

Aus der Klinik für Psychiatrie und Neurologie der Friedrich Schiller-Universität
Jena, „Hans Berger-Klinik“ (Direktor: Prof. Dr. H. v. KEYSERLINGK)

Über den erweiterten Suicid*

Von

ERICH POPELLA

(Eingegangen am 15. Juli 1964)

Stellt schon der einfache, alleinbegangene Selbstmord ein in seiner Determinierung schwer durchschaubares Phänomen dar, so erscheint der komplizierte, erweiterte Selbstmord noch rätselvoller. Insbesondere die Mitnahme nahestehender, geliebter Menschen ohne deren Willen wirft die uns immer wieder bewegenden Fragen nach Ursachen, Motiven und Voraussetzungen auf, Fragen, die auch der Täter selbst meist nur unzulänglich beantworten kann, wenn er am Leben bleibt. Wie jeder Suicid oder Suicidversuch ist auch der Mitnahmeselbstmord einerseits als individuelles Problem anzusehen, andererseits aber tritt hier in stärkerem Maße und deutlicher auch eine überindividuelle Problematik in Erscheinung, und einige ihrer Seiten sollen in diesen Ausführungen behandelt werden. Glückt zwar die Tat an den einbezogenen Opfern — in erster Linie sind es bekanntlich Kinder —, mißglückt aber die beabsichtigte Selbsttötung, dann haben wir unter Umständen zu beurteilen, ob oder inwieweit kriminelle Motive zur Tat führten. Problematisch sind derartige Stellungnahmen insbesondere, wenn eine Mutter ihre Kinder umgebracht hat, und es wird hierauf ebenfalls einzugehen sein.

Die geläufigen Einteilungen von Mitnahmeselbstmorden gehen letztlich von der Frage aus, ob das Verlangen, selbst zu sterben, bei der Tat primär und vorherrschend war oder ob die Tendenz zur Tötung anderer vorherrschte, zumindest mit dem Selbstvernichtungsdrang konkurrierte. Es erscheint zweckmäßig, nur für die erstgenannte Form die Bezeichnung „erweiterter Selbstmord“ zu verwenden, denn im anderen Falle haben wir einen Selbstmord mit vorangegangenen Mord vor uns oder gar einen Mord mit nachfolgendem Selbstmord. Im Einzelfall läßt sich eine entsprechende Einordnung aber nicht immer durchführen, und vielleicht wäre es angebracht, bei unklarem Sachverhalt die ebenfalls übliche und neutrale Bezeichnung „Mitnahmeselbstmord“ zu verwenden. Unter die Mitnahmesuicide fällt auch die Gruppe der „Familienmorde“ (STRASSMANN; WEBER; v. MURALT; WETZEL; SPANGENBERG), bei denen

* Nach einem Vortrag, gehalten vor der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie Jena-Erfurt am 18. 4. 1964 in Erfurt.

es sich wiederum um erweiterten Suicid im engeren Sinne oder um Suicid mit vorangegangenen Mord handeln kann. Enge Beziehung zum Mitnahmeselbstmord haben auch die Doppelselbstmorde — am häufigsten bei Liebespaaren — wobei man mit WEICHBRODT meist besser von „induziertem Selbstmord“ sprechen wird. Beeinflussung des einen Partners durch den anderen läßt hier die Freiwilligkeit des Mitgehens fragwürdig erscheinen. Struktur und Dynamik des Doppelselbstmordes können jedoch außerordentlich verschieden sein, wie SCHIPKOWENSKY kürzlich in einer Studie über Mitgehen und Mitnehmen in den Tod aufgezeigt hat. Wenn keiner der Beteiligten überlebt, kann unklar bleiben, ob ein Doppelselbstmord oder Mitnahmeselbstmord vorliegt. Handelt es sich bei den Opfern um Kinder, so wird man an der Unfreiwilligkeit des Mitgehens auch dann nicht zweifeln können, wenn Mütter ihre minderjährigen Kinder zum Einverständnis bewogen haben, wie dies gelegentlich geschieht.

Beim gemeinsamen Suicid größerer Gruppen können sich alle angeführten Formen unentwirrt miteinander verknüpfen. Bei Massenselbstmorden in Zusammenhang mit kriegesischen oder politischen Ereignissen etwa wird man zweifeln müssen, inwieweit alle Beteiligten freiwillig den Tod suchten. So berichtet SIKORSKI von Selbstvernichtungs-Epidemien in der russischen Geschichte des 17. und 18. Jahrhunderts, und er führt die Selbstverbrennung eines Fürsten mit seinem Gefolge von mehr als 100 Personen zur Zeit Peters des Ersten an. WISSE erwähnt — um noch eines der zahlreichen historischen Beispiele zu zitieren — die Selbstverbrennung eines Schwedenkönigs mit seiner ganzen Gefolgschaft vor einer drohenden Niederlage. Unentrinnbarer Zwang und massensuggestive Vorgänge dürften bei derartigen gemeinsamen Selbstmorden zusammengewirkt haben. In welchem Umfange ausweglos erscheinende Situationen in den gemeinsamen Tod treiben können, zeigten nicht zuletzt auch die häufigen Familiensuicide zu Kriegsende 1945. Wenn es auch naheliegt, für viele dieser Fälle einen „Bilanzselbstmord“ aus normalpsychologischen Motiven im Sinne HOCHES anzunehmen, so ist doch zu bedenken, daß Bilanz meist wohl nur eine Person gezogen hat, die anderen aber mitgingen oder mitgenommen wurden. Das Ausmaß suggestiver Beeinflussung bei Gruppenselbstmorden wird auch in einzelnen Mitteilungen aus dem Schrifttum deutlich. SIKORSKI wiederum beschreibt den gemeinsamen Suicid von 25 Angehörigen einer religiösen Sekte, die sich lebendig einmauern bzw. begraben ließen, und zwar auf Betreiben einer einzigen Fanatikerin. Der in 3 Etappen ablaufende Vorgang spielte sich unter feierlichem Zeremoniell ab, und es wurden auch Kinder mitgenommen, um ihr Seelenheil zu retten. Einer Mitteilung MINOVICs zufolge bewog ein zum sozialen Protest treibender Fanatiker 10 Familienangehörige zum gemeinsamen Selbstmord. Auch dieser Tat, der ebenfalls Kinder zum Opfer fielen, ging ein besonderes Zeremoniell voraus.

Mitnahmeselbstmorde werden im übrigen meist von Frauen begangen, die dann gewöhnlich ihr Kind oder ihre Kinder in die Tat einbeziehen. SPANGENBERG stellte (1932) 30 Fälle zusammen, und hier standen 22 Frauen 8 Männern gegenüber. Bezeichnend erscheint weiter, daß in den von SPANGENBERG berücksichtigten Fällen die Frauen lediglich ihre Kinder umbrachten oder es versuchten, die männlichen Täter hingegen

bezogen ausnahmslos neben den Kindern auch die Frau mit ein, und es weist dies schon auf einen unterschiedlichen psychologischen oder psychopathologischen Hintergrund. Unter 16 Mitnahmesuiciden aus unserer Klinik befindet sich nur 1 Mann, ein familiär belasteter, haltloser Trinker, der ebenfalls Frau und Kinder umzubringen versuchte. Hier handelte es sich eindeutig um einen Mord- mit gleichzeitigem Selbstmordversuch durch Leuchtgas, und zwar im Zustande geminderter Zurechnungsfähigkeit. Von *Frauen* wird die Tat vor allem aus *depressiven* Affekten heraus begangen, insbesondere aus Angst, Kummer, Verzweiflung. Bei *Männern* überwiegen *sthenische* Affekte, meist sind sie diffus und ungerichtet. Wut, Rache, Vergeltung, Protest — unter Umständen gegen die Gesellschaft und das Leben überhaupt — spielen bei ihnen motivisch eine wesentliche Rolle. In der Psychopathologie ist seit langem die Tatsache bekannt, daß „echte“ Selbstmörder sich in ihrer charakterlichen Struktur unterscheiden gegenüber Menschen mit Suicidversuch, die sich selbst mehr oder minder bewußt oft genug eine Chance zum Überleben geben. Der erweiterte Suicidversuch ist, will man diese Unterscheidung treffen, fast immer ernst gemeint. Bei einer unserer Patientinnen lediglich schien er eine „Appellfunktion“ im Sinne von STENGEL zu haben. Hier war bemerkenswerterweise durch den Vater eine unverblünte Aufforderung zum Selbstmord vorausgegangen, und zwar wegen eines unehelichen Mischlingskindes.

Im Schrifttum wird die Rolle endogener Depressionen für den erweiterten Suicid hervorgehoben, wo die Beurteilung dann auf keine größeren Schwierigkeiten stoße, wie DONALIES zum Beispiel meint. *Unter unseren 15 weiblichen Fällen befanden sich jedoch nur 3 endogen Depressive*, bei denen wiederum zweimal äußere Momente zur Tat erheblich beitrugen. Im übrigen überwogen eindeutig *reaktive* Depressionen, unter ihnen fanden sich allerdings 2 Grenzfälle mit cyclothymen Belastung. Auch die Zusammenstellung SPANGENBERGS enthält, soweit zu beurteilen, nur eine endogene Depression. In herkömmlicher klinischer Sicht sind vor allem noch depressive Psychopathen zu berücksichtigen, auf deren Bedeutung für den erweiterten Suicid unter anderem schon BIRNBAUM hingewiesen hat. Bei 3 unserer hierzu gehörenden Fälle hatten ungünstige äußere Umstände episodisch zu einer Steigerung der depressiven Grundstimmung und schließlich zur Tat im affektiven Ausnahmezustand geführt.

Die neueren Anschauungen über den Selbstmord berücksichtigen bekanntlich in stärkerem Maße biographische und soziale Momente. Auch beim erweiterten Suicid ist die Verzahnung in der Persönlichkeit liegender Faktoren mit äußeren sehr eng, wie die Analyse des Einzelfalles immer wieder zeigt. Derartige Zusammenhänge können auch bei endogenen Depressionen unverkennbar sein. So etwa begünstigte bei

einer unserer Kranken Vereinsamung und bis in die Kindheit zurückreichende tief gestörte Beziehung zur Mutter den Tatentschluß. Die *prämorbid* Persönlichkeit der reaktiv Depressiven zeigt im übrigen immer wiederkehrende Besonderheiten, welche allerdings für viele Suicidanten überhaupt gelten mögen. Fast in der Regel besteht eine Neigung, das ganze Bewußtsein auf Unlust verursachende Empfindungen zu richten, und bei 3 Frauen ließ sich bis in die Jugend eine Bereitschaft, dem Leben kurzschlüssig ein Ende bereiten zu wollen, zurückverfolgen. Das von RINGEL herausgestellte „präsuicidale Syndrom“, dem allerdings nicht für den Selbstmord oder -versuch spezifische Bedeutung beigemessen werden kann, findet sich auch hier. Bei 3 unserer Patientinnen trat vor allem eine Neigung zur Flucht in die Irrealität hervor. Die Wunschvorstellungen kreisten insbesondere um ein Leben in Schönheit und Eleganz, auch um künstlerischen Ruhm.

Wenn diese Frauen auch oberflächlich, auf Schein und Effekt abgestellt erschienen, so war ein grob-hysterisches Sich-in-Szene-Setzen doch nicht die Regel. Der Beginn der Rückbildungsjahre kann, wie wir gesehen haben, unter solchen Voraussetzungen nicht nur vom Biologischen her eine Krisenzeit darstellen. Hoffnungslosigkeit, das Schwinden der Aussicht auf ein vielleicht doch noch äußerlich angenehmes Leben, auf den erstrebten sozialen Status, können zum wesentlichen untergründigen Faktor für einen erweiterten Suicid werden. Aus Konflikten und Spannungen — in erster Linie in der Ehe — erwachsen schließlich Gefühle, wie Auflehnung, Protest, auch Haß und eventuell Rache. Unverhohlene Rache jedoch tritt zurück hinter Ressentiments, hinter indirekter, gebrochener Auflehnung mit „chronischer Selbstvernichtung“ (BERMANN). Am Ende einer derartigen Entwicklung steht *Verzweiflung*, welche schließlich in der erweiterten Selbstmordhandlung ihren Gipfel findet.

Verzweiflung kann bekanntlich in verschiedensten Formen ein Ventil suchen. In unserem Zusammenhang erwähnenswert sind Beispiele „aggressiven Kummers“ aus der römischen Geschichte, welche v. HENTIG erwähnt. Beim Tode einzelner Kaiser nahmen sich auch Fernstehende das Leben oder sie setzten aus Verzweiflung ihre Kinder aus. Wie aggressiver Kummer sich gegen sich selbst richten kann — mangels eines anderen Objektes — wird auch im Märchen vom Rumpelstilzchen deutlich.

Wenn bei psychogenen Depressionen in erster Linie Verzweiflung zur Tat führt, so treibt die endogen Depressiven vor allem *Angst* zur Selbstvernichtung, und der Vernichtungsdrang wird aus dieser heraus auf andere Personen ausgedehnt. Die Rolle des „Raptus melancholicus“ beim erweiterten Suicid ist wohl bekannt, doch erscheint uns beachtenswert, daß vor der Tatdurchführung die Angst einem Affektstupor gewichen sein kann, besser vielleicht: einer *Emotionslähmung*, in der

schließlich ohne Gefühlsbeteiligung und konsequent gehandelt wird. Wir verfügen über spätere Selbstschilderungen zweier Kranker, die von innerer Leere und mechanischem, automatenhaftem Vorgehen berichteten. Nach der Tat blieb ihr Verhalten noch für längere Zeit inadäquat. Sie akzeptierten zum Beispiel zunächst auch nicht die Tatsache des Totseins ihrer Kinder.

Bei der 25jährigen Emma H. erinnerte das Geschehen in manchem an die von BAELEZ beschriebene Emotionslähmung nach dem Erleben schrecklicher Katastrophen. Diese bis dahin unauffällige und familiär nicht belastete Patientin, die — wie hervorzuheben ist — erst knapp 3 Wochen vorher entbunden hatte, trug einen heftigen Schreck davon, als sie eines ihrer Kinder schwer verunglücken sah. Nach anfänglicher panischer Erregung mit unsinnigem Verhalten wurde sie ängstlich und depressiv. Sie machte sich Selbstvorwürfe, obwohl weder Schuld noch Fahrlässigkeit ihrerseits vorlag, und sie äußerte Selbstmordabsichten. Schließlich wurde sie „starr und teilnahmslos“, wie die Angehörigen berichteten, und auch die Besserung des Befindens des Kindes berührte sie nicht. Zwölf Tage nach dem Unfallereignis versuchte sie, sich mit ihrem Säugling zu ertränken, dieser fand hierbei auch den Tod. Ihrer späteren Darstellung nach hatten Angst und Unruhe zu diesem Zeitpunkt einer „Empfindungslosigkeit“ Platz gemacht. Sowohl den Suicidversuch als auch die Mitnahme des Kindes konnte sie selbst nicht motivieren, die Annahme einer Verknüpfung mit einem Schuldwahn melancholischen Gepräges lag aber doch sehr nahe, trotz der Suspendierung der Erlebnisfähigkeit vor und bei der Tat.

Fehlende, absurde oder widersprüchliche Motivierungen treffen wir, wie auch beim alleinbegangenen Selbstmordversuch, vor allem bei Schizophrenen an. Für Geisteskranke kennzeichnend kann dabei auch eine ungewöhnliche Selbstmordart sein. Zum Beispiel beschreibt SCHOTTKY eine Schizophrene, die einen erweiterten Selbstmordversuch mittels Feuerlegen beging. Wir verfügen über keine Beobachtung schizophrener Mitnehmens, und es soll hierauf nicht näher eingegangen werden, jedoch sei erwähnt, daß eine unserer Patientinnen aller Wahrscheinlichkeit nach die Tat in einem epileptischen Ausnahmezustand, vermutlich in einem Dämmerzustand, beging. Eine eingehendere diagnostische Abklärung mittels Elektrencephalogramms war damals (1946) nicht möglich, doch sei die Krankengeschichte kurz umrissen.

Die 34jährige Meta B. zeigte in der Vorgeschichte weit zurückreichende, meist prämenstruelle Verstimmungszustände. Schilderungen durch den Ehemann lassen auch sehr an psychomotorische Anfälle denken, von generalisierten Anfällen wurde nichts berichtet. Einige Tage vor der Tat wurde die Patientin wiederum verstimmt und „eigenartig“. Sie äußerte Beziehungsideen und Wahnvorstellungen. Bei einem Spaziergang versuchte sie, sich unvermittelt von einem Felsen zu stürzen. Wenig später wollte sie sich die Pulsader aufschneiden. Am folgenden Tag stürzte sie sich mit ihrem 3jährigen Kind ins Wasser, letzteres konnte nicht gerettet werden. In der Klinik war die Patientin anfangs desorientiert, ängstlich-erregt und aggressiv, sie halluzinierte optisch und akustisch. Im weiteren Verlauf stellten sich generalisierte Krampfanfälle ein, und 5 Wochen nach der Aufnahme kam es zum Tod im Status epilepticus.

Ausweglosigkeit und Verzweiflung als Grundmotiv zum erweiterten Suicid lassen am Rande liegenden Erlebnisinhalten und Handlungen mehr Raum, als dies bei melancholischer Angst oder Psychosen der Fall ist, und so kann eine zur Tat entschlossene Mutter erst noch fast kultmäßige Vorbereitungen mit ihren Kindern treffen. Eine unserer Patientinnen zum Beispiel badete ihre Kinder und machte sie im Bett „schön zurecht“, ehe sie den Gashahn öffnete. Mit sich selbst machte sie übrigens keinen besonderen Aufwand. Zeremonielle und sakrale Vorbereitungen sind auch bei Gruppenselbstmorden beobachtet worden (SIKORSKI; MINOVICI). Es wurden diesen Beschreibungen zufolge zum Beispiel Sterbekleider angelegt, ein feierlicher Gottesdienst und ein Abschiedsmahl gehalten. Man wird derartige Vorgänge nicht ohne weiteres mit dem „Sterben in Schönheit“ mancher Psychopathen vergleichen können, sondern sie eher mit den tief verankerten, mit Tod und Bestattung zusammenhängenden Riten in Beziehung setzen müssen.

Demonstrative Bekundungen mögen gelegentlich aber auch hier ausschlaggebend sein, wie wir in einem Falle sahen. Diese Frau legte nach wiederholten Androhungen der Tat am Tage vor der Durchführung schwarze Kleidung an und ließ zugleich die zur Mitnahme bestimmten Kinder noch fotografieren.

Den erweiterten Suiciden oder Suicidversuchen von Frauen liegen, wie oft betont wird, meistens sozial-ethische Motive zugrunde. Aus Mitleid und Fürsorge werden Kinder in den Tod mitgenommen, es soll ihnen eine vermeintlich trübe Zukunft erspart bleiben, sie sollen nicht schutzlos zurückgelassen werden. Es ist versucht worden, diesen Altruismus in der Motivation zum Angelpunkt für die Abgrenzung des erweiterten Suicid gegen Mitnahmeselbstmord aus kriminellen Motiven zu machen. So meint E. LANGE, die Motive des erweiterten Selbstmordes seien immer altruistischer bzw. pseudoaltruistischer Natur, niemals egozentrischer Art, wie Rache, Vergeltung, Empörung. Er gelangt zur Konzeption „dem erweiterten Suicid ähnlichen Deliktsituationen“, bei denen sich eindeutig kriminelle Motivzusammenhänge ergeben. Das Bemühen, den Begriff des erweiterten Selbstmordes einzuengen, ist wohl zu begrüßen, aber die Fassung LANGES läßt verschiedene Bedenken aufkommen, vor allem im Hinblick auf den erweiterten Suicid von Frauen. Einmal schließt das Fehlen altruistischer Motive unseres Erachtens einen erweiterten Suicid im engeren Sinne keineswegs aus. Weiter kann sich die Annahme krimineller Motive, trotz zunächst eindeutig erscheinender Hinweise, als sehr problematisch erweisen. Zunächst einiges zum erstgenannten Gesichtspunkt: Das Bedürfnis nach Ableitbarkeit und Verstehbarkeit der Tat seitens des Untersuchers sollte nicht vorschnell zur Annahme altruistischer Beweggründe verleiten, wenn kriminelle nicht vorliegen. Angst kann, wie wir feststellen

konnten, zur Mitnahme auch aus eigentlich egozentrisch zu nennendem Motiv treiben.

Eine periodisch Depressive trug sich lange mit Suicidgedanken, dachte jedoch nicht daran, ihr Kind mitzunehmen. Sie drehte schließlich den Gashahn auf, bekam dann aber plötzlich große Angst vor dem Alleinsterven, wie sie später berichtete, und holte ohne Überlegung ihr 2jähriges Kind aus seinem Zimmer zu sich auf den Schoß.

In diesem Zusammenhang sei erwähnt, daß den Ethnologen das Mitnehmen in den Tod aus Angst vor dem Alleinsterven nicht unbekannt ist. Nach WISSLER werden bei einzelnen Naturvölkern Todkranke möglichst gemieden, weil es häufig vorkomme, daß sie Menschen aus ihrer Umgebung umzubringen versuchten. Dabei mag allerdings auch ein Nichtgönnen des Weiterlebens mitspielen, aber die Tendenz zum „Mitnehmen“ angesichts des Todes wird auf jeden Fall deutlich. Die Bereitschaft zum Mitnehmen ist der völkerkundlichen Literatur zufolge bei Naturvölkern überhaupt recht groß, wie die Neigung zum Selbstmord aus nichtigen Anlässen. WISSE führt zahlreiche Fälle an, in denen Mütter sich und ihre Kinder aus geringfügigem Ärger heraus umbrachten. Die Vorstellung, daß sie über das Leben ihrer Kinder nicht verfügen dürfen, ist noch gar nicht vorhanden oder nur sehr locker verankert. Sie fehlte bekanntlich auch alten Völkern noch, und v. HENTIG meint sicher mit Recht, dies werfe ein Licht auf die psychologische Genese der Kindes-tötung überhaupt.

Bei einem unserer Fälle erschien die Mitnahme der Kinder eher als archaischer Mechanismus deutbar, denn als Konsequenz eines Motivationsgeschehens. Die Kranke geriet in einen affektiven Ausnahmezustand, als sich die ihr seit langem ausweglos erscheinende Lebenssituation akut zuspitzte. Hochgradig erregt bat sie nun ihre Nachbarn um Rattengift zu suicidalen Zwecken, verwarf aber dieses Verlangen sofort mit der Bemerkung, es wäre gefährlich, damit könnten sich auch ihre zwei Kinder vergiften, und diese sollten am Leben bleiben. Als sie aber wenig später im Zimmer eine Wäscheleine liegen sah, konnte sie deren Aufforderungscharakter nicht widerstehen. Sie hängte ihre Kinder und sich auf, entgegen der noch Minuten vorher geäußerten Sorge um sie. Ein Vorsatz zu dieser Tat war ihr später nicht Erinnerung und sie erschien ihr fremd, wenngleich sie nach rationalen Erklärungen suchte.

In unserem Kulturkreis setzen wir den Altruismus der Mutterliebe als so selbstverständlich voraus, daß es uns nicht schwerfällt, ihn auch da noch anzuerkennen, wo das Kind seiner Entartung zum Opfer fällt. Beim erweiterten Suicid einer Mutter erscheint nicht nur ihr Selbsterhaltungstrieb gestört, sondern auch der sie an das Kind bindende Fürsorgetrieb. SPANGENBERG hat bei seiner Zusammenstellung gefunden, daß die Gerichte alle männlichen Täter verurteilt hatten, aber keine der weiblichen. Darin drückt sich wohl auch aus, daß bei den Frauen die Tat vom Selbstmord her gesehen, beim Manne aber kriminelle Tötungsabsichten angenommen wurden. Diese unterschiedliche Bewertung des

Mitnahmeselbstmordes beim Mann und bei der Frau stellt letztlich die Anerkennung eines unterschiedlichen biologischen, überindividuellen Sachverhaltes dar, denn dem Mann gestehen wir ja nicht im gleichen Maße den Schutz- oder Bewahrungstrieb zu wie der Frau. Die Erfahrung zeigt auch, daß wir im allgemeinen nicht fehlgehen mit der Vermutung nicht-egoistischer Motive beim erweiterten Suicid einer Mutter, gelegentlich aber kann Altruismus dieser Art auch beim Manne entscheidend sein, wie an einem von ZINGERLE beschriebenen Fall ersichtlich wird.

Bei der erweiterten Selbstmordhandlung einer Mutter sind zwar gewöhnlich wir-hafte Motive ausschlaggebend, doch lassen kriminelle Beweggründe sich nicht immer ausschließen, und es sollen zu diesem Problem noch einige Bemerkungen folgen. Rache, Protest oder ähnliche Gefühle spielen bekanntlich auch beim alleinbegangenen Selbstmord oder häufiger wohl beim Selbstmordversuch eine Rolle, wenngleich nicht außer acht zu lassen ist, daß gerade hier eruierbare Motive allzu leicht Scheinkausalitäten darstellen. Beim erweiterten Suicid stehen wir darüber hinaus noch vor der Frage, ob eine Mutter das Kind ihren Rachege-lüsten geopfert haben soll, ob wir angesichts *dieses* Tatbestandes vielleicht den vorhandenen egozentrischen Motiven oder Nebenmotiven einen kriminellen Wert beimessen sollen. Altristische und egozentrische Beweggründe zur Tat können, wie wir sahen, eng nebeneinander liegen. Eine unserer Patientinnen, die vor der Ehescheidung stand, gönnte ihrem Mann offensichtlich nicht das einzige Kind, welches ihm zugesprochen werden sollte. Ihre Empfindungen der vergötterten und verwöhnten, aber äußerst schwierigen Tochter gegenüber waren recht zwiespältig geworden, und offenbar aus Haßliebe versuchte sie schließlich, das Kind mitzuertränken, wobei der eigene Tod gleichermaßen aus Verzweiflung und aus Auflehnung gegen das bevorstehende Schicksal gesucht wurde. Für die Beurteilung solcher oder ähnlicher Fälle dürfte die Beantwortung der Frage entscheidend sein, ob wir es mit einer durch Gemütslosigkeit gekennzeichneten Täterin zu tun haben. Daneben stehen wir noch vor der methodischen Schwierigkeit, kaum Geständnisse erwarten zu können, sondern auf die eigene Interpretation des Verhaltens oder von Äußerungen im Zusammenhang mit der Tat angewiesen zu sein. Letztere besonders können in anscheinend überzeugender Weise für Rache und Vergeltung sprechen, wenn etwa demonstrative Tatandrohungen vorangegangen sind, wie wir es bei einer Frau erlebten. Naheliegenderweise bleibt aber zu fragen, ob noch von einer nichtpathologischen Motivation die Rede sein kann, wenn das Leben geliebter Kinder als Erpressungsmittel dient. Diese erwähnte Patientin steckte schließlich ihre Wohnung in Brand, um darin mit ihren zwei Kindern umzukommen. Eine derartig ungewöhnliche Selbstmordwahl spricht zwar von vornherein für eine pathologische Determinierung der Tat, sie deutet aber auch zusätzlich

auf gegen den Ehemann gerichtete Racheimpulse. Jedoch auch hierbei bleibt zu fragen, inwieweit nicht die Brandlegung letztlich aus der Mitnahmetendenz heraus geschah: Mitnahme nicht nur der Kinder, sondern auch des zur eigenen Person gehörenden Lebensraumes, des „erlebten Raumes“ im Sinne von ZUTT, BINSWANGER, STRAUSS. Auf derartige Beziehungen beim Suicid mittels Brandstiftung hat DONALIES hingewiesen, sie dürften jedoch anders zu werten sein wie Zerstörungsakte bei Selbstmord-Morddelikten, welche eher einen dranghaften Entladungs-Vandalismus darstellen. Beim erweiterten Suicid werden kriminelle Motivzusammenhänge stets sorgfältig auszuschließen sein, um sie von dem erweiterten Selbstmord lediglich ähnlichen Deliktsituationen im Sinne LANGES abzugrenzen. Es sollte hier aber abschließend auf die oft unüberwindlichen Schwierigkeiten bei einem derartigen Unterfangen hingewiesen werden.

Zusammenfassung

Die verschiedenen Formen von *Mitnahmeselbstmord* werden kurz erörtert. Es wird der geläufigen Einteilung gefolgt, wonach beim erweiterten Suicid die „Mitnahme“ sekundär aus dem beherrschenden Selbstvernichtungsstreben heraus erwächst. Auf die Verknüpfung verschiedener Arten von Mitnahmeselbstmord wird an Hand historischer Beispiele von Massenselbstmorden hingewiesen.

Unter Berücksichtigung 16 eigener Beobachtungen (darunter 15 Frauen) wird auf klinische Aspekte eingegangen. Es überwiegen *reaktiv Depressive*, deren prämorbid Persönlichkeit sich unter anderem durch die Neigung auszeichnet, daß ganze Bewußtsein auf die Unlust verursachenden Empfindungen zu richten. Konflikte führen hier vor allem zu Ressentiments und enden in *Verzweiflung* und pathologischen Affekten, wohingegen bei endogenen Depressiven psychotische *Angst* zur Selbstvernichtung treibt. Die Tat kann jedoch auch in einem einer *Emotionslähmung* (BAELZ) vergleichbaren Zustand begangen werden. Gelegentlich anzutreffende kultmäßige Vorbereitungen der Tat werden gestreift.

Den erweiterten Selbstmordhandlungen liegen — insbesondere bei Frauen — meist sozial-ethische Motive zugrunde. Es wird jedoch abgelehnt, eine altruistische Motivation zum Angelpunkt für den erweiterten Selbstmord im engeren Sinne zu machen. Ein Mitnahmemechanismus kann auch ohne erkennbare vorangehende Motivation in Gang kommen oder es kann sogar eine egozentrisch zu nennende Motivation vorliegen, nämlich Angst vor dem Alleinsterven. Dieses Phänomen hat möglicherweise ethnologische Hintergründe.

Kritisch wird die Frage beleuchtet, inwieweit bei der Mitnahme von Kindern durch ihre Mutter egozentrischen Motiven oder Nebenmotiven, insbesondere Rachegehlüsten, ein krimineller Wert beigemessen werden

kann. Es wird dies nicht grundsätzlich ausgeschlossen, jedoch liegen eventuell unüberwindliche Schwierigkeiten in dem Umstand, daß wir kaum auf Geständnisse, sondern auf die Interpretation von Verhaltensweisen und Äußerungen angewiesen sind.

Auf die Fragwürdigkeit eruierbarer Motive, gerade beim Selbstmord, wird hingewiesen, erpresserische Tatandrohungen können bereits tiefer Verzweiflung entstammen, welche schließlich im Ausnahmezustand ihren Gipfel findet. Auch wenn eine bestimmte Handlung, etwa eine mit dem erweiterten Suicid verbundene Brandstiftung, für Rache und Vergeltung zu sprechen scheint, so bleibt zu fragen, ob auch dann nicht eine Mitnahmetendenz entscheidend war, Mitnahme des zur Person gehörenden Lebensraumes, wie DONALIES es für den Selbstmord mittels Brandstiftung beschrieben hat.

Literatur

- BAELZ, E.: Über Emotionslähmung. *Allg. Z. Psychiat.* **73**, 170 (1901).
 BERMANN, G.: Der Selbstmord als Rache. *Mschr. Psychiat. Neurol.* **77**, 297 (1930).
 BIRNBAUM, K.: Die psychopathologischen Verbrecher. Leipzig: G. Thieme 1926.
 DONALIES, G.: Selbstmord und Brandstiftung. *Nervenarzt* **20**, 133 (1949).
 HENTIG, H. v.: Die Strafe I. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1954.
 LANGE, E.: Dem mißglückten erweiterten Suicid ähnliche Deliktsituationen und ihre kriminalpsychologische und psychiatrische Beurteilung. *Zbl. ges. Neurol. Psychiat.* **173**, 105 (1963).
 MINOVICI, M.: Induziertes Irresein, Selbstmord durch Kohlenoxyd bei 10 Mitgliedern einer Familie. *Ref. Zbl. ges. Neurol. Psychiat.* **54**, 395 (1930).
 RINGEL, E.: Der Selbstmord. Wien: W. Maudrich 1953.
 SCHIPKOWENSKY, N.: Mitgehen und Mitnehmen in den Tod. *Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.)* **15**, 226 (1963).
 SCHOTTKY, J.: Über Brandstiftung von Schizophrenen. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* **173**, 109 (1941).
 SIKORSKI, J. A.: Epidemischer freiwilliger Totschlag. *Allg. Z. Psychiat.* **55**, 326 (1898).
 SPANGENBERG, H.: Familienmord und erweiterter Selbstmord. *Med. Diss. Düsseldorf* 1932.
 STENGEL, E.: Selbstmord und Selbstmordversuch. *Psychiatrie der Gegenwart III*. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1961.
 WEICHBRODT, R.: Der Selbstmord. Basel: S. Karger 1937.
 WETZEL, A.: Über Massenmörder. Berlin: Springer 1920.
 WISSE, J.: Selbstmord und Todesfurcht bei den Naturvölkern. Zutphen: W. J. Thieme 1933.
 WISSLER, C.: zit. nach ELLENBERGER, H.: Der Selbstmord im Lichte der Ethnopsychiatrie. *Mschr. Psychiat. Neurol.* **125**, 347 (1953).

Dr. E. POPPELLA,
 Universitäts-Nervenklinik, Jena, Philosophenweg 3