiefmutter konnte er sich in die neue Familiensituation nicht einfügen. Er beging laufend kleinere Delikte und hatte große disziplinäre Probleme am Arbeitsplatz. Auffallend ist auch seine Stimmungslabilität, Unbeherrschtheit und Aggressivität, welche häufig zu Tierquälereien führte. Ferner drohte Franz bei den geringsten Schwierigkeiten mit seiner Umgebung an, sich das Leben zu nehmen. Es folgten noch zwei weitere Klinikaufenthalte. Nunmehr großjährig, lebte er, zeitweise vagabundierend, als alleinstehender

Gelegenheitsarbeiter. Seit dem Tod seines leiblichen Vaters (Herzinfarkt) hat er mit der Familie weitgehend gebrochen.

Der Vater soll im nüchternen Zustand ein ruhiger Mensch gewesen sein, im Alkoholrausch jedoch äußerst reizbar und gewalttätig. Er hatte eine alkoholbedingte Lebercirrhose.

Die Halbschwester des Vaters ist zykllothym und schwere Alkoholikerin. Sie hat von drei verschiedenen Männern eine Tochter und zwei Söhne. Beide Söhne sind psychisch krank. Die Zyklothymie des Älteren ist vermutlich Ursache für einen schweren Morphinismus. Der jüngere Sohn ist Alkoholiker. Die Mutter von Karl R. ist seit Jahren depressiv, dabei ausgesprochen herrisch. Früher soll sie jedoch meist lustig und fröhlich gewesen sein. Auch sie hat aus ihrer ersten Ehe eine Tochter mitgebracht, welche nunmehr glücklich verheiratet ist. Diese selbst und ihre zwei ehelichen Kinder sind bisher psychisch unauffällig. Über die Großeltern mütterlicherseits gibt es nichts von Belang zu berichten. Die Mutter hat noch zwei Brüder. Der eine ist im 2. Weltkrieg gefallen, der andere leberleidend und seit Jahren phasisch depressiv. Er war der Lebensgefährte von Theresia R., welche von Karl R. getötet wurde. Der Täter selbst, dessen Psychopathologie noch im Detail diskutiert werden wird, war rasch wechselnd zykllothym und im Verhalten und Charakter das „Spiegelbild“ seines Zwillingsbruders Heinrich. Heinrich R. hatte mit 20 Jahren einen Einbruchsdiebstahl begangen und sich während der Untersuchungshaft erhängt.

Unter den Vorfahren des Vaters Franz R. sollen einige Suicidie von nicht im Stammbaum erfaßten entfernteren Verwandten verübt worden sein. Bekannt sind Fälle von Epilepsie. Ferner ist die Tochter eines Cousins 2. Grades seit dem 17. Lebensjahr wegen eines zeitweise wahnhaften gefärbten manisch-depressiven Krankheitsgeschehens in ständiger psychiatrischer Behandlung.

Die Familienanamnese und Lebensgeschichte von Gudrun R. wurde mit Hilfe des Vaters erhoben (die Mutter ist wegen einer seit der Tat dauernden Depression durch ein Gespräch nicht belastbar). Aus dem umfangreichen Datenmaterial sollen hier nur einige relevante Informationen gegeben werden. Während es in der Familie des Vaters keine Nervenkrankheiten bzw. Selbstmorde geben soll, ist die Familie der Mutter Gudruns schwer durch Erkrankungen aus dem manisch-depressiven Formenkreis belastet. Eine Tante ist wegen einer schizo-affektiven Psychose seit Jahren in stationärer psychiatrischer Behandlung. (Interessanterweise ist diese Tatsache dem Vater von Gudrun unbekannt. Wir konnten dies erst durch familienanamnestische Untersuchungen in Erfahrung bringen.) Die Tante neigt zu Impulshandlungen, ist aber gleichzeitig seit Jahren depressiv und leidet zeitweise unter einem Verfolgungswahn. Erst vor kurzem ist sie in suizidaler Absicht aus ihrer Wohnung im 1. Stock gesprungen und erlitt dabei mehrere Knochenbrüche. Vollendete Selbstmorde soll es bisher in der Familie keine gegeben haben.

Der Vater beschreibt seine Tochter Gudrun als eigenwillig und dickköpfig. Er habe sie daher streng erziehen müssen. Ab dem 17. Lebensjahr sei sie Karl R. völlig hörig gewesen. Sie habe allerdings gar keine andere Wahl gehabt, weil sie der krankhaft eifersüchtige Gatte sofort mit dem Tode bedroht habe, wenn sie die Verbindung lösen wollte. Dieser sei ein selbstsüchtiger, äußerst primitiver Ich-Mensch gewesen, der immer im Mittelpunkt stehen wollte. Er habe Frau und Kinder wie ein Tyrann beherrscht und bei geringstem Ungehorsam „krankenhausreif“ geschlagen. Dieser Ehe entstammten ein zur Tatzeit 7jähriger Sohn und eine 3jährige Tochter. Der kleine Sohn, den er besonders schikanierte, mußte tatsächlich einige Male wegen Rißwunden vom Arzt genäht werden, ohne daß diese Mißhandlungen aber zur Anzeige gebracht worden wären. In letzter Zeit sei seine Tochter Gudrun ständig unter dem Einfluß immer höher dosierter Tranquillizer gestanden, um ihre Beziehung zum Ehemann überhaupt noch aushalten zu können. Als er sie vermutlich zum gemeinsamen Selbstmord überredet habe, sei dies sicher unter Medikamenteneinwirkung geschehen. Wie die schreckliche Tat zeige — so der Vater Gudruns —, sei der Täter ein Mensch gewesen, der „nichts übrig“ läßt (zur Familienanamnese s. a. Abb. 1).

Psychopathologische Analyse

Mehrdimensionale psychiatrische Diagnostik

„In der forensischen Psychiatrie gehen wir für die Beurteilung eines Straffalles von der Persönlichkeitsforschung des Täters aus und nicht vom Tatbestand selbst“

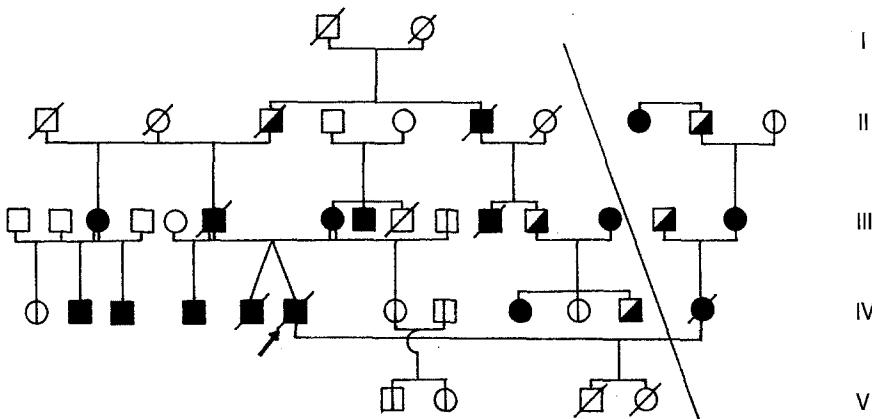


Abb. 1. Stammbaum der Familie Karl R. (links) und seiner Frau Gudrun (rechts). II: 3 Gelegenheitsarbeiter, Frührentner; 6 Epilepsie, suicidgefährdet; 8 schizo-affektive Psychose; 9 pedantisch, kontaktarm. III: 3 Chronischer Alkoholiker; 6 Zyklothymie, abnorme Alkoholreaktion; 7 periodische Depression; 8 periodische Depression, zeitweise suicidal; 11 Epilepsie; 12 pedantisch, jähzornig; 13 MDK mit syntonen Wahnideen, zeitweise suicidal; 14 introvertiert, grübelrisch; 15 periodische Depression. IV: 2 Chronischer Alkoholiker; 3 Morphinismus, Polytoxikomanie, zeitweise suicidal; 4 Zyklothymie (rapid cycling), zeitweise suicidal; 5 Zyklothymie, Suicid; 6 MDK (rapid cycling), syntone Wahnideen (Größenideen), Suicid; 9 MDK mit syntonen Wahnideen, zeitweise suicidal; 11 leicht reizbar, hyperactive child syndrome; 12 Zyklothymie. ■ ● krank, ■ ● auffällig, ohne Krankheitswert, ■ ○ psychisch gesund, □ ○ nicht untersucht, □ ○ tot

(Vossen 1972). Da wir zur Persönlichkeit des Täters ungewöhnlich viel und zuverlässiges Material zur Verfügung haben, ist die nun folgende retrospektive Fallanalyse nur in geringem Maße spekulativ. Zum besseren Verständnis des Tatgeschehens ist es zunächst notwendig, den Täter einer mehrdimensionalen psychiatrischen Diagnostik zu unterziehen. Diese von Kretschmer inaugurierte und von Berner und Kryspin-Exner (1977) operationalisierte Diagnostik umfaßt folgende vier Dimensionen der pathogenetischen Einordnung:

(1) Vorbestehende Substratmodifikation. (2) Aktuelle Hirnsubstratbeeinträchtigung. (3) Vorerfahrungen (Lebensgeschichte). (4) Aktuelle Umweltbelastungen.

ad (1) Wie die Familiengeschichte zeigt, ist der Täter hinsichtlich eines manisch-depressiven Krankheitsgeschehens (Zykllothymie) väterlicher- und mütterlicherseits schwer belastet. In der Familie des Vaters gibt es zudem Alkoholiker, Epileptiker und Selbstmörder.

ad (2) Eine aktuelle Hirnsubstratbeeinträchtigung ist ebenfalls gegeben: Nach einer Commissio cerebri entwickelt sich vor allem ein Schmerzmittelmißbrauch. Zusätzlich erkrankte Karl R. im 17. Lebensjahr an einer Meningoencephalitis. Seine Reiz- bzw. Störbarkeit durch die Umwelt ist sicher auch durch ein bereits chronisches organisches Psychosyndrom im Sinne eines hyperesthetisch-emotionellen Schwächezustandes bedingt. Es wurde von den behandelnden Ärzten einstimmig eine seit Jahren bestehende Hirnleistungsschwäche festgestellt.

ad (3) Die ungeordneten Familienverhältnisse der Kindheit haben beim Täter zeitlebens die Angst geschürt, den Partner zu verlieren. Der Selbstmord seines Zwillingsbruders dürfte diese Angst noch verstkt haben. Der totale Besitzanspruch an seine Ehefrau ist durch eine derartige neurotische Persönlichkeitsentwicklung sicherlich mitbedingt. Es ist jedoch für das Einschleichen und die Brandlegung auch ein Lerneffekt denkbar, da der ältere Halbbruder bereits in fruhrer

Jugend Einbruchdiebstähle verübt und mit Brandlegungen gedroht hat. In diesem Zusammenhang ist auch der Einbruchdiebstahl des Zwillingsbruders Heinrich R. zu erwähnen.

ad (4) Als aktuelle Umweltbelastungssituation ist einerseits die bedrohliche Finanzlage der Familie Karl R.s anzusehen, die für den Plan des Einbruchdiebstahles bei der Tante verantwortlich sein dürfte, andererseits die neue akute Belastungssituation, als der Täter von dieser ertappt wird. Er reagierte vermutlich mit einem Zornausbruch im Sinne einer reaktiven zornigen Manie und schlug mit einem Prügel auf seine Tante ein. Die Brandlegung ist eher als Ausdruck der akuten Psychose denn als möglicherweise bewußter Verschleierungsversuch der Tat zu sehen. Zu seiner Familie zurückgekehrt, schlägt die Stimmung des Täters um. Das allmähliche Bewußtwerden der Tat und ihrer Konsequenzen bewirkt eine weitere akute Belastung, die eine „reaktive“ Depression hervorgerufen haben dürfte. Unter diesem Druck wird der Entschluß für den Doppel- und erweiterten Selbstmord gefaßt.

Diskussion

Da der Täter in allen vier Bereichen der mehrdimensionalen Diagnostik schwer belastet ist, stehen wir unmittelbar vor dem Problem der Bewertung. Es gilt also aus einer umfassenden deskriptiven Diagnostik die Ätiopathogenese zu erarbeiten und mögliche differentialdiagnostische Erwägungen anzustellen. Geht man zunächst davon aus, daß der Täter in einem psychotischen Zustand gehandelt hat, so stellt sich die in der Psychiatrie weltweit diskutierte Frage, welche Gewichtung den Umweltfaktoren bzw. den endogen-biologischen Komponenten bei der Entstehung von Psychosen überhaupt zu bemessen ist.

Während etwa die skandinavische Psychiatrie mit dem Konzept der reaktiven Psychose (Rettnerstøl 1978) das reaktive Moment stark in den Vordergrund stellt, nehmen amerikanische Autoren (American Psychiatric Association Task Force on Nomenclature and Statistics, DSM-III 1980) einen sehr weit gefaßten und ausgewogenen Standpunkt ein. Wir selbst orientieren uns an den Arbeiten Janzariks (1974, 1981) und vor allem Berners (1977, 1978), in welchen gerade für die forensische Sicht die operationsfähigen psychiatrischen Erklärungsmodelle angeboten werden.

Unsere Hypothese lautet: Zum interdisziplinären Verständnis psychopathologischer Phänomene können nur solche diagnostische Konzepte beitragen, die sowohl die pathologische Phänomenologie eindeutig beschreiben, wie auch die Entstehungsbedingungen mitberücksichtigen. Was wir damit meinen, soll am Beispiel des vorliegenden Falles diskutiert werden.

Geht man davon aus, daß der Täter Karl R. an einem manisch-depressiven Krankheitsgeschehen gelitten hat, das durch rasche wechselnde Stimmungsschwankungen, Jähzorn und Depressionen, aber auch Größenideen charakterisiert ist, darf das mögliche Bestehen einer solchen Symptomatik auch für die Tatzeit angenommen werden, wobei die neurotische Persönlichkeitsentwicklung und vor allem die akute Umweltbelastung die Schwere der Tat wesentlich mitbeeinflußt haben.

Wir vermuten nun, daß er sich in einer ursprünglich hypomanischen Grundstimmung das Geld während der Abwesenheit seiner Tante „beschaffen“ wollte. Es ist ja für viele Maniker geradezu charakteristisch, daß sie das Besitzrecht nicht genau nehmen, ja oft sogar irreale Besitzansprüche stellen. Wie das naive Prahlen

Karl R.s mit seiner vermögenden Tante vermuten läßt, könnte er in seinem (versuchten) Einschleichdiebstahl eher ein „Teilhaben“ am Geld der Tante gesehen haben. Erst mit dem überraschenden Erscheinen der Tante am Tatort beginnt die eigentliche Tragödie. Durch diese akute, unerwartete Belastung schlägt die hypomanische Grundstimmung des Täters in einen Zornausbruch im Sinne einer „reaktiven“ zornigen Manie um. Der so schlagartig entstehende psychotische Zornausbruch treibt Karl R. zum Affektmord und zur Wahl des wirksamsten adäquaten Vernichtungsmittels — des Feuers.

Wir glauben, daß die umstrittene Diagnose der reaktiven Manie seine volle Berechtigung hat, wenn man darunter mit Berner und Krypsin-Exner (1977) „durch Belastungen ausgelöste endomorph-manische Zustände“ versteht. Mit anderen Worten ausgedrückt: Eine reaktive Manie kann nur dann zustande kommen, wenn von einem Menschen ein bestimmtes, belastendes Umweltereignis zu Beginn einer manischen Phase erlebt wird und aus dieser Grundstimmung heraus eine extrem überschießende manische Interpretation erfährt. Schipkowensky (1957) bemerkt dazu: „In der reaktiven Manie wird manchmal die psychotische Allmacht des Kranken durch die Ausführung eines Mordes verwirklicht.“ Während Schipkowensky im Zustand der reaktiven Manie keinen endogen-phasischen Mechanismus annimmt, sind wir hingegen der Überzeugung, daß eine derartig gewalttätige Reaktion nur auf endogener Grundlage entstehen kann. Man sollte daher exakt von einer *endo-reaktiven* Manie sprechen.

Die Zyklothymie des Täters ist in extrem kurzfristigen — oft sogar stündlichen — Schwankungen verlaufen (rapid cycling, nach Dunner et al. 1977). Er ist daher auch nicht wie in einer akuten manischen Phase nach dem „Mordbrand“ umhergeirrt, sondern hat bereits einige Stunden später völlig geordnet und gefaßt seine Halbschwester angerufen. Das allmähliche Bewußtwerden des Verbrechens dürfte wiederum einen Umschlag in eine depressive Stimmungslage bewirkt haben, was aufgrund seiner endogenen Fähigkeit zu raschem Stimmungswechsel durchaus möglich gewesen wäre. Phänomenologisch handelt es sich also jetzt um eine reaktive Depression, aber wiederum auf endogener Basis, welche familienanamnestisch und durch fachärztliche Langzeitbeobachtung verifiziert wurde. Daher faßte Karl R. den Entschluß zum Selbstmord höchstwahrscheinlich im Zustand einer *endo-reaktiven* Depression.

Ob bei dem Handlungsablauf eine Anfalltätigkeit epileptischer Genese mitwirkte, wie sie von Sommer (1906) angenommen wurde, muß offenbleiben. In der Familie Karl R. gab es Epileptiker, wobei bei ihm zwar keine darauf hinweisenden EEG-Befunde gefunden werden konnten, jedoch eine epileptische Übererregbarkeit aufgrund der durchgemachten Erkrankungen denkbar wäre. Auf die Bedeutung organischer Erkrankungen wies zudem Pollak (1979) hin, sowie Veith (1960), der in fünf Fällen neuropathologische Veränderungen fand, jedoch keine Schlußfolgerungen zog.

Laubichler (1980) hat am Beispiel des erweiterten Selbstmordversuches demonstriert, daß auch bei schwerer reaktiver Depression Zurechnungsunfähigkeit vorliegen kann, wobei die Begriffe Diskretionsfähigkeit und Dispositionsfähigkeit nicht völlig zu trennen sind. Dies deshalb, da Bertel (1975) und Fleisch (1977) die Ansicht vertreten, daß die Aussagen des psychiatrischen Sachverständigen zur Dispositionsfähigkeit des Täters Privatmeinung und vom Richter zu

verwerfen seien. Wir gehen mit der Auffassung Laubichlers völlig konform, meinen allerdings, daß die Diagnose einer reaktiven Depression (bzw. Manie) bei Mord- und Selbstmordhandlungen meist durch einen Informationsmangel — wie bei Schwarz (1946) — zustande kommt, aufgrund dessen die endogene Komponente des psychotischen Zustandsbildes nicht zu entdecken ist.

Das der Begutachtung zugrundeliegende Datenmaterial hat gerade bei den hier zur Diskussion stehenden Tatbildern häufig Lücken, was die Familienanamnese und die Langzeitverlaufsbeobachtung einer oft nur ganz diskreten Zyklothymie betrifft. Zur Feststellung einer Zyklothymie haben Berner und Kryspin-Exner (1977) ein endomorph-zyklothymes Achsensyndrom beschrieben, durch welches auch ganz diskrete Störungen — oft noch ohne Krankheitswert — aufgedeckt werden können. Das endomorph-zyklothyme Achsensyndrom ist durch „das abgesetzte Auftreten von Störungen des Antriebs, der Befindlichkeit und Affizierbarkeit, die mit Veränderungen von Biorhythmen einhergehen“, charakterisiert. Auch Angst et al. (1981) haben dargelegt, daß sich bipolare Verläufe oft erst in der Langzeitbeobachtung durch das Auftreten subdepressiver bzw. hypomanischer Phasen diagnostizieren lassen. Da diese Zustände manchmal nur Stunden bis Tage dauern, werden sie weder vom Zyklothymen selbst noch seiner Umgebung bewußt wahrgenommen. Bei intensivem Befragen werden meist „auffallende Stimmungsschwankungen“ erinnert, die solchen Phasen entsprechen.

In diesem Zusammenhang ist erwähnenswert, daß Karl St. — der Onkel Karl R.s — nach dem Tode seiner Lebensgefährtin Theresia R. wegen einer reaktiven Depression an die Landesnervenklinik eingewiesen wurde, wo die Diagnose bestätigt wurde. Durch die Erarbeitung der Längsschnittdiagnose mit Ärzten, die Karl St. in den vorangegangenen Jahren behandelt hatten, konnte ein deutlicher phasischer Krankheitsverlauf mit oft nur leichten depressiven Verstimmungen, jedoch eindeutig endogener Prägung, festgestellt werden. Die akute, reaktive Depression Karl St.s muß somit nach Kenntnis des Langzeitverlaufes als endoreaktive Depression eingestuft werden. Da das endomorph-zyklothyme Achsen-syndrom seinem Wesen nach anlagebedingt ist, finden sich in der Verwandtschaft des Kranken fast immer Zyklothyme bzw. Manisch-Depressive. Intensive Ermittlungen ergaben unter anderem, daß eine Tante Gudruns seit Jahren wegen schizo-affektiver Psychose psychiatrisch behandelt wird, wovon die Eltern nichts wußten.

Derselbe Umstand trifft auch auf die Ermittlung über Selbstmorde zu. Von 161 Selbstmordfällen der Jahre 1978 und 1979 konnten wir 125 exakt untersuchen. Durch die Befragung der Angehörigen wurden zunächst in nur 27 Fällen ein oder mehrere Selbstmorde in der weiteren Verwandtschaft eruiert. 35 weitere suicid-positive Familienanamnesen gelangten uns schließlich aus einer parallel laufenden Studie über manisch-depressives Krankheitsgeschehen in Salzburg zur Kenntnis (Mitterauer 1981). Diese familienanamnestisch erhobenen Befunde sind durch ausschließlich psychodynamisch formulierte Konzepte zur Abschätzung der Suicidalität wie etwa das praesuicidale Syndrom nach Ringel (1969) kaum erklärbar. Geht man von der mit Stengel beginnenden und sich immer mehr durchsetzenden Tradition aus, „daß der Selbstmordversuch in der Regel kein mißglückter Selbstmord ist, sondern eine eigene para-suicidale Entwicklung darstellt“ (Pöldinger 1980, persönliche Mitteilung), so ist es vor allem aus medizinisch-biologischen Gründen nicht mehr statthaft, alle suicidalen Phäno-

mene ausschließlich psychodynamisch zu erklären. In einer einschlägigen Studie (607 Fälle) haben wir bei 49,6% der exakt diagnostizierbaren Selbstmordfälle eine typische Syndromkonfiguration (suicidales Achsensyndrom) gefunden, welches aus folgenden drei Komponenten besteht: (1) Es werden offen oder versteckt Selbsttötungsabsichten mitgeteilt. (2) In der Blutsverwandtschaft lassen sich bereits Selbstmordfälle erfragen. (3) Die zwischenmenschliche Begegnung ist durch veränderte Hirnfunktionen bedingt weitgehend eingeengt.

Diese Einengungszustände können — wie die neuropsychiatrische Diagnostik eindeutig ergibt — sowohl exogen (z. B. organische Psychosyndrome) wie auch endogen (z. B. Depressionen) bedingt sein. Es dürfte daher nach unserer Meinung evident sein, daß erst nach medizinischer Behandlung der einengungsbedingenden Faktoren psychodynamische Strategien überhaupt aufgenommen bzw. verarbeitet werden können. In einer Stichprobe von 161 Selbstmordversuchen findet sich das suicidale Achsensyndrom hingegen nur in 10,1%. Diese Fälle sind dann auch als potentielle Selbstmörder einzuschätzen und unmittelbar einer medizinisch-biologischen Basistherapie zuzuführen. Die weitaus größere Gruppe der typischen Selbstmordversuch Begehenden hingegen muß — ganz im Sinne Ringels — psychodynamisch interpretiert bzw. behandelt werden.

Aufgrund der Untersuchungsergebnisse darf angenommen werden, daß Gudrun R. freiwillig mit Karl R. in die Tiefe gesprungen ist, während die beiden Kinder gewaltsam, ohne Einwilligung, mit in den Tod genommen wurden. Es handelt sich somit definitionsgemäß gleichzeitig um einen Doppel- und erweiterten Selbstmord. Nach Ghysbrecht (1957) kann man beim Doppelsebstmord immer einen Anstifter und einen sich fügenden Teilnehmer unterscheiden. Scharfetter (1970) meint, daß manche Fälle von gemeinsamem Selbstmord sich hinsichtlich der Wesensart und des Verhältnisses der Partner mit symbiotischen Psychosen vergleichen lassen. In Gudruns Familie liegt sicherlich eine Belastung bezüglich Melancholie und Schizophrenie vor. Sie selbst zeigte über das reaktive Moment hinausgehende depressive Verstimmungen. Für einen Wahn im Sinne einer induzierten Psychose bestehen keine Hinweise. Die Selbstmordabsichten Karl R.s dürften bei seiner Frau ein bereitwilliges Echo gefunden haben. Während die Mitnahme der Kinder beim erweiterten Suicid häufig vorkommt, ist das Mitnehmen von Tieren eher selten. Pollak (1980) berichtete über drei Fälle, wo Haustiere mit in den Tod genommen wurden. Dies kann als Ausweitung auf den „geliebten Lebensraum“ angesehen werden (Mende 1967).

Auffallend sind die Parallelen der Persönlichkeit des Täters zu der des Sektengründers Jones, der 1978 seine Anhänger und sich selbst in einen Massenselbstmord getrieben hat (Zee 1980). So waren etwa beide Männer von Jugend auf besessen, große „Führer“ zu werden. Die in der Sekte herrschende Hierarchie läßt sich zwangslässig auf die Kleinfamilie des Täters übertragen. Zu unterst befindet sich die leidende Schar hilfloser Sektenmitglieder, die Jones — je nach Laune — oft mißhandelt hat (vor allem Kinder). Dieselbe Rolle haben für den Täter seine beiden unmündigen Kinder gespielt. Auf der nächst höheren Stufe stand bei Jones das „Planungskomitee“. Diese ihm ebenfalls ergebene Gruppe lag ihm zwar bereits näher und wurde auch zu Rate gezogen, der Sektenführer war jedoch mißtrauisch. Eine ähnliche Beziehung bestand zwischen dem Täter und seiner hörigen Frau, welche er durch sein Mißtrauen häufig quälte. Am höchsten schätzte Jones jedoch

seine Leibgarde. Hier sehen wir eine weitgehende Parallele zur vom Täter vergötterten, perfekt dressierten Schäferhündin. Es besteht aber auch ein wesentlicher Unterschied zwischen den beiden Persönlichkeiten: Während der Täter aufgrund seiner eher bescheidenen Intelligenz die Größenideen nur am Modell seiner Familie praktizieren konnte, hat Jones dank hoher Intelligenz tatsächlich eine große Organisation aufgebaut. Beide haben schließlich ihre Allmachtsansprüche durch Mord und Selbstmord in die Tat umgesetzt.

Angeblich hat der Täter niemals Selbstmorddrohungen geäußert. Das befremdete Entsetzen, das er anlässlich des Selbstmordes seines Zwillingsbruders zeigte, könnte aus tiefenpsychologischer Sicht als Abwehrmechanismus der Verneinung und somit als versteckte eigene Selbstmordtendenz gedeutet werden. Es wäre sicher zu einfach, den Selbstmord des Täters als Lerneffekt vom Selbstmord des Zwillingsbruders zu interpretieren. Swanson (1960) berichtet von einem Zwillingspaar, bei dem beide Brüder an einer affektiven Psychose litten und der eine Selbstmord beging, der andere einen Selbstmordversuch unternahm, ohne vom Suicid seines Zwillingsbruders etwas zu wissen. Spätestens seit 1979 (Schulsinger et al. 1979) ist erwiesen, daß „genetische Faktoren in der Übertragung suicidalen Verhaltens eine Rolle spielen“ (unsere Übersetzung).

Überschaut man die gesamte Tragödie dieses Falles, gewinnt man aufgrund der Kenntnis der Lebensgeschichte des Täters den Eindruck, daß es sich bei dieser Art Doppel- und erweitertem Selbstmord nicht um Verzweiflung und Angst im Sinne eines Bilanzselbstmordes handelte. Die seltene und harte Selbstmordmethode — Sturz aus der Höhe mit allen Familienmitgliedern und Hund — weist eher auf die endgültige Verwirklichung der Allmachtsansprüche des Täters hin. Denn diese Fähigkeit ermöglicht einem Menschen die Annahme, daß er durch die Selbsttötung Wiedervereinigung, Rache und Sühne bewirken kann (Spero 1978). Wenn Goldney (1977) feststellt, daß alle von ihm untersuchten „Familienmörder“ vor der Tat seelisch krank waren, so trifft diese Feststellung auch in hohem Maße auf Karl R. zu. Zweifelsohne sind hier „Mordbrand“, Doppel- und erweiterter Selbstmord die Ergebnisse einer prozeßhaften Erkrankung mit multifaktorieller erblicher Belastung, die in ihrem jahrelangen Verlauf eine nicht mehr zu bewältigende soziale Einengung herbeigeführt hat. Schwarz (1946) vertritt die Ansicht, daß es sich in solchen Fällen ausnahmslos um die Tat von Geisteskranken handelt, hauptsächlich von Manisch-Depressiven.

Ehe wir unsere Argumentation für die Konzepte der endo-reaktiven Depression bzw. Manie ein letztes Mal straffen, sind einige differentialdiagnostische Überlegungen unumgänglich. Es wäre zunächst denkbar, daß es sich zur Tatzeit jeweils um eine „brief reactive psychosis“ gehandelt hat. Nach dem DSM-III sind die wesentlichen Merkmale dieser Psychose, daß sie nur wenige Stunden dauert (maximal 1 Woche). Der Beginn ist schlagartig, ausgelöst durch ein belastendes Umweltereignis, das für jedes Individuum Symptome der Notlage hervorrufen würde. Eine endogene Komponente wird dabei nicht angenommen. Aufgrund jahrelanger, häufig nicht situativ bedingter, extremer Stimmungsschwankungen (rapid cycling) mit Zornausbrüchen und der schweren genetischen Belastung des Täters scheint uns eine rein reaktiv ausgelöste Psychose zur Tatzeit äußerst unwahrscheinlich. Damit dürfte es sich auch um keine reaktive Psychose (nach der skandinavischen Schule) handeln.

Weiters könnte man ein endogenbedingtes manisch-depressives Krankheitsgeschehen mit zeitweise syntonem Wahnideen (Größenwahn) diskutieren. Gegen eine reine endogene Psychose spricht einerseits die neurotische Persönlichkeitsentwicklung des Täters, andererseits die von ihm geschaffene Umweltsituation, auf die er dann auch destruktiv reagiert hat.

Wir glauben gerade an dieser Fallgeschichte demonstrieren zu können, daß sowohl die „dynamische Ausstattung der Persönlichkeit, welche vorwiegend angelegt zu denken ist“ (Janzarik 1981), wie auch die lebensgeschichtlichen Einflüsse und die akuten Belastungssituationen eine annähernd gleichgroße Rolle spielen. Daher sprechen wir von einer *endo-reaktiven* Manie bzw. Depression.

Die forensische Psychiatrie ist so viel wert, wie sie ihre Diagnosen interdisziplinär kommunikabel machen kann, ohne dabei an Exaktheit zu verlieren. Mit der diagnostischen Gleichsetzung endogener und exogen-reaktiver Faktoren im Sinne des *endo-reaktiven* Attributs wird klar ausgedrückt, daß die psychotische Interpretation der Wirklichkeit endogen gesteuert, die destruktive Reaktion hingegen exogen determiniert ist. Depression bzw. Manie bedeutet sodann die exakte Beschreibung der psychopathologischen Phänomene. Es scheint bezeichnend für die zeitgenössische psychiatrische Forschung zu sein, daß man am Weitbrechtschen (1963) Begriff der *endo-reaktiven* Dysthymie im DSM-III nur bezüglich des nicht sehr klaren Dysthymiekonzeptes (Dystymic disorder) festhält, während das eindeutige Attribut *endo-reaktiv* in der Kompliziertheit statistischer Analysen untergegangen sein dürfte.

Aus forensisch-psychiatrischer Sicht hat die in dieser Arbeit vorgeschlagene Diagnostik unmittelbare praktische Konsequenzen: Dadurch, daß das endogene Moment in der Diagnose mit dem Ausdruck *endo-reaktive* Depression (Manie) festgehalten ist, kann zumindest die Dispositionsfähigkeit zweifelsfrei gefolgt werden.

Obwohl derartige Tragödien niemals gänzlich verhindert werden können, muß eine enge Zusammenarbeit zwischen Erhebungsbeamten, Gerichtsmedizinern und Psychiatern ins Auge gefaßt werden. Es könnte daraus ein besseres Verständnis der Geschehnisse und ein Anstoß zur Aufdeckung und Behandlung einer potentiell heilbaren psychiatrischen Erkrankung resultieren.

Danksagung. Den Herren der Kriminalabteilung des LGK-Salzburg, der Kriminaltechnischen Untersuchungsstelle der Bundespolizeidirektion Salzburg sei an dieser Stelle für ihre freundliche Unterstützung gedankt.

Literatur

- American Psychiatric Association Task Force on Nomenclature and Statistics (1980) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed (DSM-III). American Psychiatric Association, Washington DC
- Angst J, Frey R, Lohmeyer B, Zerbin-Rüdin E (im Druck) Bipolar manic-depressive psychoses. Results of a genetic investigation. Arch General Psychiatry
- Berner P (1977) Psychiatrische Systematik. Huber, Bern Stuttgart Wien
- Berner P (1978) Psychopathologische Wahnforschung und psychiatrische Hypothesenbildung. Nervenarzt 49: 147-152
- Bertel C (1975) Die Zurechnungsfähigkeit. ÖJZ 30:622-630

- Bielicky P (1976) Sturz aus der Höhe. Dissertation, Universität Düsseldorf
- Bohaćek N, Lukiniič E (1963) Der erweiterte Selbstmord. *Acta Med Leg Soc (Liège)* 16:21–27
- Dunner DL, Parick V, Fieve RR (1977) Rapid cycling manic depressive patients. *Compr Psychiatry* 18:561–566
- Fleisch H (1977) Das Strafgesetzbuch und der psychiatrische Sachverständige. *ÖJZ* 32:541–551
- Franke RH, Thomas EW, Queenen AJ (1977) Suicide and homicide: common sources and consistant relationships. *Soc Psychiatry* 12:149–156
- Fritz E (1937) Der Absturz im Gebirge. *Dtsch Z Gerichtl Med* 28:90–97
- Funaki O (1965) Report of a case homicidal burning. *Acta Crim Med Leg (Jpn)* 31:17–18
- Ghysbrecht PFR (1957) Betrachtungen über den Doppelselbstmord. *Psychol Beitr* 3:94–107
- Girod H (1977) Einige phänomenologische und untersuchungsmethodische Besonderheiten der Tötungsdelikte mit Opferbeseitigung. *Kriminalistik Foren Wiss* 29:83–91
- Goldney RD (1977) Family murder followed by suicide. *Forensic Sci* 9:219–228
- Janzarik W (1974) Probleme der strukturell-dynamischen Kohärenz in der Zyklothymieformung. *Nervenarzt* 12:628–638
- Janzarik W (1981) Situation, Struktur, Reaktion und Psychose. *Nervenarzt* 52:396–400
- Lange E (1964) Der mißlungene erweiterte Suicid. In: Schwarz E (Hrsg) *Med Jur Grenzfragen*, Bd 8. Fischer, Jena, S 1–92
- Lange E, Ficker F (1976) Doppelsuizid und symbiotische Psychose. *Psychiatr Clin (Basel)* 9: 168–182
- Laubichler W (1980) Die Problematik der forensisch psychiatrischen Beurteilung des erweiterten Selbstmordversuches. *ÖJZ* 35:653–657
- Lester D (1971) Suicide and homicide: Bias in the examination of the relationship between suicide and homicide rates. *Soc Psychiatry* 6:80–82
- Mende W (1967) Zur Kriminologie depressiver Verstimmungen. *Nervenarzt* 38:546–553
- Mitterauer B (1981) Das suizidale Achsensyndrom. Eine medizinisch-biologische Studie zur Abschätzung der Suizidalität. *Wien Med Wochenschr [Suppl]* 68:1–28
- Muralt L (1906) Über Familienmord. *Monatsschr Kriminol* 2:88–109
- Nagae S (1974) The criminal-psychiatric study on murder–arson. *Acta Crim Med Leg (Jpn)* 40: 137–167
- Pollak S (1978) Gemeinschaftliche Selbstmorde. *Beitr Gerichtl Med* 36:53–59
- Pollak S (1979) Erscheinungsformen des erweiterten Selbstmordes. *Forensia* 2:67–78
- Pollak S, Missliwetz J (1979) Selbsttötungen in Wiener Krankenhäusern. *Z Rechtsmed* 83: 233–244
- Popella E (1964) Über den erweiterten Suicid. *Arch Psychiatr Neurol* 205:615–624
- Rasch W (1966) Situationen des erweiterten Selbstmordes. *Dtsch Z Gerichtl Med* 57:124–133
- Retterstøl N (1978) The scandinavian concept of reactive psychosis, schizophreniform psychosis and schizophrenia. *Psychiatr Clin* 11:180–187
- Ringel E (1969) Selbstmordverhütung. Huber, Bern Stuttgart Wien
- Rittner C (1980) Über ungewöhnliche Suizidfälle. *Arch Kriminol* 165:65–76
- Rytel M, Piotrowski M (1933) Mord und Brandlegung. Zit. in: *Dtsch Z Gerichtl Med* 21:203
- Scharfetter C (1970) Symbiotische Psychosen. Huber, Bern Stuttgart Wien
- Scheel R (1976) Untersuchungen zur Statistik über Selbstmorde in NW in den Jahren 1959–1973. Dissertation, Universität Düsseldorf
- Schipkowensky N (1957) Manie und Mord. *Wien Z Nervenheikd Deren Grenzgeb* 14:213–227
- Schipkowensky N (1963) Mitgehen und Mitnehmen in den Tod. *Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipz)* 15:226–234
- Schulsinger F, Kety S, Rosenthal D, Wender P (1979) A family study of suicides. In: Schou M, Strömgren E (eds) *Origing, prevention and treatment of affective disorders*. Academic Press, London New York, pp 276–287
- Schwarz F (1946) Probleme des Selbstmordes. Huber, Bern
- Schweitzer H (1966) Herz- und Gefäßverletzungen bei verschiedenen Gewalteinwirkungen. *Dtsch Z Gerichtl Med* 57:169–178
- Smerling M (1977) Rechtsmedizinische und kriminalistische Aspekte beim Sturz aus der Höhe. *Arch Kriminol* 160:39–50, 65–77, 176–187

- Smith MD, Burrington JD, Woolf AD (1975) Injuries in children sustained in free falls: An analysis of 66 cases. *J Trauma* 15:987-991
- Sommer R (1906) Psychiatrische Untersuchungen eines Falles von Mord und Selbstmord mit Studien über Familiengeschichte und Erblichkeit. *Klin Psych Nervenkr* 1:6-25
- Spangenberg H (1932) Familienmord und erweiterter Selbstmord. Dissertation, Universität Düsseldorf
- Spero MH (1978) Samson and Masada: Altruistic suicides reconsidered. *Psychoanal Rev* 65: 631-639
- Stengel E (1961) Selbstmord und Selbstmordversuch. In: Gröhle HW, Jung R, Mayer-Gross W, Müller M (Hrsg) *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd III. Springer, Berlin Göttingen Heidelberg
- Strassmann R (1908) Der Familienmord in gerichtlich-psychiatrischer Beziehung. *Vierteljahrsschr Gerichtl Med Oeff Sanitätswesen* 35:137-157
- Strassmann R (1916) Neuere Erfahrungen über Familienmord in gerichtlich-psychiatrischer Beziehung. *Vierteljahrsschr Gerichtl Med Oeff Sanitätswesen* 51:54-68
- Swanson D (1960) Suicide in identical twins. *Am J Psychiatry* 116:934-935
- Tischer W (1964) Verletzungen bei Kindern nach Sturz aus großer Höhe. *Monatsschr Unfallheilk* 67:343-347
- Veith G (1960) Bemerkenswerte anatomische Befunde bei Selbstmördern. *Nervenarzt* 31: 550-555
- Vock R (1980) Darm- und Mesenterialverletzungen beim Sturz aus der Höhe. *Z Rechtsmed* 85: 119-126
- Vossen R (1972) Persönlichkeit und Motive des Brandstifters. *Recht Praxis* 7:347-350
- Weitbrecht HJ (1963) *Psychiatrie im Grundriß*. Springer, Berlin Göttingen Heidelberg
- Wetzel A (1920) Über Massenmörder. Springer, Berlin
- Wolfgang ME (1958) An analysis of homicide-suicide. *J Clin Psychopathol* 19:208-218
- Zee HJ (1980) The Guyana incident: Some psychoanalytic considerations. *Bull Menninger Clin* 44:345-363

Eingegangen am 14. Juli 1981