

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	1
2	THEORIE	2
2.1	Schizophrenie und Straffälligkeit.....	2
2.1.1	Internationale Studien zur Häufigkeit von Gewalttaten bei Schizophrenie.....	2
2.1.2	Einfluss ausgewählter Variablen auf die Häufigkeit von Gewalttaten schizophrener Erkrankter.....	3
2.1.3	Einfluss psychotischer Symptome auf das Gewalttrisiko	4
2.1.4	Motive psychisch kranker Gewalttäter.....	5
2.1.5	Zusammenfassung zu Schizophrenie und Straffälligkeit	5
2.2	Sexuelle Gewaltdelinquenz.....	6
2.2.1	Arten von Sexualstraftaten.....	6
2.2.2	Juristische Definitionen der Taten gegen die sexuelle Selbstbestimmung.....	8
2.2.3	Häufigkeit von Sexualstraftaten.....	9
2.2.4	Typologien.....	10
2.2.5	Entstehung von Paraphilien	12
2.2.6	Pathologie von Sexualdelinquenten	13
2.2.7	Zusammenfassung zu sexueller Gewaltdelinquenz.....	14
2.3	Sexuelle Gewaltdelinquenz schizophrener Männer.....	15
2.3.1	Internationale Forschungsergebnisse	15
2.3.2	Zusammenfassung zu Gewaltdelinquenz schizophrener Männer	19
2.3.3	Ableitungen für die eigene Untersuchung.....	19
3	METHODE.....	21
3.1	Untersuchungsziele und Hypothesen	21
3.1.1	Forschungsfragen beim Vergleich der Gruppe der schizophrenen und nicht schizophrenen Sexualstraftäter.....	21
3.1.2	Forschungsfragen für die Untergruppen der schizophrenen Sexualstraftäter.....	26
3.2	Wahl der Methode: Inhaltsanalyse	26
3.3	Untersuchungsmaterial und Stichprobe	27
3.4	Aufbau des Erhebungsbogens.....	28
3.5	Durchführung und Auswertung.....	29
4	ERGEBNISSE	30
4.1	Beschreibung der Untersuchungsgruppen	30
4.1.1	Beschreibung der Gruppe der schizophrenen Sexualstraftäter.....	30
4.1.1.1	Demographische Daten	30
4.1.1.2	Sozialer Hintergrund	30
4.1.1.3	Kindheitsvariablen.....	31
4.1.1.4	Psychopathologie.....	31
4.1.1.5	Vorstrafen und bisherige Delikte.....	32
4.1.1.6	Sexuelle Funktion.....	32
4.1.1.7	Soziale Funktion.....	32
4.1.1.8	Psychosexuelle Variablen.....	32
4.1.1.9	Neurokognitive Funktionen.....	33
4.1.1.10	Tatablauf.....	33
4.1.2	Zusammenfassung zur Beschreibung der schizophrenen Sexualstraftäter.....	35

4.1.3	Beschreibung der Gruppe der nicht schizophrenen Sexualstraftäter.....	42
4.1.3.1	Demographische Daten	42
4.1.3.2	Sozialer Hintergrund	43
4.1.3.3	Kindheitsvariablen.....	43
4.1.3.4	Psychopathologie.....	43
4.1.3.5	Vorstrafen und bisherige Delikte.....	44
4.1.3.6	Sexuelle Funktion.....	44
4.1.3.7	Soziale Funktion.....	44
4.1.3.8	Psychosexuelle Variablen.....	44
4.1.3.9	Neurokognitive Funktionen.....	45
4.1.3.10	Tatablauf.....	45
4.1.4	Zusammenfassung zur Beschreibung der nicht schizophrenen Sexualstraftäter.....	46
4.2	Vergleich der schizophrenen und nicht schizophrenen Sexualstraftäter.....	48
4.2.1	Ergebnisse zum Einfluss der Negativsymptomatik auf das Tatverhalten	49
4.2.2	Ergebnisse zum Einfluss der Positivsymptomatik auf das Tatverhalten	53
4.2.3	Ergebnisse zum Einfluss dissozialer Persönlichkeitszüge auf Tatmerkmale	54
4.2.4	Ergebnisse zum Einfluss neurokognitiver Defizite auf Tatmerkmale.....	58
4.2.5	Zusammenfassung zum Vergleich der schizophrenen und nicht schizophrenen Sexualstraftäter	59
4.3	Beschreibung und Vergleich der Untergruppen der schizophrenen Sexualstraftäter.....	60
4.3.1	Vergleich der psychotischen und nicht psychotischen Untergruppe.....	61
4.3.2	Vergleich der dissozialen und nicht dissozialen Untergruppe	64
4.3.3	Vergleich der substanzabhängigen und nicht substanzabhängigen Untergruppe.....	67
4.3.4	Vergleich der sadistischen und nicht sadistischen Untergruppe	70
4.3.5	Zusammenfassung zum Vergleich der Untergruppen der schizophrenen Sexualstraftäter	74
5	DISKUSSION	76
5.1	Ergebnisdiskussion zur deskriptiven Darstellung der Gruppe der schizophrenen Sexualstraftäter ..	76
5.2	Hypothesengeleitete Diskussion der Ergebnisse zum Vergleich der Gruppe der schizophrenen und nicht schizophrenen Sexualstraftäter	78
5.2.1	Ergebnisdiskussion zum Einfluss der Negativsymptomatik auf das Tatverhalten	79
5.2.2	Ergebnisdiskussion zum Einfluss der Positivsymptomatik auf das Tatverhalten	82
5.2.3	Ergebnisdiskussion zum Einfluss der Dissozialität auf Tatmerkmale.....	83
5.2.4	Ergebnisdiskussion zum Einfluss neurokognitiver Defizite auf Tatmerkmale	85
5.2.5	Zusammenfassung der hypothesengeleiteten Ergebnisdiskussion	86
5.3	Diskussion der Ergebnisse für die Untergruppen der schizophrenen Sexualstraftäter	87
5.3.1	Ergebnisdiskussion zu psychotischen vs. nicht psychotischen schizophrenen Sexualstraftätern.....	87
5.3.2	Ergebnisdiskussion zu dissozialen vs. nicht dissozialen schizophrenen Sexualstraftätern	89
5.3.3	Ergebnisdiskussion zu abhängigen vs. nicht abhängigen schizophrenen Sexualstraftätern.....	90
5.3.4	Ergebnisdiskussion zu sadistischen vs. nicht sadistischen Sexualstraftätern	92
5.3.5	Zusammenfassung der Ergebnisdiskussion für die Untergruppen der schizophrenen Sexualstraftäter und Einordnung in bestehende Typologien.....	93
5.4	Kritische Würdigung der eigenen Untersuchung und Forschungsanstöße	96
6	ZUSAMMENFASSUNG	99
7	LITERATUR	100
8	ANHANG	107
8.1	Anhang A Erhebungsbogen	107
8.2	Anhang B Definitionen zum Erhebungsbogen	122

TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS

TAB.1 ÜBERSICHT ZU DEN UNTERSUCHUNGSGRUPPEN.....	36
TAB.2 SOZIALER HINTERGRUND.....	37
TAB. 3 KINDHEITSVARIABLEN SCHIZOPHRENER UND NICHT SCHIZOPHRENER.....	37
TAB. 4 PSYCHOPATHOLOGIE.....	38
TAB.5 DELINQUENZMUSTER.....	39
TAB. 6 SOZIALE UND SEXUELLE FUNKTION.....	40
TAB.7 TATABLAUF.....	40
TAB.8 TATMERKMALE.....	41
TAB.9 MEDIKAMENTENEINNAHME.....	41
TAB. 10 VERGLEICH DER DREI OPFER SCHIZOPHRENER ZU AUSGEWÄHLTEN TATMERKMALEN.....	41
TAB. 11 VERGLEICH DER DREI OPFER NICHT SCHIZOPHRENER ZU AUSGEWÄHLTEN TATMERKMALEN.....	48
TAB.12 SOZIALE DESINTEGRATION SCHIZOPHRENER VS. NICHT SCHIZOPHRENER.....	50
TAB.13 SOZIALE ISOLATION SCHIZOPHRENER VS. NICHT SCHIZOPHRENER.....	52
TAB.14 STADIEN DER SCHIZOPHRENIE.....	53
TAB.15 EINFLUSS DER POSITIVSYMPTOMATIK.....	54
TAB.16 PSYCHOSEXUELLE FAKTOREN BEI SCHIZOPHRENEREN VS. NICHT SCHIZOPHRENEREN.....	55
TAB.17 GEWALTAUSMAß SCHIZOPHRENER VS. NICHT SCHIZOPHRENER.....	56
TAB.18 ZUSAMMENGEFASSTES GEWALTAUSMAß SCHIZOPHRENER VS. NICHT SCHIZOPHRENER.....	57
ABB.1 GEWALTAUSMAß IN ABHÄNGIGKEIT DER BEKANNTHEIT BEI SCHIZOPHRENEREN UND NICHT SCHIZOPHRENEREN.....	57
TAB.19 BEKANNTHEIT UND TATORT SCHIZOPHRENER VS NICHT SCHIZOPHRENER.....	57
TAB.20 SEXUELLE PRAKTIKEN SCHIZOPHRENER VS. NICHT SCHIZOPHRENER.....	58
TAB 21 EINSCHRÄNKUNGEN IN DER AUSFÜHRENDEN FUNKTION UND IMPULSIVITÄT BEI SCHIZOPHRENEREN.....	59
TAB.22 NEUROKOGNITIVE DEFIZITE SCHIZOPHRENER.....	59
ABB.2: VERTEILUNG DER UNTERGRUPPEN DER SCHIZOPHRENEREN SEXUALSTRAFTÄTER AUF WEITERE UNTERGRUPPEN.....	61
ABB.3: ALTERSVERTEILUNG DER PSYCHOTISCHEN UNTERGRUPPE.....	63
TAB.23 AUSGEWÄHLTE TATMERKMALE DER PSYCHOTISCHEN UNTERGRUPPE.....	63
ABB.4: ALTERSVERTEILUNG DER DISSOZIALEN UNTERGRUPPE.....	66
TAB.24 AUSGEWÄHLTE TATMERKMALE DER DISSOZIALEN UNTERGRUPPE.....	66
ABB.5 ALTERSVERTEILUNG DER SUBSTANZABHÄNGIGEN UNTERGRUPPE.....	69
TAB.25 AUSGEWÄHLTE TATMERKMALE DER SUBSTANZABHÄNGIGEN UNTERGRUPPE.....	69
ABB.6 ALTERSVERTEILUNG DER SADISTISCHEN UNTERGRUPPE.....	72
TAB.26 AUSGEWÄHLTE TATMERKMALE DER SADISTISCHEN UNTERGRUPPE.....	73
TAB.27 KINDHEITSVARIABLEN DER SADISTISCHEN UNTERGRUPPE.....	74

1 EINLEITUNG

Stellen Sie sich vor, Sie sind eine Frau. In den frühen Morgenstunden sind Sie von einem angesagten Berliner Nachtclub auf dem Weg nach Hause, alleine. Als Sie aus dem Bus aussteigen, bemerken Sie hinter sich einen Mann, der ihnen folgt. Sie gehen schneller, weil ihnen mulmig zumute ist. Als Sie das Schloss zur Haustüre öffnen, umgreift der Mann Sie von hinten und zerrt Sie in den dunklen Hausflur. Eine Alkoholfahne schlägt Ihnen entgegen. Sie schreien und wehren sich. Der Mann starrt Sie mit leeren Augen an, murmelt nicht verständliche Phrasen und zuckt zusammen, bevor er von Ihnen ablässt. Die Frage, die sich unwillkürlich aufdrängt, ist die des Geisteszustandes des Mannes. Deuten die leeren Augen und das Gemurmel auf eine psychische Krankheit hin oder ist dies dem Einfluss des Alkohols oder der Persönlichkeitszüge zuzuschreiben? Wenn der Mann tatsächlich krank ist, besteht für die eigene Person nicht eine viel größere Gefahr als bei einem nicht kranken Täter? Psychisch kranke Täter sind doch viel unberechenbarer und grausamer. Diese Gedanken wären in solch einem Fall nahe liegend und durch reißerische Schlagzeilen bei Sexualverbrechen genährt. Wie wahrscheinlich ist es tatsächlich, von einem psychisch kranken Sexualstraftäter überwältigt zu werden? Dieser fiktive Fall eines sexuellen Übergriffs könnte sich in Deutschland bis zu 8000 Mal im Jahr ereignen. Der Anteil von psychisch Kranken an diesen Sexualverbrechen in Deutschland ist nicht hinreichend bekannt. Allerdings legen Studien aus dem englischsprachigen Raum nahe, dass diese lediglich eine Minderheit an der Gesamt Täterzahl darstellen. Wie ist am Tatablauf und Tatverhalten erkennbar, ob es sich um einen psychisch kranken Täter handelt? Gibt es überhaupt Unterschiede zwischen gesunden und kranken Delinquenten. Tatsächlich gibt es bislang nur wenige Studien im internationalen und keine im deutschsprachigen Raum, die zur Beantwortung dieser Fragen herangezogen werden können. Daher ist es Ziel der vorliegenden Arbeit, erste Erkenntnisse in diesem Bereich in Deutschland zu erbringen, bestehende Ergebnisse näher zu beleuchten und die Gruppe der psychisch kranken Sexualstraftäter weiter auszudifferenzieren

2 THEORIE

Im Folgenden wird auf theoretische Befunde zur Häufigkeit schizophrener Straftaten, auf sexuelle Gewaltdelinquenz im Allgemeinen und abschließend auf sexuelle Gewaltdelinquenz schizophrener Männer eingegangen. Dabei werden die für das Verständnis der eigenen Arbeit relevanten Befunde aus der Literatur dargestellt.

2.1 Schizophrenie und Straffälligkeit

Geht es in Deutschland um die Verbindung Schizophrenie und Gewalttätigkeit, wird unverzüglich die viel zitierte Studie von Böker und Häfner (1973) herangezogen, deren Globalaussage die Übereinstimmung der Gefährlichkeit Psychosekranker mit derjenigen der strafmündigen Allgemeinbevölkerung ist. Gefährlichkeit wurde hierbei als relative Wahrscheinlichkeit, eine Gewalttat zu begehen, definiert. Berücksichtigt werden sollte, dass der Erhebungszeitpunkt lange zurückliegt (1955-1964) und dass es in Deutschland bis in die 90er Jahre hinein kaum Folgeforschungen zu diesem Thema gab. Aus den angelsächsischen und skandinavischen Ländern liegen in neuerer Zeit mehrere Studien unterschiedlicher Methodik und Fallzahlen zur Häufigkeit von Gewaltdelikten psychisch Kranker vor.

2.1.1 Internationale Studien zur Häufigkeit von Gewalttaten bei Schizophrenie

Lindquist und Allebeck (1990) erhoben Daten aller im Jahre 1971 aus stationär-psychiatrischer Behandlung in Stockholm entlassener Schizophrenen. Sie fanden bei 644 schizophrenen Patienten eine, verglichen mit der männlichen Allgemeinbevölkerung, etwa gleich hohe kumulative Kriminalitätsrate, während diese bei den schizophrenen Frauen auf das Doppelte erhöht war. Bei Gewaltdelikten meist geringerer Schwere fand sich hingegen ein vierfach erhöhter Wert bei den Schizophrenen. Swanson et al. (1990) fanden in einer Untersuchung einen Anteil von 0,5 bis 3% durch Schizophrene begangene an den insgesamt verübten Gewaltdelikten einer Gesellschaft. Belfrage (1998) verfolgte alle im Jahre 1986 aus drei Stockholmer Krankenhäuser entlassene Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie, affektiven oder paranoiden Psychose (nach ICD-9) für die folgenden 10 Jahre und fand eine etwa dreifach erhöhte Kriminalitätsrate der psychisch Kranken im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Schizophrene wiesen unter den Krankheitsgruppen die höchste Kriminalität auf, allerdings nur in Bezug auf Tötungs- und Eigentumsdelikte, nicht bezüglich der Gewaltdelikte. Taylor und Gunn (1999) erfassten, Teilbefunde von Belfrage (1998) unterstützend, einen 5 bis 10%igen Anteil

schizophrener Täter an Tötungsdelikten. Hodgins et al. (1996) publizierten die wohl gründlichste Untersuchung zur Assoziation von Kriminalität und psychischer Krankheit. Sie erfassten stationär-psychiatrische Aufenthalte, Entlassungsdiagnosen und strafrechtliche Verurteilungen einer dänischen Geburtenkohorte bis zum 43. Lebensjahr und fanden bei Männern wie Frauen mit Aufenthalten in einem psychiatrischen Krankenhaus häufigere Verurteilungen wegen eines Delikts als bei solchen ohne einen derartigen Aufenthalt. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Studien von finnischen (Tiihonen et al., 1997) und neuseeländischen Geburtskohorten (Arseneault et al., 2000), wobei sich neben der erhöhten Gewalttendenz bei Schizophrenen ebenfalls eine solche bei Alkohol- und Cannabisabhängigkeit zeigte.

2.1.2 Einfluss ausgewählter Variablen auf die Häufigkeit von Gewalttaten schizophrener Erkrankter

Die Kombination aus Schizophrenie und Substanzmissbrauch stellte nach der Studie von Tiihonen et al. (1997) einen Risikofaktor für Gewaltkriminalität dar. In einer Feldstudie, dem „Epidemiological-Catchment-Area-Project“ wurden durch die Arbeitsgruppe um Swanson (1994) insgesamt 10059 Personen an mehreren Orten der USA, neben zahlreichen anderen, auch Fragen zu gewalttätigem Verhalten wie Waffengebrauch und Schlägereien gestellt. Die Ergebnisse der selbst berichteten Gewalttätigkeit schizophrener Männer und Frauen unterstützten die Ergebnisse der unterschiedlichen Geburtskohortenstudien. Gegenüber der Bevölkerung ohne eine psychische Störung berichteten Schizophrene etwa vierfach häufiger über Gewalttaten. Bei gleichzeitigem Bestehen einer Substanzabhängigkeit verdoppelte sich die Rate noch einmal. Insgesamt wiesen Männer eine bis zu 50% höhere Gewaltrate als Frauen auf. Ein erhöhtes Risiko, Gewaltdelikte, genauer Tötungsdelikte, zu begehen, hatten in einer Untersuchung von Link et al. (1998) bestimmte Untergruppen von Schizophrenen. Zu nennen wäre die Gruppe der Schizophrenen mit einem stabilen Muster antisozialen Verhaltens seit der Adoleszenz sowie die Gruppe der Schizophrenen mit einer langen Vorgeschichte von Alkoholmissbrauch. Aber auch Faktoren wie Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Hautfarbe und Familienstatus übten Einfluss auf die Gewaltrate aus. So neigten ledige, getrennt lebende oder geschiedene Männer im Alter von 18-29 Jahren mit nicht-weißer Hautfarbe und der Unterschicht zugehörig zu signifikant häufigerer Gewaltanwendung. Die Studie von Yersavage (1983) zeigte, dass gewalttätige schizophrene Patienten einen social drift durchgemacht hatten, d.h. einer niedrigeren sozialen Schicht als ihre Herkunftsfamilie angehörten. In einigen Studien (z.B. Hodgins und Janson, 2002) wurde ein direkter Zusammenhang zwischen Substanzmissbrauch, jüngerem Alter bei Substanzmissbrauch und antisozialen

Persönlichkeitszügen gefunden. Smith und Newman (1990) stellten fest, dass es zwischen der Substanzabhängigkeit selbst und dem Vorliegen oder der Vorgeschichte dissozialer Persönlichkeitszüge einen Zusammenhang gibt. Tengström et al. (2004) fanden bei Schizophrenen einen signifikanten Zusammenhang zwischen antisozialen Persönlichkeitszügen und dem Begehen von Straftaten. Bei der Unterscheidung von schizophrenen Straftätern in frühe und späte Anfänger (z.B. Hodgins und Côté, 1993) wurde für die frühen Straffälligen ein stabiles Muster antisozialer Persönlichkeitszüge, persistierende und vielfältige Kriminalität im Erwachsenenalter sowie ein jüngeres Alter bei Erstmissbrauch von Drogen und Alkohol entsprechend nicht kranker Straftäter gefunden.

2.1.3 Einfluss psychotischer Symptome auf das Gewaltisiko

Der Einfluss der psychotischen Symptomatik auf die Anwendung von Gewalt ist ein ebenfalls vielfach diskutierter Gegenstand der Forschung. Ein Zusammenhang zwischen produktiv-psychotischer Symptomatik und Gewaltdelinquenz wurde in einigen Studien explizit verneint (Appelbaum et al., 2000), während gerade diese als Risikofaktor in anderen Studien betont wurde (z.B. Hodgins et al., 2003). In einer weiteren Untersuchung von Swanson et al. (1997) zeigten sich signifikante Zusammenhänge von Gewalt und Suchtmorbidität, von Gewalt und bestimmten psychotischen Symptomen (wie Bedrohungserleben) sowie fehlendem Kontakt mit psychiatrischen Hilfssystemen. Der Zusammenhang der psychotischen Symptomatik mit dem Gewaltisiko war überraschenderweise kurvilinear. Dies bedeutete, dass schwer psychotische Patienten eher weniger gewalttätige Handlungen begingen als mäßig psychotische. Als Ursache wurden störungsbedingte, mangelnde soziale Kompetenz sowie mangelnde Gelegenheit gemutmaßt. Ein linearer Zusammenhang zwischen der Intensität von Wahnvorstellungen und der Schwere von Gewalttaten wurde sowohl in der Untersuchung von Taylor et al. (1994) wie auch von Robertson und Taylor (1993) gezeigt, ein auch in anderen Studien bekannter Befund (Böker und Häfner, 1973; Krakowsky et al., 1986). Der in einigen Untersuchungen festgestellte Altersunterschied von psychotischen vs. nicht psychotischen Gewalttätern (z.B. Böker & Häfner, 1973), wobei die psychotischen bei der Tat älter waren, deutete darauf hin, dass „...psychosis did indeed trigger offending in some people, and reference back to the illness and criminal careers of these men tended to confirm that“ (Taylor, 1993: 80). Widersprüchlich dazu fanden Tardiff und Sweillam (1982) vermehrte Aggressivität nicht paranoiden im Vergleich zu paranoiden Schizophrenen. Rasch und Konrad (2004: 260) warnten davor, „...allzu schnell mit kausalen Verknüpfungen zwischen Krankheitssymptomatik und Aggressionsverhalten aufzuwarten“, was dazu aufforderte, die teils widersprüchlichen Forschungsergebnisse zu

überdenken und weitere Einflussfaktoren in die Diskussion mit ein zu beziehen. Demnach wäre zu beachten, dass Böker und Häfner (1973) in der Persönlichkeit verankerte Tendenzen zu aggressivem Verhalten einen weitaus stärkeren Einfluss auf das Risiko für eine Gewalttat beimaßen als der Krankheit an sich. Diese Tendenzen waren bei den psychotischen Schizophrenen meist lange vor Ausbruch ihrer Krankheitssymptome manifest geworden. Gewaltdelikte, die im Anfangsstadium, dem so genannten Prodromalstadium der Schizophrenie begangen worden sind, haben in der forensisch-psychiatrischen Forschung ebenfalls Aufmerksamkeit gefunden. Rasch und Konrad (2004) wiesen darauf hin, dass Schizophrene Straftaten begingen, bei denen die Krankheit bereits seit Längerem bestanden hatte, aber oftmals nicht diagnostiziert worden war. Allerdings wurde bei nicht ersichtlicher schizophrener Symptomatik das Fehlen eines plausiblen Tatmotivs als Hinweis auf eine psychotische Störung gewertet (Stransky, 1950), was Befunde zu Taten in der Prodromalphase verzerrt haben könnte.

2.1.4 Motive psychisch kranker Gewalttäter

Die Motive, aus denen heraus schizophren Erkrankte Gewalttaten begehen, sind ein vergleichsweise wenig untersuchtes Gebiet. Taylor (1985) interviewte diesbezüglich Gefängnisinsassen, von denen über die Hälfte an einer Psychose erkrankt waren. Während der Straftaten waren etwa die Hälfte der Probanden psychotisch. Das Handeln von 20% der Erkrankten wurde direkt durch psychotische Symptome, von 26% vermutlich durch solche bestimmt. Als subjektiv angegebene Motive für die Straftat wurden als häufigstes Wahn, gefolgt von materiellem Gewinn, Reaktion auf Provokation, Halluzinationen und sexuelle Motive angegeben. Buchanan et al. (1993) befragten sowohl wahnhafte Patienten als auch externe Beobachter, um einen Zusammenhang zwischen Wahninhalten und Verhalten zu ermitteln. Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Wahnsystem und dem Handeln der schizophrenen Patienten nach deren Selbsteinschätzung, wohingegen dieser Zusammenhang bei der Beurteilung der Beobachter ausblieb. Das Verhalten der Schizophrenen wirkte wohl auf die Beobachter sinnlos und selbst durch verbale Äußerungen der psychotisch Handelnden im Kontext nicht verständlich.

2.1.5 Zusammenfassung zu Schizophrenie und Straffälligkeit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es in den letzten Jahrzehnten einige methodisch sauber durchgeführte Untersuchungen zur Epidemiologie von Gewaltdelikten bei Schizophrenen sowie zum Zusammenhang von Substanzabhängigkeit, Positivsymptomatik, sozialem Hintergrund, von antisozialen Persönlichkeitszügen sowie subjektiver Motive mit gewalttätigem

Handeln gegeben hat. Als gesicherter Befund kann die deutlich erhöhte Disposition Schizophrener zu schweren Gewalttaten gelten. Es ist davon auszugehen, dass das relative Risiko für die Begehung von gewalttätigen Handlungen bei Schizophrenen signifikant erhöht ist. Allerdings gilt es zu bedenken, dass der Anteil der von Schizophrenen begangenen Gewalttaten an der Gesamtheit begangener Gewalttaten lediglich bei ca. 0,5-3% liegt (Swanson et al., 1990). Bei Tötungsdelikten liegt der Anteil mit 5-10 % etwas höher (Taylor und Gunn, 1999). Die Krankheitssymptomatik alleine stellt wohl keine ausreichende Erklärung für diese Befunde dar. So muss neben Positivsymptomen auch der Einfluss der Alkohol- und Drogenabhängigkeit, antisozialer Persönlichkeitszüge sowie krimineller und sexueller Motive berücksichtigt werden. Es kann also bei der Frage zur Straffälligkeit Schizophrener von komplexen Zusammenhängen ausgegangen werden, wobei einige Einflussfaktoren auch untereinander verknüpft zu sein scheinen.

2.2 Sexuelle Gewaltdelinquenz

Die in der eigenen Untersuchung erfassten Sexualstraftaten wie Vergewaltigung und Sexuelle Nötigung werden im StGB im Abschnitt 13 unter den „Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung“ aufgeführt. Die hierunter gefassten Taten sind sowohl hinsichtlich der Art (z.B. §174 sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen, § 181a Zuhälterei) wie auch unter dem Aspekt der Gewalt (gewaltlose z.B. §183 exhibitionistische Handlungen und gewalthaltige Handlungen z.B. §177 Vergewaltigung) heterogen. Im Folgenden werden ausgewählte, für die eigene Untersuchung relevante Sexualstraftaten nach Erklärungsmodellen, juristischer Definition und deren Häufigkeit abgehandelt. Auf medizinisch-psychiatrische Einteilungen im Sinne von Typologien sowie die Begrifflichkeiten der Perversion und Paraphilie wird ebenfalls eingegangen.

2.2.1 Arten von Sexualstraftaten

Bei der Beleuchtung forensisch relevanter Sexualstraftaten soll zunächst der Exhibitionismus aufgeführt werden, der vor allem als unschickliche Belästigung imponiert. Dabei beinhaltet die typische Exhibition die stumme Präsentation des meist erigierten Gliedes mit oder ohne Masturbation, überwiegend vor Frauen und Mädchen oder speziell vor Kindern, seltener vor Jungen und extrem selten vor Männern. Ein Übergang in aggressive Übergriffe ist möglich, allerdings schwanken die Angaben über deren Häufigkeit in der Literatur stark (3-15%). Eine innere Verfassung mit einem Gemisch aus Unruhe, Getriebensein und Rastlosigkeit, die dann von sexueller Spannung überlagert wird, geht dem Akt des Entblößens meist voraus. Die

Exhibition wird vorwiegend von Männern jüngeren und mittleren Lebensalters begangen (Pfäfflin, 2004). Statistisch abgrenzbar sind nach Schorsch et al. (1971) drei Gruppen von Exhibitionisten. Der typische Exhibitionist, dessen Tat wie ein Ausbruch aus einem Leben voller Kränkungen wirkt, der jugendliche Exhibitionist, der einzelgängerisch und kontaktarm durch die Exhibition ein Kontaktangebot macht sowie der Exhibitionismus bei instabilen, sozial wenig integrierten Persönlichkeiten, deren exhibitionistischen Wünsche und deren Realisierung häufig mit aggressiven Zügen gepaart sind. Als nächstes sind die aggressiven Sexualdelikte zu nennen, bei denen sich überwiegend das Delikt der Sexuellen Nötigung und der Vergewaltigung findet. Diese Taten werden hauptsächlich von jungen erwachsenen Männer mit niedrigem Bildungs- und sozialen Niveau sowie einer erhöhten Neigung zu Alkoholmissbrauch begangen (Abracen et al., 2000; Murray, 2000; König et al., 2005). Es lassen sich zwei Hauptformen der Aggressivität bei Vergewaltigungen unterscheiden. Einmal gibt es den instrumentellen Einsatz der Aggressivität, um den Geschlechtsverkehr zu erreichen. Diese Form findet sich beim so genannten Machotyp, der Frauen einfach „benutzt“. Zum anderen findet sich die Sexualisierung der Aggression, bei der die Aggression der Frau gegenüber eher Abwehrcharakter hat. Es handelt sich dabei um Täter, die ausgeprägte Probleme mit ihrer männlichen Identität haben (Pfäfflin, 2004). Typologien zu Vergewaltigern sind folgend aufgeführt (siehe Abschnitt 2.2.5 des Theorieteils). Bei den sexuell motivierten Tötungen lassen sich zum einen Täter mit sadistisch perverser Entwicklung zum anderen Impulshandlungen als Durchbruch einer destruktiven Dynamik unterscheiden. Bei der sadistischen Persönlichkeit handelt es sich um zumeist gut integrierte Personen, deren Delikt im krassen Gegensatz zu ihrer sonstigen Lebensführung steht. Die Perversion ist entweder bereits seit der Pubertät angelegt und im Laufe der Zeit variiert und angereichert oder erst durch eine Lebenskrise oder ein kritisches Ereignis in Gang gesetzt worden. Andere sexuelle Befriedigungsformen erlebt der Täter häufig als reizlos oder verfügt gar nicht erst darüber. Das Tatgeschehen läuft oft in einem Zustand narzisstisch-rauschhafter Ich-Fremdheit ab. Es entsteht dabei der Eindruck einer gewissen Zwangsläufigkeit von der Fantasie bis hin zur Tat (Pfäfflin, 2004). Bei der zweiten Form, den Impulshandlungen, ist die Person weniger sozial angepasst, weist Verwahrlosungssymptome, Instabilitäten im sozialen wie beruflichen Bereich und kriminelle Tendenzen auf. Die Unreife der Sexualität stellt ein weiteres Merkmal dar, welches sich in polymorph-perversen sexuellen Verhaltensweisen äußern kann. Die Tötungshandlung ist weniger als ritualisierte und zwangsläufige Handlung, sondern vielmehr als Durchbruch sexualisierter destruktiver Impulse anzusehen. So kommt es häufiger zu objektbezogenen Affekten der Handlung (Pfäfflin, 2004).

Da in vielen Sexualdelikten Sadomasochismus eine Rolle spielt, sei hier kurz auf dessen Definition eingegangen. Unter Sadismus wird eine auf den anderen gerichtete destruktive Dynamik verstanden, die sich im Sinne sexualisierter Destruktivität lustvoll entlädt. Dabei geht es um die Bemächtigung des anderen, um das totale Verfügen über ihn. Im DSM-IV (302.84) sind folgende Kriterien für sexuellen Sadismus genannt (Saß et al., 1994: 601): „Über einen Zeitraum von sechs Monaten wiederkehrende intensive sexuell erregende Fantasie, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, welche (reale, nicht simulierte) Handlungen beinhalten, in denen das psychische oder physische Leiden (einschließlich Demütigung) des Opfers für die Person sexuell erregend ist. Die Fantasien, sexuell dranghaften Bedürfnisse oder Verhaltensweisen verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.“ Neben diesem ist im DSM-III-R (1989) noch der so genannte Charaktersadismus (sadistische Persönlichkeitsstörung) aufgeführt, der sich in lustvoller Partnerbeschädigung äußert und starke Überschneidungen mit dem sexuellen Sadismus zeigt (Berger et al., 1999). Beim Sadomasochismus geht es um sexualisierte Herrschaftsverhältnisse, wobei der Sadismus und der Masochismus als komplementäre Rollen verstanden werden können. Für den Sadisten ist die Auslieferung des anderen, für den Masochisten sich in die Gewalt und Verfügung des anderen zu begeben, entscheidend. Solange dies einvernehmlich, in einer Subkultur, in der Fantasie oder Autoerotik geschieht, ist dies meist ungefährlich. Ritualisierte Handlungsabläufe bei Sexualdelikten geben oft Hinweise auf diesen besonderen motivationalen Hintergrund. Besondere Rituale wie verbale Einschüchterung, Knebeln und das Zufügen von Schmerzen sind Bestandteil von seltenen sadistisch devianten Vergewaltigungen, sadistischer Körperverletzung und sadistisch devianten Tötungshandlungen (Pfäfflin, 2004).

2.2.2 Juristische Definitionen der Taten gegen die sexuelle Selbstbestimmung

An dieser Stelle werden Definitionen ausgewählter Delikte gegen die sexuelle Selbstbestimmung des dreizehnten Abschnittes nach StGB vorgestellt. Unter §177 StGB steht die Sexuelle Nötigung/Vergewaltigung und ist nach dem Schweregrad abgestuft wie folgt definiert: Eine Person wird mit Gewalt, durch Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben oder unter Ausnutzung einer Lage, in der das Opfer der Einwirkung des Täters schutzlos ausgeliefert ist, dazu genötigt, sexuelle Handlungen des Täters oder eines Dritten an sich zu dulden oder an dem Täter oder einem Dritten vorzunehmen. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, „...wenn der Täter mit dem Opfer den Beischlaf vollzieht oder ähnliche sexuelle Handlungen an dem Opfer vornimmt oder an sich von ihm vornehmen lässt, die dieses besonders erniedrigen,

insbesondere, wenn sie mit einem Eindringen in den Körper verbunden sind (Vergewaltigung), oder die Tat von mehreren gemeinschaftlich begangen wird“ (StGB, online: 79). Noch schwerer wiegt es, „...wenn der Täter eine Waffe oder ein anderes gefährliches Werkzeug bei sich führt, sonst ein Werkzeug oder Mittel bei sich führt, um den Widerstand einer anderen Person durch Gewalt oder Drohung mit Gewalt zu verhindern oder zu überwinden, oder das Opfer durch die Tat in die Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung bringt“ (StGB, online: 79). Mit einer noch härteren Freiheitsstrafe ist zu rechnen, ...wenn der Täter bei der Tat eine Waffe oder ein anderes gefährliches Werkzeug verwendet oder das Opfer bei der Tat körperlich schwer misshandelt oder durch die Tat in die Gefahr des Todes bringt“ (StGB, online: 79/80). Eine Steigerung dieser Delikte stellt der § 178 Sexuelle Nötigung und Vergewaltigung mit Todesfolge dar, der in Kraft tritt, wenn der Täter durch die Sexuelle Nötigung oder Vergewaltigung (§ 177) wenigstens leichtfertig den Tod des Opfers verursacht hat. Unter § 183 sind Exhibitionistische Handlungen aufgeführt, wobei nur das Strafmaß genannt wird, wenn „ein Mann eine andere Person durch eine exhibitionistische Handlung belästigt...“ (StGB, online: 82). § 183a behandelt die Erregung öffentlichen Ärgernisses, was die Vornahme öffentlich sexueller Handlungen und die dadurch absichtliche oder wissentliche Erregung von Ärgernis meint.

2.2.3 Häufigkeit von Sexualstraftaten

Die 1998 geführte Debatte um die Sicherungsverwahrung und „das Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten“ (Bundesgesetzblatt I vom 30.01.1998, online: 160) lenkte die öffentliche Aufmerksamkeit vermehrt auf eine statistisch gesehen begrenzte Anzahl von Sexualstraftätern. Beachtliche Anzeigen von über 50000 Sexualstraftaten pro Jahr lassen zusätzlich den Eindruck einer enormen Anzahl an Sexualdelikten entstehen. Tatsächlich macht die Sexualdelinquenz statistisch weniger als 1% der Gesamtkriminalität aus (Auer et al., 2005). Dabei ist dieser Anteil in den letzten Jahrzehnten weitgehend konstant geblieben und in den letzten Jahren sogar tendenziell gesunken. Die Anzahl der pro Jahr verurteilten Sexualstraftäter macht nur etwa 8000 Fälle aus. Etwa ein Drittel der Täter wurde wegen Sexueller Nötigung/Vergewaltigung bzw. wegen sexueller Handlungen mit Kindern verurteilt. Die verbleibenden Fälle verteilten sich zu etwa gleichen Anteilen auf exhibitionistische Handlungen sowie organisierte Sexualkriminalität. In der Polizeilichen Kriminalstatistik (2005, online) macht das Delikt der Sexuellen Nötigung/Vergewaltigung von 55203 erfassten Fällen 8133 Fälle aus, was in etwa der Zahl der Fälle von exhibitionistischen Handlungen und Erregung öffentlichen Ärgernisses entspricht, aber deutlich unter der Zahl des sexuellen Missbrauchs an Kindern (13962 Fälle) liegt. Beim Vergleich der Strafverfolgungs- mit

der polizeilichen Ermittlungsstatistik fällt auf, dass Anzeigen bei der Polizei in deliktsspezifisch unterschiedlichem Ausmaß zur Verurteilung führen. Schlüsse zur Prävalenz, also dem Vorherrschen der unterschiedlichen Sexualdelikte, lassen sich hieraus nicht verlässlich ziehen. Die Dunkelfeldforschung zu Sexueller Nötigung und Vergewaltigung (Wetzels und Pfeiffer, 1995) berichtet über weitaus höhere Zahlen dieser Delikte, was darauf hindeutet, dass es bei vielen Taten weder zur Anzeige noch zur Verurteilung kommt. Zur Prävalenz von Sexualstraftaten psychotischer Männer gibt es in Deutschland keine Angaben. In Amerika wurde die Prävalenz anhand von Polizeiakten von Henn et al. (1976) auf 0,3% geschätzt, durch Knopp und Stevenson (1988) wurde der Anteil von Sexualstraftaten psychisch Kranker auf weniger als 8% geschätzt. Nach Statistiken des englischen Innenministeriums (zitiert nach Sahota und Chesterman, 1998a: 269) stieg der Anteil von psychisch Kranken an Sexualstraftaten von 8,9% im Jahre 1983 auf 9,5% im Jahre 1994.

2.2.4 Typologien

Die Tätertypologie, einschließlich der sozialen Rahmenbedingungen und des Tatverhaltens, ist im deutschsprachigen wie angloamerikanischen Raum ein mit langer Tradition behaftetes Untersuchungsobjekt. Hierbei gab es sowohl Einteilungen von Sexualstraftätern im Allgemeinen wie auch zahlreiche zu Untergruppen wie pädophilen Tätern oder der Gruppe der Vergewaltiger. Im Folgenden werden Typologien zu Sexualstraftätern sowie zu Untergruppen wie Vergewaltigern entsprechend der Relevanz für die eigene Untersuchung berücksichtigt. Zu beachten ist, dass die Typologien durch Erhebung unterschiedlicher Merkmale erstellt wurden. Schorsch et al. (1985) teilten psychotherapeutisch behandelte Sexualstraftäter aufgrund von Merkmalen der Krankengeschichte in fünf Cluster ein: Psychisch eher stabile, sozial integrierte Patienten; depressive Patienten; solche mit ausgeprägter Depressionsabwehr; Patienten mit sehr unterschiedlich ausgeprägten verschiedenen Merkmalen; schwer gestörte, sozial desintegrierte Patienten. Wille und Kröhn (1990) zogen prognostisch relevante Persönlichkeitsmerkmale zur Beschreibung von fünf Typen von Sexualstraftätern heran. Sie unterschieden einen Notzuchttätertyp im traditionellen kriminalpsychologischen Sinne, einen spätpuberalen Jungtäter, einen paarunfähigen Psychastheniker, den Frauen verachtenden Macho und den eher selten sexuell devianten, primär sadistischen Typen. Beier (1995, 1998, 2003) unternahm Differenzierungen spezifischer Sexualdelikte und unterteilte Exhibitionisten in drei und Pädophile in fünf Gruppen. In vier Typen teilte er die Täter auf, die eine Vergewaltigung oder Sexuelle Nötigung begangen hatten: Der jugendliche, sexuell unerfahrene Täter; der dissoziale Täter; der symbolisch – agierende Täter und der stark intelligenzgeminderte (schwachsinnige)

Täter. Darüber hinaus sei die Einteilung von Vergewaltigungstätern durch Berner (1998) erwähnt, die in etwa den Typologien von Rehder (1996a) und Knight und Prentky (1990) entspricht, aber auch viel Ähnlichkeit mit der oben beschriebenen Einteilung von Sexualstraftätern durch Schorsch et al. (1985) aufweist. Berner (1998) differenzierte den depressiv neurotischen vom depressionsabwehrenden „borderline“ Typus. Weiterhin wurde der schwer gestörte, sozial Desintegrierte, der am ehesten der antisozialen Persönlichkeitsstörung entspricht, noch weiter unterteilt in einen explosiven, unterkontrolliert-schizoiden und chauvinistischen Täter. Zusätzlich wurde der psychisch stabile, allerdings zwanghafte und „charakterliche“ primär sexuelle oder nicht sexuelle Sadist angeführt. In Ihrer „Massachusetts Treatment Center Rapist Typology Version 3“ (MTC:R3) legten Knight und Prentky (1990) eine Typologie von neun Vergewaltigergruppen vor, die anhand primärer Motivationen erschlossen wurden. Typ 1 und 2 sind opportunistische Täter mit hoher oder niedriger sozialen Kompetenz. Typ 3 ist der von Wut durchdrungene Täter. Die Typen 4 bis 7 sind die sexuell motivierten Täter, wobei Typ 4 und 5 offen oder verdeckt sadistisch, die Typen 6 und 7 rein sexuell mit hoher oder geringer sozialer Kompetenz ausgestattete Täter sind. Die Typen 8 und 9 sind rachsüchtige Täter, wiederum mit dem Unterschied der hohen oder niedrigen sozialen Kompetenz. Smith (2000a) nahm als erster diese mit guter Reliabilität behaftete MTC:R3-Typologie als Grundlage, um 80 schizophrene Sexualstraftäter in England und Wales bezüglich ihrer Motivation zu untersuchen und einzuteilen. Diese wurden sechs der neun von Knight und Prentky (1990) beschriebenen Tätergruppen zugeteilt. 30 Schizophrene fielen unter den Typ 6, der nicht sadistisch, aber sexuell motiviert mit geringer sozialen Kompetenz war. 23 Probanden waren dem opportunistischem Tätertyp zuzuordnen. 9 Männer waren rachsüchtig entsprechend dem Typ 8, 7 waren gemäß dem Typ 4 sexuell und offen sadistisch motiviert. 6 schizophrene Männer wurden dem sexuell motivierten, verdeckt sadistischen Typ 5 und 5 Männer dem von Wut durchdrungenen Typ 3 zugeordnet. Smith teilte seine Untersuchungsgruppe in die verschiedenen Typen ein und beschrieb zusätzlich noch Persönlichkeits-, Verhaltens- sowie psychopathologische Merkmale der schizophrenen Männer, die in die jeweilige Kategorie fielen. Darüber hinaus verglich er akut psychotische (n = 18) mit nicht akut psychotischen (n = 62) Männern der Stichprobe und fand eine statistisch signifikante Überrepräsentation der psychotischen Schizophrenen in der Kategorie des nicht sadistisch sexuell motivierten Typen 6. Smith (2000a: 71/72) zog folgende Schlussfolgerung aus seinen Ergebnissen: „For Type 6 men with psychotic drive, the nature of the delusional and hallucinatory drive, often associated with other positive symptoms of sexual nature, appeared to potentiate long-standing sexual preoccupations, fantasies and the urge for gratification.“ Diagnostische Klassifikationssysteme

wie das ICD-10 und DSM-IV orientieren sich an der wissenschaftlichen Methode der deskriptiven Psychopathologie, wobei sie Verhaltensweisen oder Eigenschaften eines Menschen erfassen, die je nach Ausprägung als normal oder abnorm typisiert werden. Die im ICD-10 unter F65 aufgeführten „Störungen der Sexualpräferenz“ werden synonym mit der im DSM-IV aufgelisteten „Paraphilie“ gebraucht und umfassen Fetischismus, fetischistischen Transvestitismus, Exhibitionismus, Voyeurismus, Pädophilie, Sadomasochismus, multiple Störungen der Sexualpräferenz sowie sonstige Störungen derselben wie Frotteurismus und Nekrophilie. Bemerkenswert ist, dass hier einerseits Verhaltensweisen auftauchen, die unter strafrechtlichen Gesichtspunkten irrelevant sind und andererseits strafrechtlich bedeutsame Verhaltensweisen im Sinne aggressiver Sexualdelikte nicht aufgeführt werden. Ebenfalls bemerkenswert im Hinblick auf die eigene Untersuchung erscheint die Tatsache, dass bis auf die in Anlehnung an die MTC:R3 erfolgte Einteilung durch Smith (2000a) bisher in keiner Typologie zu Sexualdelikten die Besonderheit der Psychosekranken behandelt worden ist.

2.2.5 Entstehung von Paraphilien

Die Terminologie der Perversion wurde vielfach uneinheitlich, in unterschiedlichen Kontexten und teils auch synonym mit dem aus der amerikanischen Sexuologie stammenden Begriff der Paraphilie (Money, 1977, 1986), aus der Kriminologie stammenden Begriff der sexuellen Deviation sowie dem von Beier (1995) eingeführten Begriff der Dissexualität gebraucht (Morgenthaler, 1974; Stoller, 1998; Becker, 2001). Die Synonyme waren alles Versuche, eine moralisch wertfreie, für die Medizin brauchbare Bezeichnung zu finden. Nach dem DSM-IV (1994) sind Paraphilien durch wiederkehrende intensive sexuell dranghafte Bedürfnisse, Fantasien oder Verhaltensweisen, die sich auf ungewöhnliche Objekte, Aktivitäten oder Situationen beziehen und in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursachen, gekennzeichnet. Eine mögliche Herangehensweise, die Entstehung von Paraphilien bzw. sexueller Perversion zu erklären, ist die des psychodynamischen Konfliktmodells. Vereinfacht dargestellt, unterscheidet dieses die intrapsychische und die extrapsychische Symptombildung. So kommt es bei der intrapsychischen Symptombildung zu Einschränkungen im Innenleben wie z.B. zu Zwängen oder Angstsymptomen. Bei der extrapsychischen Symptombildung schlagen sich Konflikte in Form von psychosomatischen Störungen, in (kriminellen) Handlungen und auch sexuellen Perversionen nieder. Hierbei werden Konflikte sexualisiert, genau das, was das Wesen der Perversion ausmacht. Die sexuelle Perversion kann vorübergehend oder als stabiles Gebilde im Sinne einer abweichenden sexuellen Orientierung vorherrschen (Pfäfflin, 2004). Morgenthaler

(1974) sah in der perversen Handlung oder Fantasie die dramaturgische Rekonstruktion früherer Ängste und Traumatisierungen. Diese werden in einer Weise in Szene gesetzt, dass die Niederlagen und Kränkungen von früher momentan verleugnet bzw. ungeschehen gemacht und, verbunden mit dem Hochgefühl von Befriedigung, punktuell überwunden werden. Da alte Konflikte dadurch nicht tatsächlich gelöst, die Brüche im Selbst nur momentan „plombiert“ werden, sind die perversen Inszenierungen im Sinne eines Wiederholungszwanges notwendig. Nach Pfäfflin (2004) lassen sich bei sexuellen Perversionen regelmäßig vier charakteristische Merkmale herausarbeiten: Der Abwehrmechanismus der Sexualisierung, die Ritualisierung von Verhalten, die Prädominanz des narzisstischen Aspekts des Sexuellen und die Prädominanz der Aggressivität. Pfäfflin (2004: 282) kommt zu dem Schluss, dass „...hinter dem im juristischen Denken fest etablierten ‚Tatmotiv‘, zur Befriedigung des Geschlechtstrieb‘ regelmäßig komplexe nicht rationale Motivationen verborgen liegen.“ Sexualdelikte, bei denen eine sexuell perverse Fantasie mitspielt, gehören zur „neurotischen Delinquenz“, was nichts über den Schweregrad der Störung aussagt. „Weder klinisch noch psychogenetisch handelt es sich bei sexuell perversen Symptombildung um Krankheitsentitäten. Man findet solche Symptomatologien bei Menschen mit relativ reifen Strukturen ebenso wie bei schwer gestörten Personen mit strukturellen Ich-Defekten und Psychosen“ (Pfäfflin, 2004: 282). Einige empirisch gesicherte kriminogene Faktoren, die bei Straftätern generell zu finden sind, erlauben eine Annäherung, allerdings kein kausales Modell an die Entstehung der Paraphilien. Impulsivität, antisoziale Einstellungen, Gefühl, Ansichten und Peer-Kontakte, selbstschädigende Copingstrategien, Unfähigkeit zu planen, konzeptuell zu denken, Schwierigkeiten vorherzusehen und zu umgehen, Egozentrik, Externalisation von Verantwortung, Störungen von Selbstkontrolle, Selbstmanagement und Problemlösefähigkeit sowie starres und irrationales Denken sind einige Faktoren, die bei Delinquenz im Allgemeinen wie auch bei Sexualdelinquenz anzutreffen sind (Andrews, 1995; Müller-Isberner, 1998). Vor allem bei Sexualstraftätern mit Persönlichkeitsstörungen sollen diese Faktoren anzutreffen sein.

2.2.6 Pathologie von Sexualdelinquenten

Die meisten Theorien zu Sexualstraftätern basieren auf Untersuchungen zu Vergewaltigern und Pädophilen (Hall und Hirschman, 1991; Marshall und Barbaree, 1990; Ward und Siegert, 2002). Folgende Konstrukte wurden für die zahlreichen Erklärungsversuche devianter sexueller Verhaltensweisen herangezogen: Ward und Siegert (2002) folgerten aus ihren Untersuchungen, dass eine abweichende sexuelle Erregung durch ein im sozialen Kontext nicht akzeptiertes und nicht altersgemäßes Objekt häufig Ursprung sexueller Devianz darstellt. Dies kann auch die

Form einer Paraphilie annehmen, bei der sich nach Definition im DSM-IV sexuell erregende Fantasien oder Verhaltensweisen auf nicht menschliche Objekte, Kinder oder andere nicht zustimmende Personen bezieht. Marshall et al. (1995) wie auch Ward et al. (1997) legten dem Verhalten von Sexualstraftätern psychosexuelle Variablen zugrunde. So sollten Sexualstraftäter die Umstände ihres abweichenden Verhaltens in einer unangemessenen und selbstdienlichen Weise verzerrt sehen. Diese verzerrte Wahrnehmung sei häufig gepaart mit fehlender Empathie für deren Opfer. Darüber hinaus fanden Ward und Siegert (2002) bei derartigen Tätern eine Vorgeschichte gestörter oder unsicherer Bindung zu wichtigen Bezugspersonen und Schwierigkeiten Bindungen zu altersgemäßen Partnern aufzubauen. Zusätzlich treten Schwierigkeiten in der Steuerung von Emotionen auf, was bei dem Versuch mit emotionalem Stress zurecht zu kommen, in sexuell deviantes Verhalten münden kann (Ward und Siegert, 2002). Lee et al. (2002) befanden einige Kindheitsvariablen als Risikofaktoren für Sexualdelikte. So waren emotionaler Missbrauch in der Kindheit, Dysfunktionen in der Familie, Verhaltensauffälligkeiten und sexueller Missbrauch auffällig häufig mit der Entwicklung einer Paraphilie assoziiert. Adams et al. (1995) untersuchten psychisch kranke Jugendliche mit und ohne sexuell abweichendem Verhalten hinsichtlich demographischer, sozialer und klinischer Variablen. Sexueller Missbrauch in der Kindheit wurde, wie in vielen anderen Studien, als signifikanter Prädiktor für sexuelle Übergriffigkeit identifiziert. Weitere signifikante Zusammenhänge bildeten Gewalterfahrung und Vernachlässigung in der Kindheit mit späteren Sexualstraftaten. Hall und Hirschman (1991) betonten darüber hinaus das Vorherrschen antisozialer Persönlichkeitszüge bei einigen Tätern, da sexuelle Devianz ein illegales Verhalten darstellt.

2.2.7 Zusammenfassung zu sexueller Gewaltdelinquenz

Es lässt sich zusammenfassend feststellen, dass trotz einer seit den 90er Jahren hohen Anzeigerate von Sexualdelikten, der Anteil der Sexualverbrechen an den Gesamtverbrechen lediglich 1% ausmacht. Theorien zu den Tätern der unterschiedlichen Sexualstraftaten sind sehr heterogen, ebenso deren Einordnung in Unterkategorien. Bei den derzeitigen internationalen Klassifikationssystemen wie dem ICD-10 fällt auf, dass es Abweichungen gibt zwischen abweichenden sexuellen Verhaltensweisen, die unter „Störungen der Sexualpräferenz“ aufgelisteten sind und solchen, die forensisch relevant sind. Der in klinischer und forensischer Hinsicht relevante Sadismus und eine damit verbundene Paraphilie zeigen sich häufig in Form von ritualisierten Handlungsabläufen eines sexuellen Übergriffs. Merkmale, die sexuell deviantem Verhalten zugrunde liegen, sind für nicht kranke Täter gut untersucht. So scheint eine

perverse Entwicklung bzw. eine Paraphilie mit schlechten Erfahrungen und Verhaltensauffälligkeiten in der Kindheit assoziiert zu sein, die zu späterem sexuell übergriffigen Verhalten führen können. Antisoziale Persönlichkeitszüge sowie psychosexuelle Variablen im Erwachsenenalter beeinflussen darüber hinaus solch ein Verhalten.

2.3 Sexuelle Gewaltdelinquenz schizophrener Männer

Zum Thema der Schizophrenie und Sexualdelinquenz gibt es im deutschsprachigen Raum bisher keine Studien. Daher wird im Folgenden auf die Untersuchungen dieses wenig erforschten Gebietes im englischsprachigen Raum eingegangen. Es werden hauptsächlich die Studien von Smith und Taylor aus England und Wales, die den größten Anteil an diesem Forschungsgebiet ausmachen, näher beleuchtet.

2.3.1 Internationale Forschungsergebnisse

Craissati und Hodes (1992) untersuchten 11 schizophrene Patienten aus der Bracton Clinic, eines Krankenhauses des Maßregelvollzugs in England, anhand von Aktenmaterial sowie halbstrukturierten Interviews aus den Jahren 1986 bis 1990, die wegen eines Sexualdeliktes an einer erwachsenen Frau verurteilt worden waren. Erhoben wurden demographische, familiäre, persönliche, psychiatrische und psychosexuelle Vorgeschichte sowie krankheitsweisende und tatrelevante Faktoren. Die meisten Taten ereigneten sich in einer frühen Phase der Schizophrenie (Prodromalphase), wo floride psychotische Symptome noch verdeckt waren. Die Untersucher hielten es für denkbar, dass in diesem Stadium Mechanismen der Verhaltenssteuerung weg gebrochen waren, die unangepasstes Verhalten im sozialen Kontext provozierten. Sexuelle Übergriffe gingen außerdem mit einem Rückfall der Schizophrenie einher und wurden als Ausdruck sexueller Enthemmung, impulsartig auftretend, interpretiert. Dieses Ergebnis deckte sich mit Erkenntnissen von Sahota und Chesterman (1998a) sowie Phillips et al. (1999), die Einbußen in der ausführenden Funktion (Prozesse, die an der Steuerung von Motivation, Planung, Ausführung und Bewertung von Verhaltensweisen beteiligt sind) als begünstigenden Faktor für das Auftreten von sexuell deviantem Verhalten fanden. Weitere Befunde von Craissati und Hodes (1992) waren eine geringe Gewaltanwendung bei der Tat, was der Annahme des schizophrenen sadistisch-perversen Gewaltverbrechers (Rada, 1978) widersprach. Sahota und Chesterman (1998b) untersuchten mittels psychometrischer Instrumente eine Gruppe von 20 schizophrenen Männern, die in einer regionalen, gesicherten Einheit in Großbritannien untergebracht waren. Alle waren wegen Vergewaltigung oder versuchter Vergewaltigung verurteilt. Durch jeden Probanden wurden Fragebögen als Messinstrument der Intelligenz, des

Selbstwerts, der Selbstbehauptung, sexueller Fantasien, der Haltungen zur Sexualstraftat und zum Verhalten während der Tat, des Wissens und der Erfahrungen zu sexuellen und nicht-sexuellen Beziehungen bearbeitet. Die Ergebnisse wurden mit Werten von nicht psychisch kranken Sexualstraftätern und der nicht straffälligen Bevölkerung verglichen. Die Gruppe der schizophrenen Täter erreichte geringe Werte auf den Variablen Selbstwert, sexuellem Wissen und Erfahrungen sowie hohe Werte für die sexuelle Fantasie mit unpersönlichen Themeninhalten. Die Studie betonte die Ähnlichkeiten der psychotischen mit den nicht kranken Sexualstraftätern hinsichtlich psychosexueller Variablen wie starke kognitive Verzerrungen bezüglich der Tat oder geringe Empathie für das Opfer. Für psychosexuelle Variablen wurde von Marshall und Barbaree (1990) sowie Marshall et al. (1995) ein Zusammenhang mit Sexualstraftaten nicht psychotischer Täter gefunden. Die Aussagekraft der Ergebnisse der Untersuchungen sowohl von Craissati und Hodes wie auch von Sahota und Chesterman wurde allerdings durch die kleinen und selektiven Stichproben eingeschränkt. So könnten die Ergebnisse durch die Verteilung der psychischen Krankheit selbst auf die untersuchten Defizite zustande gekommen sein. In einer Folge von Studien untersuchten Smith und Taylor Sexualstraftaten von schizophrenen Patienten hinsichtlich folgender Aspekte: Soziale und sexuelle Funktion (Smith und Taylor, 1999b), Einfluss der Positivsymptomatik, also von Wahnvorstellungen und Halluzinationen (Smith und Taylor, 1999a), aggressive sexuelle Fantasien (Smith, 1999a) sowie Tatmerkmale und Tatverhalten (Smith, 2000b). Smith (2000a) untersuchte dieselbe Stichprobe auf deren Motivationen wie im Abschnitt 2.2.4 des Theorieteils schon beschrieben worden ist. Für die Folgestudien wurden die Akten von 80 Männern mit der Diagnose einer Schizophrenie ausgewertet, die in gesicherten psychiatrischen Einrichtungen in England und Wales untergebracht waren und wegen eines Sexualdeliktes (versuchte, vollendete Vergewaltigung und sexuelle Belästigung) verurteilt worden waren. Die Sexualstraftat wurde von allen Männern begangen, während sie akut psychotisch waren. 23 Männer wurden identifiziert, die bereits vor Krankheitsbeginn sexuell straffällig geworden waren. Diese waren in der Kindheit vermehrt sozial isoliert und hatten weniger befriedigende freundschaftliche Beziehungen, sexuelle und intime Beziehungen zu Frauen als Schizophrene, die erst mit der Krankheit wegen eines Sexualdeliktes strafrechtlich in Erscheinung getreten sind (Smith, 1999a; Smith und Taylor, 1999b). Nach Schizophreniebeginn ergaben sich für die gesamte Stichprobe erhebliche Einbußen in der sozialen und sexuellen Funktion. Die Befunde betonten die Relevanz sozialer Einbußen für Sexualstraftaten. Die Sexualstraftat sei Ausdruck lange bestehender, prämorbid entwickelter sozialer Defizite. Die Tat würde durch die Unfähigkeit gefördert werden, in sozial angemessener Weise seine Bedürfnisse auszudrücken. Dabei würde ein Missverhältnis

zwischen gewünschter und erreichbarer Intimität entstehen. Smith (1999a) berichtete, dass 19 von den 80 Patienten zum Tatzeitpunkt aggressive sexuelle Fantasien angaben. Dabei wurden sowohl sadistische als auch nicht sadistische Inhalte unter die Kategorie der aggressiven Fantasien gefasst. Diejenigen mit aggressiven sexuellen Fantasien hatten signifikant häufiger eine sexuell deviante Vorgeschichte als jene, die derartige Fantasien verneinten. Ebenso hatten jene vermehrte Gemeinsamkeiten in Kindheitsvariablen mit nicht psychisch kranken Sexualstraftätern wie z.B. abweichendes sexuelles Verhalten. Ein statistisch signifikanter Zusammenhang ergab sich zwischen den Kindheitsvariablen „soziale Isolation“ und „deviantes sexuelles Verhalten“ mit dem Vorhandensein aggressiver sexueller Fantasien zum Tatzeitpunkt. Die Befunde ließen folgende Zusammenhänge möglich erscheinen: Deviantes sexuelles Verhalten in der Kindheit ist mit dem Vorhandensein oder der Entwicklung devianter sexueller Fantasien in der Kindheit verknüpft, welche Ihrerseits wiederum mit während der Tat präsenten sexuellen Fantasien assoziiert sind. Soziale Isolation in der Kindheit könnte die Entwicklung devianter Fantasien erleichtern. Smith (1999a: 548) sowie Smith und Taylor (1999b) mutmaßten, dass „...childhood social isolation reflected schizoid traits emerging long before the onset of illness.“ Die Hälfte der untersuchten schizophrenen Männer wies Wahnvorstellungen und/oder Halluzinationen zum Tatzeitpunkt auf, die mit der Tat in Zusammenhang standen. 56 % der Stichprobe wies sexuelle und nicht sexuelle Vorstrafen auf. Dieses so genannte polymorphe Verbrechensmuster wurde im Sinne von antisozialen Persönlichkeitszügen als weiterer Einflussfaktor für sexuelle Übergriffe gesehen (Smith and Taylor, 1999a). Bei den schizophrenen Tätern mit vorherigen sexuellen Übergriffen wurde die Schizophrenie später diagnostiziert als bei denen, die erst mit der Krankheit sexuell straffällig geworden waren. Dieser Altersunterschied wurde zum Einen mit der Begünstigung von kriminellen Verhalten durch die Prodromalphase der Schizophrenie interpretiert und zum Anderen damit erklärt, dass die vor diagnostizierter Krankheit sexuell übergriffigen Schizophrenen einfach länger ihre Krankheitssymptome verbergen konnten. Smith (2000b) verglich in seiner Untersuchung den Tatablauf schizophrener Sexualdelinquenten mit Ergebnissen zu nicht psychotischen Sexualstraftätern aus der Literatur. Er konnte zeigen, dass Schizophrene ihre Taten gehäuft am Nachmittag und über die Woche verteilt begingen im Gegensatz zu nicht Psychotischen, die die Abendstunden und Wochenenden bevorzugten (West et al., 1993). Die Kommunikation mit dem Opfer verlief meist in einer unpersönlichen Weise. Soziale Intimität wurde nicht aktiv gesucht, ebenso wenig wurde in Verhandlung mit dem Opfer getreten, was als Ausdruck einer verminderten sozialen Interaktion gewertet wurde. Schizophrene begingen keine gemeinschaftliche Vergewaltigung. Diese Verhaltensweisen ließen sich am ehesten

krankheitsbedingten Einbußen in der sozialen Funktion Schizophrener zuschreiben. Bei den Schizophrenen fand sich ein ähnliches Ausmaß der Gewaltanwendung gegenüber Fremden und Bekannten. Bei den nicht Kranken hingegen gab es einen Unterschied (Stermac et al., 1995). Entgegen des früher gezeichneten Bildes vom psychotischen Sexualverbrecher trat exzessive Gewaltanwendung oder bizarres Verhalten entsprechend der Ergebnisse von Craissati und Hodes (1992) nur bei einer Minderheit der untersuchten Fälle auf. Für diejenigen Schizophrenen mit exzessiver Gewaltanwendung folgerte Smith (2000b: 227): „Even for those psychotic men who were excessively violent, it does not necessarily follow that the violence was principally a product of their severe mental illness, and, as for some nonmentally ill sex offenders, it can be speculated that some other features, such as sadism, may be more relevant to understanding the presence of excessively violent behaviour.“ Green (1996) fand in seiner Überblicksarbeit zu neurokognitiven Defiziten bei Schizophrenen einen Zusammenhang zwischen reduzierter Aufmerksamkeit und eingeschränkten verbalen Gedächtnisleistungen mit Fehlinterpretationen sozialer Schlüsselreize und schlechten Problemlösefähigkeiten. Diese Befunde interpretierten Drake und Pathé (2004) als Defizite, die schnell ein unangemessenes sexuelles Verhalten im zwischenmenschlichen Kontext entstehen lassen. Sie teilten in ihrer Überblicksarbeit schizophrene Sexualdelinquenten anhand bestehender Ergebnisse in vier Kategorien ein und leiteten daraus gruppenspezifische Behandlungsstrategien ab. Die erste Gruppe bildeten die Schizophrenen mit präexistenter Paraphilie, bei denen sich die sexuelle Devianz nach Krankheitsbeginn meist mit den prämorbidem Paraphiliemustern deckte, wobei diese sich gegenseitig beeinflussen, aber auch abmildern können. Bei der zweiten Gruppe entwickelte sich das sexuell übergriffige Verhalten erst durch die Krankheit oder deren Behandlung. So beeinflusste hauptsächlich die Positiv- wie Negativsymptomatik sowie deren unmittelbaren Folgen das sexuell inadäquate Verhalten. In der dritten Gruppe erschien die sexuelle Devianz aufgrund vorbestehender dissozialer Persönlichkeitszüge. Sexuelle Übergriffe waren hier weniger als Ausdruck einer Paraphilie als vielmehr eines tätlichen Angriffs zu verstehen. Die vierte Gruppe beinhaltete Männer, bei denen organische Erkrankungen als Ursache für das deviante Verhalten ermittelt wurden oder die zusätzlich zu oben genannten Störungen noch Substanzmittelmissbrauch betrieben. Bei der ersten und zweiten Gruppe sahen Drake und Pathé wie auch schon Smith und Taylor (1999b) das Missverhältnis zwischen Bedürfnisbekundung und –befriedigung als ein das sexuell deviante Verhalten begünstigenden Faktor an. Sie betonten bei einer an das Individuum angepassten und erfolgreichen Therapie die Notwendigkeit, den Beginn der sexuellen Devianz, das Vorhandensein dissozialer Persönlichkeitszüge, Defizite in der

sozialen Funktion, genaue Krankheitssymptomen sowie weitere pathologierelevante Faktoren wie Substanzmittelmissbrauch zu erfassen und miteinzubeziehen.

2.3.2 Zusammenfassung zu Gewaltdelinquenz schizophrener Männer

Die bisherigen Befunde zusammenfassend kann zum Einfluss der schizophrenen Erkrankung auf sexuell deviantes Verhalten Folgendes gesagt werden. Sexualstraftaten wurden vermehrt sowohl in einer akut psychotischen Phase (Smith und Taylor, 1999a) als auch in der Prodromalphase (Craissati und Hodes, 1992) der Schizophrenie begangen. Nach Erkrankungsbeginn erlebten die Betroffenen erhebliche Einbußen in der sozialen und sexuellen Funktion (Smith und Taylor, 1999b). Ebenfalls einschränkend wirkte sich die psychotische Erkrankung auf die ausführende Funktion aus (Phillips et al., 1999). Nach Green (1996) gibt es einen Zusammenhang von krankheitsbedingten Einbußen in Aufmerksamkeits- und verbalen Gedächtnisleistungen mit Fehlinterpretationen sozialer Schlüsselreize und schlechter Problemlösefähigkeit. Es fanden sich Ähnlichkeiten zwischen psychotischen und nicht psychotischen Sexualstraftätern hinsichtlich psychosexueller Variablen (Sahota und Chesterman, 1998b), Kindheitsvariablen (Smith, 1999a), defizitärer sozialer wie sexueller Funktion (Smith und Taylor, 1999b) sowie aggressiver sexueller Fantasien (Smith, 1999a). Hinweise auf das Vorhandensein dissozialer Persönlichkeitszüge gab das polymorphe Verbrechensmuster der schizophrenen Sexualdelinquenten (Smith und Taylor, 1999a). Unterschiede im Tatablauf schizophrener vs. nicht schizophrener Sexualstraftäter gab es hinsichtlich der Tages- und Uhrzeit der Tat sowie der Interaktion mit dem Opfer. Übereinstimmungen in tatrelevanten Variablen fanden sich beim Ausmaß der angewendeten Gewalt und beim Fehlen von bizarren Verhaltensweisen. Die Gruppe der Schizophrenen wurden von Drake und Pathé (2004) in vier Untergruppen, von Smith (2000a) anhand der MTC:R3 für nicht psychotische Sexualstraftäter in sechs Untergruppen eingeteilt.

2.3.3 Ableitungen für die eigene Untersuchung

Die Studien, die erste Erkenntnisse zu schizophrenen Sexualdelinquenten gebracht haben, sind hauptsächlich durch die Forschergruppe um Smith und Taylor hervorgegangen. Verglichen wurden bisher Ergebnisse zu schizophrenen Sexualstraftätern mit schizophrenen Gewaltverbrechern (Phillips et al., 1999) und mit Ergebnissen zu nicht psychotischen Sexualstraftätern aus der Literatur (Smith, 2000b). Des Weiteren wurde ein Intragruppenvergleich weißer vs. afro-caribischer schizophrener Patienten (Smith und Taylor, 1999b) sowie vor Schizophreniebeginn sexuell übergriffiger vs. erst mit Schizophreniebeginn sexuell übergriffiger Sexualstraftäter (z.B. Smith 1999a) vorgenommen. Aus der geschilderten

Zusammenschau der bisherigen Untersuchungen zu schizophrenen Sexualstraftätern sollten nun folgend aufgeführte, fehlende Aspekte nachvollziehbar sein: Im deutschsprachigen Raum fehlten bisher Untersuchungen zu psychotischen Sexualstraftätern. Eine direkte Vergleichsstudie zu demographischen, psychopathologischen, psychosexuellen Variablen, zur sozialen und sexuellen Funktion sowie tatrelevanten Variablen zwischen schizophrenen und nicht schizophrenen Sexualdelinquenten gab es ebenso wenig wie die Erfassung der Komorbidität zum Tatzeitpunkt. Zusätzlich fehlte eine systematische Aufteilung der schizophrenen Sexualstraftäter anhand statistisch untersuchter Daten wie es sich beispielsweise für tatrelevante Faktoren und den Tatablauf anbieten würde. Die eigene Untersuchung hatte zum Ziel, neben der Replikation bestehender Ergebnisse, genau diesen Mängeln nachzukommen.

3 METHODE

Zunächst werden im folgenden Abschnitt die Forschungsfragen und Hypothesen dargestellt. Daran anschließend erfolgt die Erläuterung der Methodenwahl, des Forschungsdesigns, des Untersuchungsmateriales, des Erhebungsbogens sowie abschließend die Durchführung der eigenen Untersuchung.

3.1 Untersuchungsziele und Hypothesen

Im folgenden Abschnitt werden die mit den eingesetzten Prüfverfahren verbundenen Forschungsfragen und Hypothesen aufgeführt. Die Erwartungen leiteten sich aus Befunden zu psychotischen wie nicht psychotischen Sexualstraftätern ab (Bownes et al., 1991; Craissati und Hodes, 1992; Phillips et al., 1999; Sahota und Chesterman, 1998; Smith und Taylor, 1999; Smith, 1999, 2000b; Stermac et al., 1995), aus Befunden zum Einfluss der Schizophrenie auf neurokognitive Funktionen (Green, 1996) sowie zur Typisierung bzw. Klassifikation schizophrener Sexualdelinquenten (Smith, 2000a; Drake und Pathé, 2004). Generell wurde eine Replikation bestehender Ergebnisse zu schizophrenen Sexualstraftätern v.a. der Forschergruppe um Smith und Taylor erwartet. Darüber hinaus sollten Unterschiede in Tatmerkmalen innerhalb der Gruppe der schizophrenen Sexualdelinquenten explorativ herausgefunden werden.

3.1.1 Forschungsfragen beim Vergleich der Gruppe der schizophrenen und nicht schizophrenen Sexualstraftäter

Forschungsfrage 1: Welchen Einfluss hat die Negativsymptomatik auf das Tatverhalten Schizophrener?

Hypothese 1: Das Tatverhalten ist Ausdruck sozialer Desintegration:

Hypothese 1.1 Psychotische Männer treten während des sexuellen Übergriffs weniger in Interaktion mit dem Opfer als nicht psychotische.

Hypothese 1.2 Schizophrene sprechen auf unpersönliche, sachliche Weise mit ihren Opfern.

Hypothese 1.3 Schizophrene reagieren weniger auf das Verhalten des Opfers (verhandeln nicht mit ihm).

Hypothese 1.4 Schizophrene Männer bringen dem Opfer weniger Gefühle entgegen.

Hypothese 1.5 Schizophrene Männer begehen ihre Taten verteilt über die gesamte Woche im Gegensatz zu nicht schizophrenen Tätern, die gehäuft an Wochenenden erscheinen.

Hypothese 1.6 Schizophrene überfallen Frauen gehäuft am Nachmittag und in den frühen Abendstunden vs. nicht Schizophrene dies in den späten Abendstunden tun.

Hypothese 1.7 Schizophrene überfallen ihre Opfer im Vergleich zu nicht Schizophrenen vermehrt spontan, die Tat ist demnach weniger geplant.

Smith (2000b) fand in seiner Untersuchung zum Tatablauf bei psychotischen vs. nicht psychotischen Sexualstraftätern einen signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen in der beim sexuellen Übergriff entstandenen Art der Interaktion, der Kommunikation (unpersönlich, inquisitorisch, abwertend, keine) und Reaktion (auf Widerstand) auf das Opfer sowie der Tages- (2:00-8:00h; 8:00-14:00h; 14:00-20:00h; 20:00-2:00h) und Tatzeit (wochentags vs. Wochenende). Die Unterschiede führte der Untersucher darauf zurück, dass sexuelle Übergriffe nicht kranker Täter oftmals auf soziale Zusammenkünfte folgten. Dies würde meist an Wochenenden und in den späten Abendstunden geschehen, wo sich derartige Gegebenheiten häufiger ereigneten (Amir, 1971; West et al., 1993). Craissati und Hodes (1992) fanden, dass der schizophrene Sexualstraftäter einem chaotischen, spontan handelnden Täter entspreche.

Hypothese 2: Das Tatverhalten ist Ausdruck sozialer Isolation:

Hypothese 2.1 Sozialer Rückzug findet sich vermehrt bei Schizophrenen im Vergleich zu nicht Schizophrenen.

Hypothese 2.2 Schizophrene Männer haben generell weniger freundschaftliche Beziehungen als nicht schizophrene.

Hypothese 2.3 Schizophrene Männer leben seltener in partnerschaftlichen Beziehungen zu einer Frau als nicht schizophrene, d.h. Schizophrene weisen durch die Krankheit wesentlich schlechtere Fähigkeiten auf, soziale wie sexuelle Beziehungen aufzubauen.

Hypothese 2.4 Schizophrene Männer sind in der Zeit vor der Straftat häufiger arbeitslos als nicht schizophrene.

Hypothese 2.5 Schizophrene Sexualdelinquenten sind Einzeltäter, sie begehen keine gemeinschaftliche Vergewaltigung.

Hypothese 2.6 Schizophrene Männer überfallen häufiger Fremde.

Hypothese 2.7 Schizophrene sind bei der Tat weniger alkoholisiert (als Ausdruck fehlender sozialer Zusammenkünfte).

Craissati und Hodes (1992) fanden in ihrer Stichprobe von 11 schizophrenen Sexualstraftätern einen vermehrten sozialen Rückzug als krankheitsweisenden Faktor vor der Tat. Auf krankheitsweisende Faktoren wurde durch Angaben dem Täter nahe stehender Personen geschlossen. Smith und Taylor (1999b) fanden in ihrer Untersuchung zur sozialen und sexuellen Funktion der 80 schizophrenen Sexualdelinquenten eine nach Diagnose der Krankheit erfolgte deutliche Abnahme freundschaftlicher wie partnerschaftlich sexueller Beziehungen. Einbußen im sexuellen Bereich fanden ebenfalls Smith (1999b) sowie schon Johnston und Planansky (1968). Als weiterer Ausdruck eingeschränkter sozialer Funktion fand Smith (2000b), dass die meisten Delinquenten vor der Tat arbeitslos waren, aufgrund meist fehlender sozialer Zusammenkünfte weniger Alkohol konsumierten und bei der Tat häufiger fremde Opfer wählten. Die Tat wurde alleine begangen, was ebenfalls auf die soziale Isolation der schizophrenen Täter zurückgeführt wurde. Die Ergebnisse zur Häufigkeit gemeinschaftlicher Vergewaltigungen, zum Stand der Beziehungen sowie der Bekanntheit mit den Opfern nicht kranker Täter basierten auf Studien von Amir (1971), Grubin und Gunn (1990) sowie West et al. (1993).

Hypothese 3: Schizophrene begehen ihre Taten hauptsächlich in einer frühen Phase der Schizophrenie (Prodromalphase), in der Mechanismen der Verhaltensplanung, -steuerung und -ausführung bereits weggebrochen sind.

Ergebnissen von Craissati und Hodes (1992) zufolge begingen psychisch kranke Täter ihre Taten vermehrt in der Prodromalphase der Schizophrenie, die bereits zu Einbußen in sozialen wie neurokognitiven Bereichen geführt hat.

Forschungsfrage 2: Welchen Einfluss hat die Positivsymptomatik auf das Tatverhalten Schizophrener?

Hypothese 4: Schizophrene Sexualstraftäter lassen sich bei ihrer Tat von ihrem Wahninhalt sowie von Halluzinationen, seien diese direkt oder indirekt, leiten bzw. die Tat ist Ausdruck der wahnhaften Störung und/oder der (akustischen) Halluzinationen.

Hypothese 5: Der Tatablauf wirkt nicht bizarrer, desorganisierter oder ferngesteuerter als der bei nicht schizophrenen Tätern.

Hypothese 6: Bei Schizophrenen geht die sexuelle Straftat an sich mit einem Rückfall in eine psychotische Episode der Schizophrenie einher.

Smith und Taylor (1999a) fanden in ihrer Untersuchung zum Einfluss von Positivsymptomen der Schizophrenie auf sexuelle Übergriffe psychotischer Männer, dass ein Großteil der Stichprobe zum Tatzeitpunkt psychotisch war und mit der Tat verknüpfte Wahninhalte und/oder akustische Halluzinationen aufwies. In der Stichprobe von Craissati und Hodes (1992) entsprach der sexuelle Übergriff der zur Tatzeit psychotischen Männer einem Rückfall der Schizophrenie, meist durch mangelnde Medikamenteneinnahme bedingt. Entgegen deren Annahmen fanden sich bei der Untersuchung der Tatmerkmale (Smith, 2000b) keine als bizarr auffälligen, situationsinadäquaten Verhaltensweisen bei den schizophrenen Tätern.

Forschungsfrage 3: Welche Tatmerkmale sind auf dissoziale Persönlichkeitszüge zurückzuführen?

Hypothese 7: Schizophrene Sexualstraftäter stimmen hinsichtlich psychosozialer Variablen mit nicht schizophrenen überein. Sie weisen kognitive Verzerrungen, mangelnde Empathie, mangelnde soziale Fertigkeiten, sexuelle Obsessionen sowie mangelnde sexuelle Kenntnisse auf.

Hypothese 8: Schizophrene wenden weniger Gewalt bei ihrer Tat an als nicht Schizophrene.

Hypothese 9: Bei schizophrenen Tätern findet sich kein Unterschied im Gewaltausmaß an fremden und bekannten Opfern, wohingegen nicht schizophrene Täter mehr Gewalt bei Unbekannten anwenden.

Hypothese 10: Fremde Täter begehen die Taten vermehrt draußen, bekannte Täter drinnen (im Rahmen eines sozialen Settings), was auf schizophrene und nicht schizophrene Täter zutrifft.

Hypothese 11: Die Art der sexuellen Handlungen von schizophrenen und nicht schizophrenen Tätern unterscheidet sich nicht.

Im Rahmen ihrer Untersuchung zu Ähnlichkeiten zwischen psychisch kranken und gesunden Sexualstraftätern hinsichtlich Faktoren, die in ursächlichem Zusammenhang mit sexuellen Übergriffen gesehen wurden, fanden Sahota und Chesterman (1998) Übereinstimmungen zwischen beiden Gruppen zu psychosexuellen Faktoren wie mangelnde Opferempathie, kognitive Verzerrungen der Tatsicht u.a. Bezüglich der Tatmerkmale fand sich entgegen der Erwartungen ein geringeres Ausmaß an Gewalt gegenüber Opfern der Schizophrenen sowie kein

Unterschied der Gewaltausübung gegenüber fremden und bekannten Opfern (Smith, 2000b). Von nicht psychotischen Tätern wurde hingegen bei Unbekannten mehr Gewalt angewendet (Bownes et al., 1991; Stermac et al., 1995). Keine Unterschiede zwischen den Gruppen ergaben sich hinsichtlich der Befunde, dass bei unbekanntem Opfern die Tat vermehrt draußen, also auf der Straße oder in Grünanlagen, und bei bekannten Opfern meistens in der Wohnung verübt wurde (Smith, 2000b; Bownes et al., 1991). Sexuelle Handlungen wie Fellatio, Cunnilingus oder vaginale und anale Penetration während des sexuellen Übergriffs bzw. deren Anteile an diesem stimmten bei schizophrenen und nicht schizophrenen Sexualstraftätern gemäß Ergebnissen von Smith (2000b) und Bownes et al. (1991) überein.

Forschungsfrage 4: Welche Tatmerkmale können dem Einfluss neurokognitiver Defizite zugeschrieben werden?

Hypothese 12: Defizite in der ausführenden Funktion führen bei Schizophrenen zu Enthemmung und Impulsivität und begünstigen somit deviantes sexuelles Verhalten.

Hypothese 13: Reduzierte Aufmerksamkeit und eingeschränkte verbale Gedächtnisleistungen führen zur Fehlinterpretation sozialer Schlüsselreize und mangelnder Problemlösefähigkeiten, die ihrerseits sexuell inadäquates Verhalten begünstigen.

Die ausführende Funktion ist sowohl an der Aktivierung und dem Ablauf sozial adäquater Verhaltensweisen beteiligt als auch an der Hemmung unpassender Verhaltensweisen. Es wurde von verschiedenen Forschungsgruppen angenommen, dass Defizite in dieser Funktion zu Enthemmung und Impulsivität führten und dadurch die Ausführung sexuell devianter Verhaltensweisen bei psychisch Kranken begünstigen könnten (Craissati und Hodes, 1992; Sahota und Chesterman, 1998a; Phillips et al., 1999). Einbußen in neurokognitiven Funktionen bei Schizophrenen und deren Auswirkungen auf das soziale Funktionieren sind methodisch gut untersucht und statistisch belegte Befunde (Green, 1996; Kurtz et al., 2001). Green (1996) fand in seiner Metaanalyse zu neurokognitiven Defiziten bei Schizophrenen einen Zusammenhang zwischen reduzierter Aufmerksamkeit und eingeschränkten verbalen Gedächtnisleistungen mit der Fehlinterpretation sozialer Schlüsselreize und schlechten Problemlösefähigkeiten. Diese Defizite könnten laut Drake und Pathé (2004) ebenfalls zum Auftreten von inadäquatem sexuellem Verhalten im zwischenmenschlichen Bereich beitragen.

3.1.2 Forschungsfragen für die Untergruppen der schizophrenen Sexualstraftäter

Forschungsfrage 5: Was für Unterschiede zeigen sich im Tatverhalten und in Tatmerkmalen innerhalb der Gruppe der schizophrenen Sexualdelinquenten?

Forschungsfrage 6: Welchen Einfluss haben Kindheitsvariablen auf Tatmerkmale?

Hypothese 14: Schizophrene Sexualstraftäter mit sexuell devianten Fantasien zum Tatzeitpunkt weisen im Gegensatz zu denen ohne derartige Fantasien häufiger eine gestörte und schlechte Kindheit auf.

Hypothese 15: Deviante sexuelle Fantasien zum Tatzeitpunkt treten eher zutage, wenn der Sexualstraftäter in seiner Kindheit deviantes sexuelles Verhalten zeigte und sozial isoliert war.

Smith (1999a) erfasste aggressive sexuelle Fantasien mit sadistischen und nicht sadistischen Inhalten bei schizophrenen Sexualdelinquenten während der Tat und in der Kindheit. Es zeigten sich vermehrt bei denjenigen Tätern abweichende sexuelle Fantasien, die bereits im Kindes- und Jugendalter durch deviantes sexuelles Verhalten auffielen sowie sozial isoliert waren. Zudem fand er, entsprechend Befunden von nicht kranken Sexualstraftätern (z.B. Adams et al., 1995; Heads et al., 1997), bei Schizophrenen mit sadistischen Fantasien deutlich häufiger gestörte und schlechte Erfahrungen in der Kindheit. Systematische Untersuchungen zu Unterschieden in Tatmerkmalen einzelner Subgruppen schizophrener Sexualstraftäter gab es bisher nicht, weshalb hierzu eine offene Forschungsfrage formuliert wurde.

3.2 Wahl der Methode: Inhaltsanalyse

Zur Erfassung und Auswertung relevanter Variablen wurde die Methode der Inhaltsanalyse gewählt. Diese beinhaltet sowohl quantitative wie qualitative Elemente (Früh, 2001). „Der Sinn jeder Inhaltsanalyse besteht letztlich darin, unter einer bestimmten forschungsleitenden Perspektive Komplexität zu reduzieren. Textmengen werden hinsichtlich theoretisch interessierender Merkmale klassifizierend beschrieben“ (Früh, 2001: 39). Mittels der Inhaltsanalyse lässt sich also komplexes Aktenmaterial im Hinblick auf das Forschungsziel systematisieren und wissenschaftlich bearbeiten. Der Sichtweise der quantitativen Inhaltsanalyse zufolge entspricht die Aktenanalyse der Dokumentenanalyse, die „...eine Zuordnung der einzelnen Teile eines Textes zu ausgewählten, übergreifenden Bedeutungseinheiten (Kategorien)

anstrebt“ (Bortz und Döring, 1995: 138). In der eigenen Untersuchung wurde die Kategorisierung von komplexem Aktenmaterial durch die Inhaltsanalyse gewählt, um die Forschungsfragen und Hypothesen wissenschaftlich fundiert bearbeiten und die Ergebnisse überprüfen zu können. Es wurden gemäß den Empfehlungen zur Vorgehensweise bei Inhaltsanalysen von Früh (2001) Haupt- und Unterkategorien deduktiv, also aus der Theorie, abgeleitet und induktiv bzw. empiriegeleitet generiert und ausdifferenziert. Um überprüfen zu können, ob die für das Forschungsziel relevanten Aspekte einbezogen worden sind, wurde eine aus dem Datenmaterial repräsentative Stichprobe von 10% gezogen, die einer systematischen Bearbeitung unterzogen wurde (Früh, 2001). Anhand der einen Hälfte der gezogenen Stichprobe wurde das Kategoriensystem weiter systematisiert und anhand der anderen das bestehende getestet. Die durch das beschriebene Verfahren entstandene, modifizierte Form des Kategoriensystems bildete den so genannten Kodierleitfaden bzw. Erhebungsbogen. Dieser beinhaltete die für die Forschungsfragen und Hypothesen relevanten Haupt- und Unterkategorien, anhand dessen das komplette Untersuchungsmaterial kodiert und ausgewertet wurde. Der Erhebungsbogen sowie Definitionen kritischer Kategorien sind dem Anhang A und B zu entnehmen.

3.3 Untersuchungsmaterial und Stichprobe

Untersuchungsmaterial bildeten Akten von Tätern, die am Institut für Forensische Psychiatrie der Charité in Berlin sowie der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Krankenhauses der Berliner Vollzugsanstalten begutachtet bzw. inhaftiert und behandelt worden waren. Erhebungszeitraum waren die Jahre 1980 bis 2006. Die Akten beinhalteten psychiatrisch-psychologische Gutachten, Anklageschriften, Polizeiberichte, Zeugenaussagen, ärztliche wie pflegerische Verlaufsberichte und Dokumentationen, Berichte von Sozialarbeitern sowie frühere psychiatrische Berichte. Stichprobe bildeten 32 Akten von Männern mit der Diagnose einer Schizophrenie oder einer psychischen Störung aus dem schizophrenen Formenkreis (nach ICD-10 und/oder DSM-IV) sowie eine Vergleichsgruppe von 32 Männern ohne eine schizophrene Störung, die wegen eines Sexualverbrechens wie Sexuelle Nötigung oder Vergewaltigung (gemäß §177, 178 StGB) einer Frau, die älter als 16 Jahre war, angeklagt und verurteilt worden waren. Die nicht schizophrenen Männer wurden den schizophrenen hinsichtlich der Art des Sexualdeliktes sowie des Alters zugewiesen. Dieser „Matching Prozess“ entspricht einer Stichprobenparallelisierung, die bei kleiner Gruppengröße Anwendung findet. Hierdurch werden die so genannten Drittvariablen Alter und Sexualdelikt konstant gehalten, die als wesentliche Störvariablen im Sinne einer Variablenkonfundierung auf die Ergebnissen einwirken würden

(Schnell et al., 1989). Durch diesen methodischen Prozess wird die Validität der gemessenen Unterschiede im Tatverhalten erhöht. Diese können somit auf die zu vergleichenden Merkmale zurückgeführt werden. Sie sind also weder auf die unterschiedliche Schwere des Sexualdelikts (Sexuelle Nötigung vs. Vergewaltigung vs. Vergewaltigung mit Todesfolge) noch durch die mit jüngerem Tatalter vermehrt einhergehende höhere Dissozialität verursacht (Hodgins und Côté, 1993). Die Zufälligkeit der Stichprobenauswahl war bei einem „Matching Sample“ von zwei Variablen im Sinne einer Teilrandomisierung bei allen anderen Variablen immer noch gegeben (Bortz und Döring, 1995).

3.4 Aufbau des Erhebungsbogens

Der Erhebungsbogen wurde so aufgebaut, dass Fakten wie demographische Daten, Krankheits- und Delinquenzgeschichte ersichtlich waren sowie die Forschungsfragen und Hypothesen hinreichend beantwortet werden konnten. Zu den erhobenen demographischen Daten zählten Alter, Geschlecht, Familienstand, Staatsangehörigkeit, Herkunft, Schulbildung, Berufsausbildung und Berufsstand. Familiäre Verhältnisse, Erziehungsberechtigte, Delinquenz in der Primärfamilie und Kindheitsvariablen bildeten den sozialen Hintergrund ab. An Psychopathologie wurden Erst-, Zweit- und Drittdiagnose nach ICD-10, psychische Störungen in der Familie, Alter bei Schizophreniebeginn, Paraphilie, Psychiatriekontakte im Erwachsenenalter, Alter bei Erstkontakt mit psychiatrischer Einrichtung, psychiatrische Vorerkrankungen, Drogen- oder Alkoholmissbrauch, Alter bei Erstmissbrauch sowie Medikation erhoben. Zur Kategorie Unterbringung und weitere Straftaten waren Art und Dauer der Unterbringung vor und nach der Straftat, bisherige Delikte, Alter bei Erstdelinquenz und Vorstrafen/höchstes Strafmaß subsumiert. Unter sexueller Funktion wurden sexuelle und intime Beziehungen zu Frauen, Polygamie und sexuelle Fantasien gefasst. Die soziale Funktion wurde in Sozialverhalten, generelle Beziehungsdaten, Beziehungen und Wohnverhältnisse zum Tatzeitpunkt, und psychosoziale Belastungen ausdifferenziert. Darüber hinaus wurden hypothesenrelevante psychosexuelle Variablen und neurokognitive Defizite erfasst. Bei den tatrelevanten Faktoren wurden die für die Fragestellung interessierenden Ausprägungen wie Art der Straftat, weitere Delikte außer dem Sexualdelikt, Tatbegehung, Tatabfolge, Alter von Opfer und Täter, Bekanntheitsgrad, Alkohol-/Drogeneinfluss, Abbruch der Medikation, Tatort, Tatzeit, Tageszeit, Stadium der Schizophrenie, Zeitspanne Schizophreniebeginn-Straftat, krankheitsweisende Faktoren, Positivsymptomatik, Negativsymptomatik, Tatplanung, Tatablauf und bizarres Verhalten erhoben. Die kompletten Haupt- und Unterkategorien des Erhebungsbogens sind aus dem Anhang A ersichtlich. Dem Anhang B angefügt sind kritische

und hypothesenrelevante Definitionen der Unterkategorien des Berufsstandes, der Psychopathologie, der Kindheitsvariablen, der sexuellen Funktion einschließlich der sexuell devianten Fantasien, der sozialen Funktion, der Positiv- und Negativsymptomatik, der Aggressivität und der Täter-Opfer-Interaktion. Hierbei sind die Definitionen neben ICD-10 und DSM-IV überwiegend an diejenigen von Smith und Taylor (1999) sowie Smith (1999, 2000) angelehnt.

3.5 Durchführung und Auswertung

Für die eigene Untersuchung wurden relevante Kategorien und Unterkategorien in Anlehnung an Forschungsarbeiten von Craissati und Hodes (1992), Green (1996), Sahota und Chesterman (1998), Smith und Taylor (1999) sowie Smith (1999, 2000) abgeleitet und durch das Untersuchungsmaterial ergänzt und ausdifferenziert. Die so entstandenen Kategorien bildeten den Erhebungsbogen, anhand dessen das Aktenmaterial durch einen Untersucher entsprechend der Standards des verwendeten Analyseverfahrens (Früh, 2001) kodiert und ausgewertet wurden. Vor der abschließenden Kodierung und Auswertung erfolgte ein Pretest, mit dem, wie im Abschnitt 3.2 des Methodenteils erläutert, verfahren und aufgrund dessen der Erhebungsbogen modifiziert wurde. Hieraus ergab sich beispielsweise die Ergänzung der „Negativsymptomatik“ als Hauptkategorie (siehe Punkt IX.T im Anhang A) zusätzlich zur schon erhobenen Positivsymptomatik der Schizophrenie, da die Negativsymptome in sämtlichen Gutachten erstens einbezogen waren und zweitens sowohl kognitive wie soziale Einbußen nach sich ziehen. Dies sind Defizite, die nach dem bisherigen Erkenntnisstand (Smith und Taylor, 1999b; Green, 1996; Drake und Pathé, 2004) sexuelle Straftaten psychotischer Männer beeinflussen können. Erwähntes Verfahren führte zur Erfassung der „Sozialen Funktion“ unabhängig vom Zeitpunkt des Krankheitsbeginns (siehe Punkt VI im Anhang A) und nicht, wie ursprünglich konzipiert, vor und nach Schizophreniebeginn, da die Kategorie „soziale Funktion“ im Untersuchungsmaterial nicht derartig erfasst wurde und demnach nicht so detailliert kodierbar war. Nach erfolgter Systematisierung und abgeschlossenem Pretest wurden die 64 Akten der schizophrenen und nicht schizophrenen Stichprobe mittels des Erhebungsbogens bearbeitet. Die statistische Analyse erfolgte durch das Datenauswertungsprogramm SPSS (Version 12.0.1. für Windows). Um die Reliabilität der Kodierungen zu überprüfen, wurden 6 zufällig ausgewählte Akten erneut durch denselben Untersucher am Ende der Auswertung kodiert, wobei die Übereinstimmung mit dem ersten Kodiervorgang ermittelt wurde. Es ergab sich eine Übereinstimmung von mehr als 95 % zwischen erstem und zweitem Kodiervorgang, was eine ausreichende Reliabilität der Kodierung darstellt.

4 ERGEBNISSE

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der eigenen Untersuchung vorgestellt. Zunächst werden relevante Variablen für die schizophrene und nicht schizophrene Stichprobe deskriptiv dargestellt. Dann wird auf hypothesenrelevante Ergebnisse zwischen den Gruppen eingegangen. Abschließend werden Ergebnisse für die definierten Untergruppen der Schizophrenen, die explorativer Art sind, beschrieben. Als statistisches Verfahren zum Vergleich kategorialer Daten diente der exakte Fisher Test sowie der χ^2 -Test. Auf Art und Ablauf des statistischen Prüfverfahrens wird im Abschnitt 4.2 des Ergebnisteils näher eingegangen.

4.1 Beschreibung der Untersuchungsgruppen

Die Beschreibung der schizophrene wie nicht schizophrene Gruppe erfolgte mittels Häufigkeitsanalyse der erhobenen Kategorien wie demographische Daten, sozialer Hintergrund, Psychopathologie, Delinquenz, soziale und sexuelle Funktion sowie tatrelevante Faktoren. Sämtliche Definitionen der Ausprägungen der erhobenen Kategorien sind dem Anhang B zu entnehmen.

4.1.1 Beschreibung der Gruppe der schizophrenen Sexualstraftäter

4.1.1.1 Demographische Daten

Die 32 schizophrenen Männer waren zum Untersuchungszeitpunkt zwischen 20 und 55 Jahre alt (Median 31 Jahre). Die meisten waren allein stehend, davon 19 ledig, 3 geschieden, 9 verheiratet getrennt lebend. Nur einer war verlobt. Über die Hälfte waren Deutsche, davon 10 aus der ehemaligen BRD und 8 aus der DDR. Die übrigen Männer stammten aus Osteuropa, Frankreich und außerhalb Europas, dabei hauptsächlich aus Afrika. Das Bildungsniveau der Stichprobe war niedrig bis schlecht. So wiesen 12 Männer keinen Schulabschluss, 13 den Hauptschulabschluss, nur 3 den Realschulabschluss und 4 die allgemeine Hochschulreife auf. Etwa die Hälfte hatte keine oder eine abgebrochene Berufsausbildung, die andere Hälfte hatte eine Lehre abgeschlossen. 2/3 der Stichprobe war arbeitslos oder ging Gelegenheitsjobs nach, 5 waren einfache Angestellte und 3 selbständig (Tab.1).

4.1.1.2 Sozialer Hintergrund

Die meisten Probanden wuchsen in geordneten Familienverhältnissen auf. Die Mehrzahl der Eltern stand in einem einfachen oder mittleren Beschäftigungsverhältnis. Erziehungsberechtigte

waren die leiblichen Eltern. Die Hälfte der Eltern waren verheiratet, die übrigen hauptsächlich geschieden und nur ein geringer Teil ledig oder verwitwet. Delinquentes Verhalten naher Familienangehöriger wurde bei fast allen verneint (Tab.2).

4.1.1.3 Kindheitsvariablen

Relevante Kindheitsvariablen zur Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten vor dem 16. Lebensjahr gliederten sich auf in abweichendes Sozial- und Sexualverhalten sowie die Eltern-Kind- Beziehung. Etwa die Hälfte der Probanden war bereits in der Kindheit sozial isoliert sowie körperlich aggressiv. Bei über der Hälfte gab es disziplinarische Schwierigkeiten zuhause und/oder in der Schule. Nur 6 Probanden waren in der Kindheit strafrechtlich auffällig. Bis auf einen Probanden wurde bei allen anderen kein abweichendes Sexualverhalten in der Kindheit angegeben. Nur bei einer Minderheit wurde ein Psychiater oder psychologische Hilfe in Anspruch genommen. 10 Männer vermissten eine stabile Mutter-Kind Beziehung. Gewalt zwischen den Eltern gab es bei weniger als der Hälfte, Gewalt gegen das Kind bei der Hälfte der Gruppe. Nur bei 2 Probanden fanden sich Angaben über einen sexuellen Missbrauch in der Kindheit (Tab.3).

4.1.1.4 Psychopathologie

Alle Männer litten zum Untersuchungszeitpunkt an einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis, davon 23 an einer paranoiden Schizophrenie, 2 an einer hebephrenen, 2 an einer chronischen Schizophrenie, 3 an einer schizoaffektiven Psychose und weitere 2 an einer schizophrenieformen Störung nach ICD-10, 13 Probanden wiesen keine Zweitdiagnose auf, 1/3 hatte zusätzlich noch die Diagnose einer Substanzabhängigkeit, die restlichen zeigten Persönlichkeitsstörungen, leichte Intelligenzminderung oder eine affektive Störung. Nur eine Person hatte die Diagnose einer Paraphilie. Als dritte Diagnose war bei der Mehrheit keine angegeben (Tab.4). Das Alter bei Schizophreniebeginn schwankte bei der Stichprobe zwischen 14 und 54 Jahren (Median 24 Jahre). Familiäre Vorbelastungen bezüglich der Schizophrenie gab es bei 7, bezüglich affektiver Störungen bei 3 und Alkoholabhängigkeit bei 2 Probanden (Tab.2). Über die Hälfte der Stichprobe hatte im Erwachsenenalter mehrfach Kontakt zu einer psychiatrischen Einrichtung. Bei einem Drittel der Männer wurde der regelmäßige Konsum von Alkohol angegeben. Fast alle anderen konsumierten regelmäßig oder gelegentlich Rauschmittel, Drogen, Alkohol oder mehrere Substanzen gemischt bereits im Alter von 14 Jahren. Im Zeitraum vor der Tat nahm mehr als die Hälfte der Stichprobe Neuroleptika und/oder Sedativa ein, allerdings nur unregelmäßig (Tab.9).

4.1.1.5 Vorstrafen und bisherige Delikte

Zum Untersuchungszeitpunkt befanden sich bis auf 2 Männer alle entweder in Untersuchungshaft oder in einer Justizvollzugsanstalt, 4 bereits im Maßregelvollzug. 1/3 der Stichprobe war ohne Vorstrafe, die restliche war bereits vorbestraft, sei es durch eine Haftstrafe mit oder ohne Bewährung, eine Geldstrafe oder eine Maßregel. Das Alter bei Erstdelinquenz lag zwischen 14 und 50 Jahren (Median: 20,5) (Tab.1). Hauptsächlichste bisherige Delikte, waren die Kombination aus Gewalt- und Eigentumsdelikten, nur 2 Probanden waren wegen eines Sexualdeliktes zusammen mit einem weiteren Delikt wie etwa einem Gewaltdelikt vorbestraft, lediglich 6 Personen hatten bisher keine Straftat begangen (Tab.5).

4.1.1.6 Sexuelle Funktion

Das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr lag durchschnittlich bei 16 Jahren. Die Mehrzahl der schizophrenen Männer hatte bereits sexuelle Beziehungen zu einer Frau, die als befriedigend erlebt wurden. Trotzdem waren viele polygam. Es wurden, bis auf 9 Probanden mit sadistischen Fantasien, keine abweichenden sexuellen Fantasien angegeben (Tab.6).

4.1.1.7 Soziale Funktion

3/4 der Stichprobe gab an, unabhängig von ihrer Krankheit keine befriedigenden Freundschaften erlebt zu haben, ebenso viele waren sozial isoliert. Meidungsverhalten speziell von Frauen zeigte die Mehrzahl nicht. Die Hälfte der Probanden lebte schon einmal in einer Lebensgemeinschaft, die länger als 6 Monate dauerte, die andere Hälfte hatte hauptsächlich keine Beziehungen zu Frauen oder kürzere heterosexuelle Beziehungen. Einschränkungen in der ausführenden Funktion, also der Funktion, die an Planung, Ausführung, Steuerung und Bewertung von Verhaltensweisen beteiligt ist, waren bei 27 der 32 Patienten aufzufinden. 13 Patienten lebten zum Tatzeitpunkt alleine, die restlichen entweder in einer Wohngemeinschaft, bei den Eltern oder mit dem Lebenspartner zusammen. Lediglich 2 Personen waren obdachlos (Tab.6). Bei der Mehrheit der Stichprobe fanden sich mehrere Belastungen im psychosozialen Bereich kurz vor der Tat wie in partnerschaftlicher, finanzieller, beruflicher oder zwischenmenschlicher Hinsicht.

4.1.1.8 Psychosexuelle Variablen

Psychosexuelle Variablen sind Eigenschaften, die als begünstigend für das Begehen sexueller Übergriffe gelten. In der schizophrenen Stichprobe wiesen 19 Personen kognitive Verzerrung bezüglich ihrer Sicht der Tat auf, genau die Hälfte zeigte keine Empathie mit dem Opfer. Fast alle Probanden wiesen mangelnde soziale Fähigkeiten auf. Die wenigsten gaben deviante

sexuelle Fantasien, sexuelle Obsessionen und mangelndes sexuelles Wissen an. Mehr als 1/3 der Männer wurden als impulsiv, die restlichen als latent aggressiv und impulsiv sowie offen aggressiv zum Untersuchungszeitpunkt erlebt (Tab.16).

4.1.1.9 Neurokognitive Funktionen

Die Mehrheit der schizophrenen Männer stellte sich als durchschnittlich intelligent, mit Einbußen in Motivation, Aufmerksamkeit und im Antrieb dar. Defizite in verbalem Gedächtnis oder abstraktem Denken fanden sich bei den meisten nicht (Tab.17).

4.1.1.10 Tatablauf

Alle 32 Schizophrenen begingen eine Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung, lediglich 8 der 32 Männer begingen ein weiteres und nur 5 ein drittes Sexualdelikt, das in einer Anklageschrift abgehandelt wurde. Bei der ersten Straftat beging genau die Hälfte eine Vergewaltigung, 12 schizophrene Männer eine Sexuelle Nötigung und die restlichen 4 eine Vergewaltigung mit Todesfolge. Bei der zweiten Tat begingen 6 Männer eine Sexuelle Nötigung, die anderen 2 eine Vergewaltigung, bei der dritten Tat gab es 2 Sexuelle Nötigungen und 3 Vergewaltigungen (Tab.10). Als zusätzlich zum Sexualdelikt begangene Straftaten kamen, wenn überhaupt, Gewaltdelikte und 4 Tötungsdelikte sowie Eigentumsdelikte hinzu. Die meisten schizophrenen Täter begingen ihre Tat alleine an einem Opfer, lediglich 8 Männer begingen bis zu 3 Vergewaltigungen/Sexuelle Nötigungen in Folge (Tab.8). Das Alter der Opfer reichte von 16 bis 61 Jahren (Median 23,5 Jahre), die Täter waren zwischen 19 und 52 Jahre alt (Median 27 Jahre) und im Durchschnitt 3 Jahre älter als das Opfer. Täter und Opfer kannten sich in den meisten Fällen nicht, bei den Taten in Serie waren alle Opfer dem Täter nicht bekannt (Tab.10). Über die Hälfte der Täter waren bei der Tat alkoholisiert, allerdings nicht in dem Ausmaße, dass von einem Rauschzustand im Sinne einer erheblichen Einschränkung der Steuerungsfähigkeit ausgegangen wurde. Bei einem Grossteil derjenigen Männer, die bereits vor der Straftat Medikamente wie Neuroleptika und Sedativa einnahmen, was auf weniger als die Hälfte der Stichprobe zutraf, gab es einen Abbruch der Medikation zum Tatzeitpunkt (Tab.9). Die Tat ereignete sich bei mehr als 1/3 der Fälle beim Zuhause des Opfers, die übrigen Tatorte waren das Zuhause des Täters, öffentliche Plätze und die Straße. Bei den Taten in Serie war der Tatort beim zweiten Opfer fast ausschließlich die Straße und beim dritten Opfer öffentliche Plätze (Tab.10). Die meisten Taten wurden wochentags zwischen 14:00 und 2:00 Uhr begangen, Taten in Serie v.a. in den frühen Morgenstunden. 11 schizophrene Männer waren zur Tatzeit psychotisch, 13 begingen die Tat noch in der Prodromalphase, 5 während der Remissionsphase und 3 in einer

chronischen Phase der Schizophrenie. Somit waren 11 Probanden im Zeitraum der Tat psychotisch vs. 21 nicht psychotisch waren (Tab.14). Die Zeitspanne zwischen Schizophreniebeginn und dem Begehen der Tat betrug im Mittel 6 Jahre für die psychotischen, chronisch Schizophrenen und die in der Remissionsphase befindlichen. Die Zeitspanne zwischen Straftat und der endgültigen Diagnosestellung derjenigen, die sich zum Tatzeitpunkt in der Prodromalphase befunden hatten, betrug im Durchschnitt 0,8 Jahre. Krankheitsweisende Faktoren wie z.B. vermehrter sozialer Rückzug, Wutausbrüche, sexuelle Enthemmung, zeigten sich bei allen Männern, wobei genau die Hälfte diese in Kombination mit sexueller Enthemmung und die andere Hälfte Faktoren ohne sexuelle Enthemmung aufwies. Um auf psychotische Symptome zu schließen, wurde das Vorhandensein eines Wahns, von Halluzinationen und von Denkstörungen zum Tatzeitpunkt erhoben. Es gab bei über der Hälfte der Stichprobe keinen Anhalt eines Wahns oder einer Denkstörung, bei fast allen keine Halluzinationen. Die restlichen Probanden hatten entweder Wahninhalte und Halluzinationen ohne sexuellen Inhalt oder mit einem nicht mit der Straftat zusammenhängendem sexuellen Thema (Tab.15). 19 Probanden wiesen zum Tatzeitpunkt eine Negativsymptomatik (Definitionen siehe Anhang B) auf, 13 hingegen keine. Bei 12 Männern geschah die Tat spontan, beim Rest gab es eine zielgerichtete Ausgestaltung der Tat, Vorbereitungshandlungen oder die Kombination aus beiden. Die Taten an mehr als einer Frau geschahen sowohl spontan als auch zielgerichtet. Konkrete sexuelle Handlungen am Opfer waren wie folgt: Fast alle schizophrenen Täter fassten die Brust oder das Genital der Frau an, etwa die Hälfte penetrierte das Opfer vaginal, anale Penetration gab es kaum, Cunnilingus und Fellatio erzwangen nur 9 Täter. Bei den dritten Opfern derjenigen 5 Täter, die in Serie sexuell übergriffig waren, war im Verhältnis ein hoher Anteil an Manipulation der Brust oder des Genitales, vaginaler und analer Penetration sowie Fellatio und Cunnilingus zu verzeichnen. 20 der 32 Männer wandten während des Deliktes exzessive Gewalt alleine oder in Kombination mit verbaler Gewalt oder Waffengebrauch an. Die restlichen Männer wandten nur soviel Gewalt an, die nötig war, um den Widerstand des Opfers zu brechen. Bei den Taten in Serie war die Art der Gewalterwendung (ausreichend vs. exzessiv) gleich verteilt. In Tab.10 ist die differenzierte Gewalterhebung in „keine“, „wenig“ und „viel“ Gewalt zusammengefasst dargestellt. Hierbei fielen alle Unterkategorien, die ursprünglich „ausreichende Gewalt“ beinhalteten mitsamt deren Kombinationen mit z.B. „verbaler Gewalt“ in die Kategorie „wenig Gewalt“, ebenso wurde mit der Kategorie „exzessive Gewalt“ in die Kategorie „viel Gewalt“ verfahren. Bei Unbekannten wurde hauptsächlich viel Gewalt angewendet, wohingegen bei Bekannten zur Hälfte viel und wenig Gewalt zutage trat (Abb.1). Die Interaktion des Täters mit dem Opfer verlief vorwiegend unpersönlich, d.h. nur das Nötigste wurde, wenn überhaupt,

angesprochen, um letztlich die sexuelle Handlung ausführen zu können. Widerstand wurde von den meisten Opfern geleistet, der bei über der Hälfte der Täter mit Reaktionen beantwortet wurde. 7 Täter entschuldigten sich während oder nach der Tat beim Opfer. Gefühle dem Opfer gegenüber wurden bei weniger als der Hälfte der Täter offenbar, diese blieben bei den zweiten und dritten Opfern zunehmend ganz aus (Tab.10). Bizarres Verhalten, also Verhaltensweisen, die den Opfern oder Augenzeugen als der Situation unangemessen auffiel, wurden bei 23 Tätern nicht berichtet. Bei 5 Männern wurden seltsame Gebärden, bei 3 Männern irrationales, wahnhaftes Reden angegeben.

4.1.2 Zusammenfassung zur Beschreibung der schizophrenen Sexualstraftäter

Folgende Punkte können zusammenfassend bei der Gruppe der Schizophrenen erwähnt werden: Die schizophrenen Männer waren zum Untersuchungszeitpunkt durchschnittlich 31 Jahre alt, deutsch, ledig, hatten unteres Bildungsniveau und waren ohne Arbeit. Die meisten Männer stammten aus geordneten Familienverhältnissen. Im Kindesalter waren viele sozial isoliert, aggressiv und wiesen disziplinarische Schwierigkeiten auf, erfuhren Gewalt am eigenen Körper sowie zwischen den Eltern. An Psychopathologie wiesen fast alle eine paranoide Schizophrenie auf, Komorbidität mit anderen Störungen gab es kaum. Alkohol- und Drogen konsumierten fast alle, wenn auch nicht regelmäßig. Unregelmäßig war auch die Medikamenteneinnahme von Neuroleptika und Sedativa. Eine delinquente Karriere wiesen die meisten Schizophrenen auf, allerdings keine sexuell delinquente. Die soziale Isolation in der Kindheit setzte sich im Erwachsenenalter fort. Fast alle gaben an, eine sexuelle Beziehung zu Frauen geführt zu haben, die als befriedigend erlebt wurde und bei vielen von langer Dauer war. Die meisten hatten massive Einbußen in der ausführenden Funktion. Bei den psychosexuellen Variablen wies ein Großteil kognitive Verzerrungen und Impulsivität auf, kaum einer zeigte Auffälligkeiten in sexueller Hinsicht. Neurokognitiv befand sich die Mehrheit im Durchschnitt, allerdings gab es Einbußen in Konzentration und Antrieb. Alter des Täters zur Tatzeit war durchschnittlich 27 Jahre, der Opfer 24 Jahre. Die Hälfte waren Vergewaltigungen, die andere Hälfte Sexuelle Nötigungen, wobei 4 Männer ihre Opfer töteten. Die Täter begingen ihre Taten alleine. Viele Täter konsumierten vor der Tat Alkohol und brachen ihre Medikation ab. Über die Hälfte der Männer befand sich während der Tat nicht in einer psychotischen Episode, sondern im Prodromal- oder Residualstadium. Eine Positivsymptomatik fand sich bei den wenigsten, dafür aber bei über der Hälfte Anzeichen einer Negativsymptomatik. Die Taten wurden nachmittags und nachts begangen. Bei der Mehrzahl der Taten gab es eine zielgerichtete Ausgestaltung der Tat. Der Tatablauf beinhaltete hauptsächlich das Anfassen der Brust und/oder des Genitales, bei

der Hälfte auch den vaginalen Geschlechtsverkehr. Andere sexuelle Varianten waren rar. Die Interaktion verlief hauptsächlich unpersönlich. Es fiel ein hohes Maß an exzessiver Gewaltanwendung sowie ein hoher Anteil der Opfer auf, die Widerstand leisteten. Bizarres Verhalten wurde selten beobachtet.

TAB.1 ÜBERSICHT ZU DEN UNTERSUCHUNGSGRUPPEN

Demographische Variablen		Schizophrene (n = 32)	Nicht Schizophrene (n = 32)
Alter in Jahren (Median)	<i>Zum Untersuchungszeitpunkt</i>	31	32,5
	<i>Bei Erstdelinquenz</i>	20,5	17
	<i>Zum Tatzeitpunkt</i>	27	27
	<i>Bei Schizophreniebeginn</i>	24	nicht zutreffend
	<i>Bei Erstmissbrauch von Alkohol und/oder Drogen</i>	15	13
	<i>Bei erstem Geschlechtsverkehr</i>	16	16
	Staatsangehörigkeit	<i>Deutsch</i>	19
	<i>Andere</i>	13	2
Familienstand	<i>Ledig</i>	19	20
	<i>Verlobt</i>	1	0
	<i>Verheiratet zusammenlebend</i>	0	3
	<i>Verheiratet getrenntlebend</i>	9	4
	<i>Geschieden</i>	3	4
	<i>Verwitwet</i>	0	1
Schulbildung	<i>Ohne Abschluss</i>	12	14
	<i>Sonderschule</i>	0	3
	<i>Hauptschule</i>	13	12
	<i>Realschule</i>	3	1
	<i>Hochschulreife</i>	4	2
Berufsausbildung	<i>Keine</i>	10	10
	<i>Abgebrochen</i>	7	10
	<i>Lehre</i>	15	10
	<i>Fach-/Hochschule</i>	0	2
Beruf	<i>Arbeitslos</i>	18	12
	<i>Arbeiter</i>	6	16
	<i>Einfacher Angestellter</i>	5	4
	<i>Selbständig</i>	3	0

TAB.2 SOZIALER HINTERGRUND

Familiäre Verhältnisse		Schizophrene (n = 32)	Nicht Schizophrene (n = 32)
Elterlicher Beruf	<i>Arbeitslos</i>	1	4
	<i>Arbeiter</i>	5	11
	<i>Einfacher Angestellter</i>	15	13
	<i>Mittlerer Angestellter</i>	7	1
	<i>Leitender Angestellter</i>	2	0
	<i>Selbständig</i>	2	3
Familienstand der Eltern	<i>Ledig</i>	2	3
	<i>Verheiratet</i>	16	16
	<i>Geschieden</i>	11	12
	<i>Verwitwet</i>	3	1
Erziehungsberechtigte	<i>Leibliche Eltern</i>	20	21
	<i>Alleinerziehendes Elternteil</i>	5	4
	<i>Leibliches und Stiefeltern</i>	5	6
	<i>Großeltern</i>	2	0
	<i>Heim</i>	0	1
Delinquenz in Familie	2	9	
Psychische Störungen in Familie	<i>Keine</i>	12	19
	<i>Schizophrenie</i>	7	1
	<i>Affektive Störung</i>	3	0
	<i>Störung durch Alkohol</i>	2	12
	<i>Keine Angabe</i>	8	0

TAB. 3 KINDHEITSVARIABLEN SCHIZOPHRENER UND NICHT SCHIZOPHRENER

Kindheitsvariablen	Schizophrene (n = 32)	Nicht Schizophrene (n = 32)
Soziale Isolation	14	24
Körperliche Aggressivität	15	23
Disziplinarschwierigkeiten	19	24
Delikte/Verurteilungen	6	13
Deviantes Sexualverhalten	1	9
Kontakt mit Psychiater/Psychologen	5	10
Fehlende Mutter-Kind-Beziehung	10	15
Gewalt zwischen Eltern	9	20
Gewalt gegen das Kind	15	20
Sexueller Missbrauch	2	5

TAB. 4 PSYCHOPATHOLOGIE

Diagnosen nach ICD-10		Schizophrene (n = 32)	Nicht Schizophrene (n = 32)
Erstdiagnose	<u>Schizophrenie:</u>		
	<i>Paranoide Schizophrenie</i>	23	0
	<i>Hebephrene Schizophrenie</i>	2	0
	<i>Chronische Schizophrenie</i>	2	0
	<i>Schizoaffektive Psychose</i>	2	0
	<i>Schizophrenieforme Störung</i>	2	0
	<u>Affektive Störungen:</u>	1	1
	<u>Persönlichkeitsstörungen:</u>		
	<i>Schizoide</i>	0	3
	<i>Dissoziale</i>	0	10
	<i>Narzistische</i>	0	3
	<i>Histrionische</i>	0	1
	<i>Emotional instabile</i>	0	2
	<i>Vermeidende</i>	0	1
	<u>Störungen der Intelligenz:</u>		
	<i>Leichte Intelligenzminderung</i>	0	2
	<u>Weitere:</u>		
	<i>Paraphilie</i>	0	0
	<i>Andere</i>	0	1
	<i>Keine</i>	0	8
Zweitdiagnose	<u>Affektive Störungen:</u>	1	0
	<u>Persönlichkeitsstörungen:</u>		
	<i>Schizoide</i>	1	0
	<i>Dissoziale</i>	2	1
	<i>Emotional instabile</i>	1	0
	<u>Störungen der Intelligenz:</u>		
	<i>Leichte Intelligenzminderung</i>	3	2
	<u>Abhängigkeit:</u>		
	<i>Störungen durch psychotrope Substanzen</i>	2	0
	<i>Störungen durch Alkohol</i>		
	<i>Störungen durch multiplen Substanzgebrauch</i>	4	2
	<i>Substanzgebrauch</i>	3	1
	<u>Weitere:</u>		
	<i>Paraphilie</i>	1	2
	<i>Keine</i>	13	24

Diagnosen nach ICD-10		Schizophrene (n = 32)	Nicht Schizophrene (n = 32)
Drittidiagnose	<i>Dissoziale Persönlichkeitsstörung</i>	1	0
	<i>Leichte Intelligenzminderung</i>	1	0
	<i>Störungen durch Alkohol</i>	2	0
	<i>Belastungs- und somatoforme Störungen</i>	1	0
	<i>Keine</i>	27	32

TAB.5 DELINQUENZMUSTER

Delinquenz		Schizophrene (n = 32)	Nicht Schizophrene (n = 32)
Unterbringung bei	<i>Keine</i>	2	1
Untersuchung	<i>JVA</i>	13	9
	<i>Maßregelvollzug</i>	4	6
	<i>Untersuchungshaft</i>	13	16
Bisherige Delikte	<i>Keine</i>	6	4
	<i>Eigentumsdelikte</i>	4	7
	<i>Gewaltdelikte</i>	2	1
	<i>Tötungsdelikte</i>	1	0
	<i>Bagatelldelikte</i>	3	0
	<i>Nicht verurteilte Delikte</i>	2	2
	<i>Sexualdelikte</i>	0	3
	<i>Sexualdelikt und weiteres Delikt</i>	2	9
	<i>Gewalt- u. Eigentumsdelikte</i>	7	5
	<i>Gewalt-/Eigentums- u. Tötungsdelikt</i>	1	1
	<i>BtmG-/Bagatelldelikte ohne Sexualdelikt</i>	3	0
	<i>Keine Angabe</i>	1	0
Vorstrafen	<i>Keine</i>	10	7
	<i>Haftstrafe mit Bewährung</i>	7	2
	<i>Haftstrafe ohne Bewährung</i>	8	15
	<i>Maßregel</i>	1	3
	<i>Geldstrafe</i>	6	4
	<i>Keine Angabe</i>	0	1

TAB. 6 SOZIALE UND SEXUELLE FUNKTION

Soziale und Sexuelle Funktion		Schizophrene (n = 32)	Nicht Schizophrene (n = 32)
Befriedigende Freundschaften		8	12
Soziale Isolation		24	17
Meidungsverhalten bei Frauen		10	12
Einschränkungen in ausführender Funktion		27	6
Beziehungen	<i>Keine</i>	8	8
	<i>Heterosexuelle bis 6 Monate</i>	5	5
	<i>Heterosexuelle über 6 Monate</i>	3	4
	<i>Lebensgemeinschaft über 6 Monate</i>	16	15
Wohnverhältnisse zum Tatzeitpunkt	<i>Mit Lebensgefährtin</i>	4	10
	<i>Bei Eltern</i>	5	7
	<i>Betreute Einrichtung</i>	4	3
	<i>Wohngemeinschaft</i>	4	3
	<i>Alleine</i>	13	9
	<i>Obdachlos</i>	2	0
Befriedigende heterosexuelle Beziehung		22	17
Polygamie		21	18
Deviante sexuelle Fantasie zum Tatzeitpunkt	<i>Keine</i>	22	16
	<i>Sadistisch</i>	9	9
	<i>Nicht sadistisch</i>	1	7

TAB.7 TATABLAUF

Sexuelles Vorgehen	Schizophrene (n = 32)	Nicht Schizophrene (n = 32)
Anfassen der Brust/des Genitals	28	32
Vaginaler Geschlechtsverkehr	18	18
Analer Geschlechtsverkehr	4	1
Fellatio	9	16
Cunnilingus	2	3

TAB.8 TATMERKMALE

Tatmerkmale		Schizophrene (n = 32)	Nicht Schizophrene (n = 32)
Tatbegehung	<i>Einzeltat</i>	30	28
	<i>Gruppentat</i>	2	4
Tatabfolge	<i>Tat an einem Opfer</i>	24	27
	<i>Serientat</i>	8	5
Opferanzahl	<i>1 Opfer</i>	25	28
	<i>2 Opfer</i>	2	3
	<i>3 Opfer</i>	5	1

TAB.9 MEDIKAMENTENEINNAHME

Medikation		Schizophrene (n = 32)	Nicht Schizophrene (n = 32)
Art	<i>Keine</i>	14	30
	<i>Neuroleptika</i>	4	0
	<i>Sedativa</i>	1	1
	<i>Neuroleptika und Sedativa</i>	12	0
	<i>Neuroleptika und Antidepressiva</i>	1	1
Dauer	<i>Nicht zutreffend</i>	14	30
	<i>Unterbrochen/Unregelmäßig</i>	18	2
Abbruch vor	<i>Nicht zutreffend</i>	18	0
Tat	<i>Ja</i>	11	0
	<i>Nein</i>	3	32

TAB. 10 VERGLEICH DER DREI OPFER SCHIZOPHRENER ZU AUSGEWÄHLTEN TATMERKMALEN

Tatmerkmale		Opfer 1 (n = 32)	Opfer 2 (n = 8)	Opfer 3 (n = 5)
Art der Straftat	<i>Sexuelle Nötigung</i>	12	6	2
	<i>Vergewaltigung</i>	16	2	3
	<i>Sex. Nötigung/Vergewaltigung mit Todesfolge</i>	4	0	0
	Alter (Median)	24	23	24
Bekanntheit	<i>Bekannt</i>	12	0	0
	<i>Unbekannt</i>	20	8	5
Tatplanung	<i>Geplant</i>	20	5	2
	<i>Spontan</i>	12	3	3

Tatmerkmale		Opfer 1 (n = 32)	Opfer 2 (n = 8)	Opfer 3 (n = 5)
Tatort	<i>Zuhause des Opfers</i>	11	1	0
	<i>Zuhause des Täters</i>	6	0	0
	<i>Zuhause von Bekannten</i>	2	0	0
	<i>Wohnhaus des Opfers</i>	2	1	0
	<i>Öffentliche Plätze</i>	4	1	4
	<i>Straße</i>	5	5	1
	<i>Andere</i>	2	0	0
Tatablauf	<i>Anfassen der Brust</i>	28	8	4
	<i>Vaginaler GV</i>	18	2	4
	<i>Analer GV</i>	4	0	1
	<i>Fellatio</i>	9	1	2
	<i>Cunnilingus</i>	2	0	2
Gewalt	<i>Keine</i>	0	0	0
	<i>Wenig</i>	11	4	2
	<i>Viel</i>	21	4	3
Interaktion	<i>Keine</i>	4	0	0
	<i>Unpersönlich</i>	19	7	5
	<i>Inquisitorisch</i>	3	0	0
	<i>Abwertend</i>	6	1	0
Widerstand Opfer	27	6	3	
Gefühle des Täters	13	1	0	

4.1.3 Beschreibung der Gruppe der nicht schizophrenen Sexualstraftäter

4.1.3.1 Demographische Daten

Die 32 nicht schizophrenen Männer waren zum Untersuchungszeitpunkt zwischen 17 und 64 Jahre alt (Median 32,5 Jahre). Die meisten waren allein stehend, davon 20 ledig, 4 geschieden, einer verwitwet, 4 verheiratet getrennt lebend. 3 waren verheiratet zusammenlebend. Es fanden sich fast ausschließlich Männer deutscher Staatsangehörigkeit, von denen 16 aus der ehemaligen BRD und 13 aus der DDR stammten. Lediglich 2 Männer kamen aus Osteuropa und einer nicht aus Europa. Das Bildungsniveau der Stichprobe war niedrig bis schlecht. So wiesen 14 Probanden keinen Schulabschluss, 12 den Hauptschulabschluss, 3 den Sonderschulabschluss, nur einer den Realschulabschluss und 2 die allgemeine Hochschulreife auf. Etwas mehr als die Hälfte hatte keine oder eine abgebrochene Berufsausbildung, die anderen hatten eine Lehre oder

ein Studium abgeschlossen. Fast alle Probanden waren arbeitslos oder gingen Gelegenheitsjobs nach, lediglich 4 waren einfache Angestellte (Tab.1).

4.1.3.2 Sozialer Hintergrund

Die meisten nicht schizophrenen Probanden wuchsen in geordneten Familienverhältnissen auf. Die Mehrzahl der Eltern stand in einem einfachen Beschäftigungsverhältnis oder war als Arbeiter beschäftigt. Die meisten leiblichen Eltern fungierten als Erziehungsberechtigte, wobei die Hälfte verheiratet, die übrigen v.a. geschieden und nur ein geringer Teil ledig oder verwitwet war. Delinquentes Verhalten naher Familienangehöriger wurde bei 2/3 verneint (Tab.2).

4.1.3.3 Kindheitsvariablen

2/3 der Probanden waren in der Kindheit sozial isoliert, körperlich aggressiv und wiesen disziplinarische Schwierigkeiten zuhause und/oder in der Schule auf. 13 Probanden traten bereits vor ihrem 16. Lebensjahr strafrechtlich in Erscheinung. Abweichendes Sexualverhalten wurde bei 9 der 32 Probanden angegeben. Bei 10 Männern wurde ein Psychiater oder psychologische Hilfe in Anspruch genommen. Die Hälfte vermisste eine stabile Mutter-Kind Beziehung. Gewalt zwischen den Eltern sowie gegen das Kind gab es bei über der Hälfte der Gruppe. Bei 5 Probanden fanden sich Angaben eines sexuellen Missbrauchs in der Kindheit (Tab.3).

4.1.3.4 Psychopathologie

20 Probanden wiesen zum Untersuchungszeitpunkt die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nach ICD 10 auf, wobei 10 davon eine dissoziale, 3 eine schizoide, 3 eine narzisstische, und jeweils nur einer eine emotional instabile, histrionische oder vermeidende Persönlichkeitsstörung hatten. Die Übrigen hatten hauptsächlich keine klinische Diagnose, wobei ein Proband eine affektive Störung, 2 Probanden die Diagnose einer leichten Intelligenzminderung und ein weiterer eine andere Störung aufwiesen. Bei 2/3 kam keine Zweitdiagnose vor, lediglich 3 Personen hatten zusätzlich noch die Diagnose einer Substanzabhängigkeit, 2 die einer leichten Intelligenzminderung, einer eine dissoziale Persönlichkeitsstörung und 2 eine Paraphilie. Eine dritte Diagnose gab es bei keinem (Tab.4). Psychopathologische familiäre Vorbelastungen waren überwiegend. die Alkoholabhängigkeit einer der beiden Elternteile, Schizophrenie in der Familie fand sich nur bei einem Probanden, wobei bei über der Hälfte innerfamiliär keine psychischen Störungen angegeben wurde (Tab.2). Ein Grossteil der nicht schizophrenen Stichprobe hatte im Erwachsenenalter Kontakt zu einer psychiatrischen Einrichtung. Bei 2/3 der Stichprobe gab es regelmäßigen oder gelegentlichen Alkoholkonsum, teils auch kombiniert mit Rauschmitteln

beginnend im Durchschnittsalter von 14 Jahren. Niemand konsumierte harte Drogen. Nur 2 Männer nahmen zum Untersuchungszeitpunkt Medikamente wie Sedativa und Antidepressiva unregelmäßig ein (Tab.9).

4.1.3.5 Vorstrafen und bisherige Delikte

Zum Untersuchungszeitpunkt befand sich die Hälfte der Männer in Untersuchungshaft, die restlichen bis auf einer in der Justizvollzugsanstalt oder im Maßregelvollzug. Bis auf 7 Männer war die gesamte Stichprobe vorbestraft, sei es durch eine Haftstrafe mit oder ohne Bewährung, eine Geldstrafe oder eine Maßregel. Etwa die Hälfte der bisherigen Delikte waren Eigentums-, Gewalt- oder die Kombination aus Gewalt- und Eigentumsdelikten, die andere Hälfte der Delikte waren sexuelle Übergriffe im Sinne einer Vergewaltigung oder Sexuellen Nötigung und einer weiteren Straftat wie z.B. Körperverletzung oder Raub. Nur 4 Männer hatten noch keine Straftat begangen. 12 Männer waren bereits wegen einer Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung in Erscheinung getreten (Tab.5).

4.1.3.6 Sexuelle Funktion

Das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr lag durchschnittlich bei 16 Jahren. Etwas mehr als die Hälfte gab an, befriedigende sexuelle Beziehungen zu einer Frau sowie wechselnde Sexualpartner gehabt zu haben. Abweichende sexuelle Fantasien wurden bei 16 Probanden verzeichnet, wovon 7 keine sadistischen und 9 sadistische Inhalte aufwiesen (Tab.6).

4.1.3.7 Soziale Funktion

Über die Hälfte der Männer erlebte keine befriedigenden Freundschaften und fühlten sich auch im Erwachsenenalter sozial isoliert. Meidungsverhalten von Frauen kam bei weniger als der Hälfte vor. 19 Männer lebten schon einmal in einer Lebensgemeinschaft, die länger als 6 Monate dauerte, die anderen hatten entweder keine oder kürzere heterosexuelle Beziehungen. Einschränkungen in der ausführenden Funktion wiesen nur 6 Probanden auf. 9 Männer lebten zum Tatzeitpunkt alleine, 10 mit der Lebensgefährtin zusammen, 7 noch bei den Eltern, 3 in einer betreuten Einrichtung und 3 in einer Wohngemeinschaft (Tab.6). Bei allen fanden sich psychosoziale Belastungen vor der Tat, dabei hauptsächlich in zwischenmenschlichen oder mehreren Bereichen.

4.1.3.8 Psychosexuelle Variablen

In der nicht schizophrenen Stichprobe zeigten die meisten kognitive Verzerrung bezüglich ihrer Sicht der Tat, fehlende Empathie mit dem Opfer und mangelnde soziale Fähigkeiten. 1/3 gab

deviante sexuelle Fantasien an, die wenigsten sexuelle Obsessionen und mangelndes sexuelles Wissen. Die Mehrheit der Männer wurde als impulsiv oder impulsiv und offen/latent aggressiv zum Untersuchungszeitpunkt erlebt (Tab.16).

4.1.3.9 Neurokognitive Funktionen

21 Probanden waren durchschnittlich, 7 unterdurchschnittlich und 4 überdurchschnittlich intelligent. Defizite in Aufmerksamkeit, Antrieb, verbalem Gedächtnis oder abstraktem Denken fanden sich in der nicht schizophrenen Gruppe bei keinem.

4.1.3.10 Tatablauf

Um die Vergleichbarkeit der schizophrenen und nicht schizophrenen Gruppe zu erhöhen, wurden, wie im Abschnitt 3.3 des Methodenteils ausführlich beschrieben, die nicht schizophrenen Männer den schizophrenen hinsichtlich der Art der Straftat und des Alters zum Tatzeitpunkt zugeordnet. Dies betraf allerdings nur die erste Straftat und nicht die beiden weiteren erhobenen Straftaten. Es begingen alle 32 Männer eine Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung, nur 5 davon allerdings ein weiteres und einer ein drittes Sexualdelikt, das angeklagt wurde. Die erste Straftat war aufgrund des Zuordnungsprozesses mit der der schizophrenen Gruppe übereinstimmend. So war die Hälfte der nicht schizophrenen Gruppe wegen Vergewaltigung, 12 Männer wegen Sexueller Nötigung und die restlichen 4 wegen Vergewaltigung mit Todesfolge verurteilt. Bei der zweiten Tat begingen 4 Männer eine Sexuelle Nötigung und einer eine Vergewaltigung, bei der dritten Tat gab es eine Sexuelle Nötigung (Tab.11). 18 Probanden wurden zusätzlich zum Sexualdelikt einer weiteren Straftat angeklagt. 5 wegen eines Eigentums-, 6 wegen eines Gewalt-, 3 wegen eines Eigentums- und Gewalt- sowie 4 wegen eines Tötungsdelikts. Die meisten nicht schizophrenen Täter begingen ihre Tat alleine und wählten nur ein Opfer. Lediglich 4 Männer begingen bis zu 3 Vergewaltigungen/Sexuelle Nötigungen in Folge (Tab.8). Das Alter der Opfer lag zwischen 16 und 79 Jahren (Median 22,5 Jahre), die Täter waren, den schizophrenen Tätern durch den Zuordnungsprozess entsprechend, zwischen 19 und 52 Jahre alt (Median 27 Jahre) und im Durchschnitt 4 Jahre älter als das Opfer. Täter und Opfer kannten sich in der Hälfte der Fälle. Bei den Taten in Serie waren dem Täter bis auf ein Opfer alle unbekannt. Über die Hälfte der Täter waren bei der Tat alkoholisiert, allerdings nicht in dem Ausmaße, dass von einem Rauschzustand im Sinne einer erheblichen Einschränkung der Steuerungsfähigkeit ausgegangen wurde. Zu einem Abbruch der Medikamenteneinnahme kam es nicht (Tab.9). Die Tat ereignete sich vorwiegend beim Zuhause des Opfers, sonst vermehrt an öffentlichen Plätzen. Bei den Taten in Serie waren die Tatorte fast

ausschließlich öffentliche Plätze (Tab.11). Die Taten wurden sowohl unter der Woche wie auch am Wochenende überwiegend zwischen 14:00 und 2:00 Uhr begangen, die Taten in Serie ebenso. Die meisten Täter planten ihre Taten im Sinne von Vorbereitungsaktionen oder zielgerichteter Ausgestaltung des sexuellen Übergriffs, nur bei 7 Männern erfolgten die Taten spontan. Auch die Übergriffe in Serie waren vorwiegend zielgerichtet. Konkrete sexuelle Handlungen am Opfer waren wie folgt: Alle Täter fassten die Brust oder das Genital der Frauen an, 18 Täter penetrierten die Frau vaginal, anale Penetration gab es nur in einem Fall bei der ersten Straftat. Fellatio wurde bei der Hälfte der Opfer erzwungen, Cunnilingus wurde nur von 3 Tätern ausgeführt (Tab.7). Bei den zweiten und dritten Opfern kam es weder zu analer Penetration noch zu Fellatio oder Cunnilingus. Bei allen Zweit- oder Drittopfern wurde die Brust oder das Genital berührt, nur bei einem kam es zu vaginaler Penetration. 13 der 32 Männer wandten während des Deliktes exzessive Gewalt in Kombination mit verbaler Gewalt oder Waffengebrauch an. 11 Täter fügten ihren Opfern ausreichende Gewalt teils in Kombination mit verbaler oder Waffengewalt zu, 5 wurden nicht gewalttätig und 3 benutzten ausschließlich Waffen zur Einschüchterung des Opfers. Bei den Taten in Serie wurde dem Opfer in 2 Fällen keine, in 2 ausreichende und in einem Fall exzessive Gewalt angetan, bei dem dritten Opfer wurde keine Gewalt angewendet. In Tab.11 ist die differenzierte Gewalterhebung in „keine“, „wenig“ und „viel“ Gewalt zusammengefasst dargestellt. Bei unbekanntem Opfer wurde größtenteils wenig Gewalt angewendet (Abb.1). Die Interaktion mit dem Opfer verlief bei der Mehrzahl unpersönlich oder es fehlte jegliche Interaktion. Bei den 11 übrigen Opfern kam es zu abwertender oder inquisitorischer Kommunikation. Bei den Taten in Serie war der Kontakt unpersönlich (Tab.11). Widerstand wurde von den meisten Opfern geleistet, der bei über der Hälfte der Täter mit Reaktionen beantwortet wurde, 7 Täter entschuldigten sich während oder nach der Tat beim Opfer. Gefühle dem Opfer gegenüber wurden von 10 Tätern geäußert, diese blieben bei den zweiten und dritten Opfern zunehmend ganz aus (Tab.11). Bizarres Verhalten, also Verhaltensweisen, die den Opfern oder Augenzeugen als der Situation unangemessen auffiel, wurden nur bei einem Täter in Form von irrationalem, wahnhaftem Reden berichtet.

4.1.4 Zusammenfassung zur Beschreibung der nicht schizophrenen Sexualstraftäter

Folgende Punkte sind zusammenfassend bei der Gruppe der nicht Schizophrenen zu erwähnen: Die nicht schizophrenen Männer waren zum Untersuchungszeitpunkt durchschnittlich 33 Jahre alt, deutsch, ledig, hatten unteres Bildungsniveau, waren ohne Arbeit oder übten

Gelegenheitsjobs aus. Die Mehrzahl wuchs in geordneten Familienverhältnissen auf. Die Gruppe der nicht Schizophrenen erfuhr in der Kindheit viel Gewalt zwischen den Eltern wie auch gegen sich selbst und es mangelte an einer stabilen Mutter-Kind-Beziehung. Weitere Kindheitsvariablen wie soziale Isolation oder sexuell abweichendes Verhalten waren bei den meisten nicht Schizophrenen ebenfalls häufig zu finden (Tab.3). An Psychopathologie fand sich bei fast allen eine Persönlichkeitsstörung, hier hauptsächlich die dissoziale. Komorbidität mit anderen Störungen sowie die Diagnose einer Paraphilie gab es kaum. Ein Großteil konsumierte Alkohol, teils in Kombination mit weichen Drogen. Eine delinquente Karriere wiesen die meisten Täter auf. Bei einigen Männern gab es eine sexuell delinquente Vorgeschichte. Die soziale Isolation in der Kindheit setzte sich im Erwachsenenalter fort. Fast alle Männer gaben an, sexuelle Beziehungen zu Frauen geführt zu haben, die als befriedigend erlebt wurden und bei vielen von langer Dauer waren. Einbußen in der sozialen Funktionsfähigkeit fanden sich häufig, wohingegen Einbußen in der sexuellen Funktionsfähigkeit von der Mehrzahl nicht angegeben wurden (Tab.6). Einschränkungen in der ausführenden Funktion fanden sich bei den nicht Schizophrenen kaum. Psychosexuelle Variablen wie kognitive Verzerrung oder mangelnde Empathie wies die Mehrheit der Männer auf. Im neurokognitiven Bereich zeigten sich die meisten durchschnittlich intelligent und hatte kaum Einbußen in Konzentration und Antrieb. Das Alter des Täters zur Tatzeit war durchschnittlich 27 Jahre, das der Opfer 23 Jahre. Die Sexualstraftaten setzten sich zur Hälfte aus Vergewaltigungen, zur anderen Hälfte aus Sexuellen Nötigungen zusammen. Die Täter begingen ihre Taten hauptsächlich alleine und an Unbekannten, wobei sie vor der Tat Alkohol konsumierten. Die Taten wurden nachmittags und nachts begangen und es gab eine zielgerichtete Ausgestaltung der Tat. Der Tatablauf beinhaltete hauptsächlich das Anfassen der Brust und/oder des Genitales, bei der Hälfte auch den vaginalen Geschlechtsverkehr und Fellatio. Andere sexuelle Varianten waren rar. Exzessive Gewaltanwendung fand bei weniger als der Hälfte der Männer statt. Es gab einen hohen Anteil an Opfern, die Widerstand leisteten. Bizarres Verhalten wurde nur bei einem der nicht schizophrenen Täter beobachtet.

TAB. 11 VERGLEICH DER DREI OPFER NICHT SCHIZOPHRENER ZU AUSGEWÄHLTEN TATMERKMALEN

Tatmerkmale		Opfer 1 (n = 32)	Opfer 2 (n = 5)	Opfer 3 (n = 1)
Art der Straftat	<i>Sexuelle Nötigung</i>	12	4	1
	<i>Vergewaltigung</i>	16	1	0
	<i>Sex.Nötigung/Vergewaltigung mit</i>			
	<i>Todesfolge</i>	4	0	0
Alter (Median)		23	20	28
Bekanntheit	<i>Bekannt</i>	15	1	0
	<i>Unbekannt</i>	17	4	1
Tatplanung	<i>Geplant</i>	25	4	0
	<i>Spontan</i>	7	1	1
Tatort	<i>Zuhause des Opfers</i>	14	0	0
	<i>Zuhause des Täters</i>	2	1	0
	<i>Wohnhaus des Opfers</i>	13	1	1
	<i>Öffentliche Plätze</i>	3	3	0
Tatablauf	<i>Anfassen der Brust</i>	32	5	1
	<i>Vaginaler GV</i>	18	1	0
	<i>Analer GV</i>	1	0	0
	<i>Fellatio</i>	16	0	0
	<i>Cunnilingus</i>	3	0	0
Gewalt	<i>Keine</i>	5	2	1
	<i>Wenig</i>	11	2	0
	<i>Viel</i>	16	1	0
Interaktion	<i>Keine</i>	2	1	0
	<i>Unpersönlich</i>	19	4	1
	<i>Inquisitorisch</i>	5	0	0
	<i>Abwertend</i>	6	0	0
Widerstand		21	5	1
Gefühle		10	1	0

4.2 Vergleich der schizophrenen und nicht schizophrenen Sexualstraftäter

Es erfolgt die Ergebnisdarstellung des forschungs- und hypothesengeleiteten Prüfverfahrens. Dieses umfasst Ergebnisse zum Einfluss der Negativ- wie Positivsymptomatik der Schizophrenie, dissozialer Persönlichkeitszüge, neurokognitiver Defizite auf das Tatverhalten sowie weiterer Unterschiede im Tatverhalten zwischen beiden Gruppen. Die im Methodenteil

besprochene und in der deskriptiven Darstellung der schizophrenen und nicht schizophrenen Gruppe berücksichtigte Unterteilung in erste, zweite und dritte Straftat sowie die damit einhergehenden weiteren Unterteilungen im Tatvorgehen (z.B. sexuelles Vorgehen oder Gewaltausmaß) wurden beim Vergleich der beiden Gruppen nicht weiter in die Auswertung miteinbezogen, da diese Unterteilung bei der hypothesengeleiteten Testung keinen zusätzlichen Erkenntnisgewinn erbringen konnte. Wie aus Tab.10 und 11 ersichtlich ist, ergaben sich keine deutlichen Unterschiede in den Häufigkeitsverteilungen bei Tatmerkmalen und -verhalten zwischen den bis zu 3 Taten in Serie. Darüber hinaus erschien die Anzahl der Täter, die mehrere Taten in Folge verübt hatten, vernachlässigbar klein. Als statistisches Prüfverfahren für dichotome kategoriale Variablen in einer Vierfeldertafel wurde der fisher's exact test, bei ausreichend großen Erwartungswerten die Näherung nach χ^2 verwendet. In Fällen, wo viele Ausprägungen einer Variable eine geringe Fallzahl pro Zelle bewirkten, ein Effekt womöglich dadurch verdeckt geblieben wäre, wurden einzelne Variablenausprägungen (natürlich unter Berücksichtigung und Erhaltung der inhaltlichen Logik) zusammengefasst. Dadurch wurde die Teststärke erhöht. Der fisher's exact test bzw. der χ^2 -Test wurde dann mit den zusammengefassten Ausprägungen für die betreffenden Hypothesen zusätzlich berechnet. Ergebnisse wurden bei einem $p < .05$ als statistisch signifikant, bei einem $p < .01$ als statistisch hoch signifikant und bei einem $p < .10$ als Trend bzw. Tendenz gewertet.

4.2.1 Ergebnisse zum Einfluss der Negativsymptomatik auf das Tatverhalten

Unter der Negativsymptomatik der Schizophrenie werden Einbußen in der sozialen, emotionalen und kognitiven Funktion verstanden, die in der frühen Phase und akuten Exazerbationsphase der Schizophrenie zu finden sind und oftmals in Form eines schizophrenen Residuums lebenslang bestehen bleiben. Hierzu zählen u.a. abgeflachter oder inadäquater Affekt, soziale Verarmung, Konzentrations- und Antriebsschwäche.

Gemäß Hypothese 1 wurde für die schizophrenen Sexualstraftäter erwartet, dass sich in deren Tatverhalten vermehrt die mit der Krankheit einhergehende soziale Desintegration zeigt: Diese soziale Desintegration sollte sich laut Hypothese 1.1 in einer verminderten Interaktion mit dem Opfer, laut Hypothese 1.2 in einer unpersönlicheren Kommunikation mit dem Opfer, laut Hypothese 1.3 in einer verringerten Reaktion auf z.B. Widerstandsverhalten des Opfers und laut Hypothese 1.4 in dem verminderten Empfinden von Gefühlen gegenüber dem Opfer widerspiegeln. Die statistische Überprüfung ergab für keine der genannten Hypothesen einen signifikanten Unterschied. Es ließ sich nicht nur kein Unterschied zwischen den Gruppen feststellen, sondern die Verteilung der schizophrenen und nicht schizophrenen Männer auf die

definierten Ausprägungen der Tatmerkmale war auch annähernd identisch (Tab.12). Als weiterer Ausdruck sozialer Desintegration wurde gemäß Hypothese 1.5 erwartet, dass schizophrene Täter ihre Taten gehäuft wochentags, während die nicht Schizophrenen diese am Wochenende begehen, wo sich soziale Zusammenkünfte und Unternehmungen häufen. Gemäß Hypothese 1.6 wurde erwartet, dass die Taten Schizophrener sich in den Nachmittags- bis frühen Abendstunden, die nicht Schizophrener in den späten Abendstunden ereignen. Bei der Tatzeit (wochentags vs. Wochenende) zeigte sich zwar aufgrund der Häufigkeiten ein in Richtung der Hypothese gehender Unterschied, der sich allerdings weder als signifikant, noch als Tendenz im Prüfverfahren erwies. Die Hypothese 1.6 ließ sich ebenfalls nicht bestätigen, wobei aufgrund der Häufigkeiten festgehalten werden kann, dass mehr schizophrene Täter in den Nachmittags- und frühen Abendstunden (14:00-20:00 Uhr) und mehr nicht schizophrene Täter in den späten Abendstunden (20:00-2:00 Uhr) ihre Opfer überfielen. Hypothese 1.7 konnte ebenfalls nicht bestätigt werden. Es zeigte sich bei den Schizophrenen sogar eine verstärkte zielgerichtete Ausgestaltung der Tat im Sinne einer Tatplanung (Tab.12). Auch nach Zusammenfassung von Unterkategorien zeigten sich keine Unterschiede in der Interaktion und Reaktion der Täter beider Gruppen. Der Unterschied in der Tageszeit des sexuellen Übergriffs trat nach Zusammenfassung der Ausprägungen dieser Kategorie in der Häufigkeitsverteilung deutlicher hervor, erreichte allerdings kein Niveau, bei dem von einer Tendenz oder Signifikanz gesprochen werden konnte (Tab.12).

TAB.12 SOZIALE DESINTEGRATION SCHIZOPHRENER VS. NICHT SCHIZOPHRENER

Soziale Desintegration		Schizophrene (n = 32)	Nicht Schizophrene (n = 32)	p
Interaktion/Kommunikation	<i>Unpersönlich</i>	19	19	n.s.
	<i>Inquisitorisch</i>	3	5	n.s.
	<i>Abwertend</i>	6	6	n.s.
	<i>Keine</i>	4	2	n.s.
Interaktion zusammengefasst	<i>Keine</i>	4	2	n.s.
	<i>Geringe</i>	19	19	n.s.
	<i>vorhanden</i>	9	11	n.s.
Reaktion	<i>Entschuldigungen</i>	7	7	n.s.
	<i>Komplimente</i>	2	0	
	<i>Reaktion</i>	18	18	n.s.
	<i>Zwei</i>	2	0	
	<i>Keine</i>	3	7	n.s.

Soziale Desintegration		Schizophrene	Nicht Schizophrene	p
		(n = 32)	(n = 32)	
Reaktion zusammengefasst	<i>Ja</i>	29	25	n.s
	<i>Nein</i>	3	7	n.s
Gefühle	<i>Ja</i>	13	10	n.s
	<i>Nein</i>	19	22	n.s
Tatzeit	<i>Wochentags</i>	21	15	n.s
	<i>Wochenende</i>	11	17	n.s
Tageszeit	<i>2:00-8:00 Uhr</i>	6	6	n.s
	<i>8:00-14:00 Uhr</i>	3	3	n.s
	<i>14:00-20:00 Uhr</i>	13	9	n.s
	<i>20:00-2:00 Uhr</i>	8	14	n.s
	<i>24 Stunden</i>	1	0	
	<i>> 24 Stunden</i>	1	0	
Tageszeit zusammengefasst	<i>Tagsüber</i>			
	<i>(8:00-20:00)</i>	16	12	n.s.
	<i>Nachts (20:00-8:00)</i>	14	20	n.s
	<i>Ganzer Tag</i>			
	<i>(2:00-2:00)</i>	2	0	
Tatplanung	<i>Zielgerichtet</i>	20	25	n.s
	<i>spontan</i>	12	7	n.s

Gemäß Hypothese 2 sollte die Negativsymptomatik der schizophrenen Erkrankung zu sozialer Isolation führen, welche sich im Tatverhalten zeigt. So sollten im Vergleich zu nicht kranken Sexualstraftätern laut Hypothese 2.1 ein vermehrter sozialer Rückzug, laut Hypothese 2.2 weniger freundschaftliche Beziehungen sowie laut Hypothese 2.3 weniger partnerschaftliche Beziehungen und Lebensgemeinschaften bei schizophrenen Tätern gefunden werden. Insgesamt wurde angenommen, dass schizophrene Männer schlechtere Fähigkeiten aufweisen, soziale wie sexuelle Beziehungen aufzubauen. In dieser Stichprobe fand sich eine vermehrte soziale Isolation seitens der Schizophrenen, allerdings ohne statistische Relevanz. Es konnte keine der genannten Hypothesen bestätigt werden. Schizophrene wie nicht schizophrene Täter führten eher selten befriedigende freundschaftliche Beziehungen. Die Mehrzahl der Männer beider Gruppen gab an, befriedigende sexuelle Beziehungen zu Frauen erlebt zu haben, wobei dies bei den Schizophrenen häufiger vorkam als bei den nicht Schizophrenen, auch gab es keine Unterschiede in der Art und Länge heterosexueller Beziehungen zwischen den Gruppen. Der überwiegende Teil beider Gruppen lebte in einer Lebensgemeinschaft, führte eine heterosexuelle Beziehung, die länger als 6 Monate währte oder hatte einmal diese Erfahrung gemacht. Auch die soziale

Angst bzw. das Meidungsverhalten von Frauen, was einen Aspekt der sozialen wie sexuellen Funktionsfähigkeit darstellt, fand sich in der Mehrzahl nicht, hier ergab sich ebenfalls kein Unterschied zwischen den Gruppen. Um die sexuelle Funktion näher zu beleuchten, wurde die Variable „wechselnde Sexualpartner“ in die Auswertung miteinbezogen. Die meisten Schizophrenen erwiesen sich als polygam. Allerdings zeigte sich die Mehrheit der nicht kranken Gruppe ebenfalls polygam. Entgegen Hypothese 2.4 waren vor der Tat nicht bedeutend mehr Schizophrene arbeitslos, ein Zustand, der von den meisten auch nicht als belastend erlebt wurde, wie an der Ausprägung „Beschäftigung“ der Kategorie „Krankheitsweisende Faktoren“ abzulesen war. Aufgrund der sozialen Isolation wurde laut Hypothese 2.5 und 2.6 erwartet, dass schizophrene Täter ihre Taten alleine begehen und vorwiegend Unbekannte überfallen sowie laut Hypothese 2.7 zur Tatzeit aufgrund mangelnder sozialer Kontakte, im Zuge derer Alkohol häufiger genossen wird, weniger alkoholisiert sind. Die Ergebnisse entsprachen nicht den Erwartungen. Die meisten kranken wie nicht kranken Täter waren Einzeltäter, überfielen unbekannte Frauen und konsumierten Alkohol (Tab.13). Somit ließen sich sämtliche Erwartungen zum Einfluss der sozialen Isolation nicht bestätigen.

TAB.13 SOZIALE ISOLATION SCHIZOPHRENER VS. NICHT SCHIZOPHRENER

Soziale Isolation		Schizophrene (n = 32)	Nicht Schizophrene (n = 32)	p
Sozialer Rückzug		24	17	n.s.
Befriedigende Freundschaften		8	12	n.s.
Partnerschaftliche	<i>Keine</i>	8	8	n.s.
Beziehungen	<i>Beziehungen < 6 Mon.</i>	5	5	n.s.
	<i>Beziehungen > 6 Mon.</i>	3	4	n.s.
	<i>Lebensgemeinschaft > 6 Mon.</i>	16	15	n.s.
Befriedigende sexuelle				
Beziehungen		22	17	n.s.
Meidungsverhalten von				
Frauen		10	12	n.s.
Polygamie		21	18	n.s.
Beruf	<i>Arbeitslos</i>	18	12	n.s.
Psychosoziale Belastungen	<i>Beschäftigung</i>	1	1	
Bekanntheit	<i>Bekannt</i>	12	15	n.s.
	<i>Unbekannt</i>	20	17	n.s.

Soziale Isolation		Schizophrene	Nicht Schizophrene	p
		(n = 32)	(n = 32)	
Alkohol-/ Drogeneinfluss	<i>Keiner</i>	7	12	n.s
	<i>Alkohol</i>	17	18	n.s
	<i>Weiche Drogen</i>	4	0	
	<i>Alk und weiche Drogen</i>	1	2	
	<i>Alk und harte Drogen</i>	2	0	
	<i>Alk, weiche u. harte Drogen</i>	1	0	
Tatbegehung	<i>Einzeltat</i>	30	28	n.s
	<i>Gemeinschaftstat</i>	2	4	

Gemäß Hypothese 3 begehen kranke Sexualdelinquenten ihre Taten vermehrt in einer frühen Phase der Schizophrenie, der so genannten Prodromalphase. Diese ist gekennzeichnet durch ein deutliches Absinken des vorher bestehenden Leistungsniveaus, sozialen Rückzug, sonderbares Verhalten, erhöhte Aggressivität, abgestumpften oder inadäquaten Affekt, gestörter Affekt, bizarre Vorstellungen, ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse u.v.m. Bei der eigenen Untersuchung war das Fehlen von Mechanismen der Verhaltenssteuerung im sozialen Kontext und die fehlerhafte Wahrnehmung sozialer Schlüsselreize (cues) von Interesse, da ein Mangel an diesen Funktionen sexuelle Übergriffe begünstigen könnten. In der schizophrenen Stichprobe befanden sich bei der Tat viele, allerdings kein deutlich überwiegender Teil in der Prodromalphase (Tab.14).

TAB.14 STADIEN DER SCHIZOPHRENIE

Stadium der Schizophrenie	Prodromalphase	Psychotische Episode	Remissionsphase	Chronische Schizophrenie
Schizophrene	13	11	5	3

4.2.2 Ergebnisse zum Einfluss der Positivsymptomatik auf das Tatverhalten

Unter der Positivsymptomatik der Schizophrenie werden produktive Phänomene wie Wahn, Halluzinationen (akustische, visuelle, olfaktorische, zonästhetische) und Denkstörungen (Gedankenausbreitung, -eingung, -lautwerden, -abreißen) verstanden.

Gemäß Hypothese 4 lassen sich schizophrene Sexualstraftäter bei ihrer Tat von direkten und indirekten Wahninhalten und Halluzinationen leiten (Definitionen siehe Anhang B). In dieser Stichprobe ließen sich zum Tatzeitpunkt in über der Hälfte der Fälle weder Wahnsymptomatik, Halluzinationen noch Denkstörungen nachweisen (Tab.15). Bei denjenigen Schizophrenen mit

Positivsymptomen waren diese hauptsächlich nicht direkter oder indirekter Art, sondern lediglich vorhanden. D.h. die Inhalte des Wahns und/oder der Halluzination konnten nicht mit der Straftat in Zusammenhang gebracht werden und wiesen ferner keine sexuelle Thematik auf. Entgegen der Erwartungen konnte der sexuelle Übergriff also nicht auf floride Symptome der Krankheit zurückgeführt werden. Laut Hypothese 5 wurde erwartet, dass trotz der Schizophrenie der Tatablauf der kranken Sexualstraftäter nicht bizarrer wirke als bei den nicht kranken. Entgegen der Annahme fand sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. Die schizophrenen Männer wirkten auf deren Opfer in Bezug auf ihre Gebärden deutlich bizarrer als die nicht schizophrenen (fisher's exact test $p = .026$) (Tab.15). Hypothese 6, die besagt, dass die Straftat mit einem Rückfall in die psychotische Episode der Schizophrenie einhergeht, konnte für die meisten Schizophrenen dieser Stichprobe nicht bestätigt werden. Wie aus Tab. 14 ersichtlich ist, befanden sich nur 11 schizophrene Männer zum Tatzeitpunkt in einer psychotischen Episode. Von den 11 akut psychotischen Männern nahmen lediglich 6 Medikamente ein, wovon 5 die Medikation vor der Tat abbrachen.

TAB.15 EINFLUSS DER POSITIVSYMPTOMATIK

Positivsymptomatik		Schizophrene (n = 32)	Nicht Schizophrene (n = 32)	p
Wahn	<i>Keiner</i>	18		
	<i>Vorhanden</i>	6	Nicht zutreffend	
	<i>Direkt</i>	3		
	<i>Indirekt</i>	5		
Halluzination	<i>Keine</i>	25		
	<i>Vorhanden</i>	4	Nicht zutreffend	
	<i>Direkt</i>	1		
	<i>Indirekt</i>	2		
Denkstörungen		14	Nicht zutreffend	
Bizarres Verhalten	<i>Ja^a</i>	8	1	signifikant
	<i>Nein</i>	24	31	

Anmerkung: Alle Tests wurden gemäß den WHO-Richtlinien zweiseitig durchgeführt.

^a fisher's exact test $p = .026$

4.2.3 Ergebnisse zum Einfluss dissozialer Persönlichkeitszüge auf Tatmerkmale

Gemäß Hypothese 7 wurde erwartet, dass schizophrene Sexualstraftäter hinsichtlich psychosozialer Faktoren, von denen angenommen wird, dass sie mit Sexualstraftaten assoziiert sind, mit den nicht schizophrenen übereinstimmen. Unter psychosozialen Faktoren werden

kognitive Verzerrung, mangelnde Empathie, mangelnde soziale Fertigkeiten, deviante sexuelle Fantasien, sexuelle Obsessionen, mangelndes sexuelles Wissen und emotionale Labilität zusammengefasst. In dieser Stichprobe wurde ein Unterschied im Sinne einer statistischen Tendenz zwischen den Gruppen bei der Ausprägung „mangelnde Empathie“ gefunden (fisher's exact test $p = .070$), wobei die Gruppe der nicht Schizophrenen die der Schizophrenen übertraf. In den übrigen Variablen stimmten die beiden Gruppen hypothesenkonform überein. Sowohl schizophrene wie nicht schizophrene Männer wiesen hauptsächlich kognitive Verzerrung und mangelnde soziale Fertigkeiten auf. Hinsichtlich sexueller Variablen waren die meisten unauffällig, d.h. in den Gruppen fanden sich kaum deviante sexuelle Fantasien, sexuelle Obsessionen sowie mangelndes sexuelles Wissen. Die meisten Männer waren in beiden Gruppen gleichermaßen emotional labil (Tab.16).

TAB.16 PSYCHOSEXUELLE FAKTOREN BEI SCHIZOPHRENEN VS. NICHT SCHIZOPHRENEN

Psychosexuelle Faktoren	Schizophrene (n = 32)	Nicht Schizophrene (n = 32)	p
Kognitive Verzerrung	19	25	n.s.
Mangelnde Empathie ^a	16	24	signifikant
Mangelnde soz. Fähigkeiten	25	23	n.s.
Deviante sex. Fantasie	7	8	n.s.
Sex. Obsessionen	6	5	n.s.
Mangelndes sex. Wissen	6	5	n.s.
Emotionale Labilität			
	<i>Keine</i>	4	n.s.
	<i>Impulsivität</i>	12	n.s.
	<i>Offene Aggressivität</i>	3	n.s.
	<i>Latente Aggressivität</i>	2	
	<i>Imp. u. off. Aggress.</i>	6	n.s.
	<i>Imp. u. lat. Aggress.</i>	5	n.s.

Anmerkung: Alle Tests wurden gemäß den WHO-Richtlinien zweiseitig durchgeführt.

^afisher's exact test $p = .070$

Gemäß Hypothese 8 wurde erwartet, dass schizophrene Täter im Vergleich zu nicht schizophrenen insgesamt weniger Gewalt beim sexuellen Delikt anwenden. Darüber hinaus sollte bei Schizophrenen laut Hypothese 9 kein Unterschied im Gewaltausmaß gegen bekannte oder unbekannte Opfer zu finden sein. Bei nicht kranken Tätern wurde angenommen, dass diese unbekanntem Opfern mehr Gewalt antun als bekannten. Die Gewalt wurde als keine, ausreichende, exzessive Gewalt mit oder ohne Waffengebrauch und zusätzliche verbale Gewalt

erfasst. In dieser Stichprobe wurde, entgegen der Erwartungen in Hypothese 8, von den Schizophrenen sowohl ein höheres Ausmaß an Gewalt als auch insgesamt häufiger Gewalt angewendet (Tab.17). Bei Betrachtung der ursprünglich erhobenen Ausdifferenzierung der Gewalt ergab sich ein hoch signifikanter Unterschied im Ausmaß der Gewaltanwendung. Hier wendeten die schizophrenen Täter deutlich mehr exzessive Gewalt bei ihren Übergriffen an als die nicht schizophrenen (fisher's exact test $p = .002$) (Tab.17). Um das Ausmaß der Gewalt weiter überprüfen zu können, wurden die o.g. Kategorienausprägungen in 2 Ausprägungen zusammengefasst (Tab.18). Dabei wurden unter „wenig Gewalt“ die Variablen „keine Gewalt“ und „ausreichende Gewalt“ mit und ohne zusätzlicher Waffen- oder verbaler Gewalt gefasst, alle übrigen Gewaltausprägungen, wie in Tab.17 zu sehen ist, wurden der Variablen „viel Gewalt“ zugeordnet. In der zusammengefassten Variante zeigte sich kein Unterschied zwischen der schizophrenen und nicht schizophrenen Gruppe im angewendeten Gewaltausmaß. Mehr Schizophrene taten ihren Opfern „viel Gewalt“ an, was aber nicht statistisch signifikant war. Hypothese 9 konnte bezogen auf die schizophrenen Männer bestätigt werden, obwohl anhand der Häufigkeiten in Abb.1 gesehen werden kann, dass fast die Hälfte der Schizophrenen bei unbekanntem Opfern „viel Gewalt“ anwendeten. Bei den nicht schizophrenen Tätern gab es entgegen der Erwartungen keinen Unterschied im Gewaltausmaß gegenüber bekannten oder unbekanntem Opfern (Abb.1).

TAB.17 GEWALTAUSMAß SCHIZOPHRENER VS. NICHT SCHIZOPHRENER

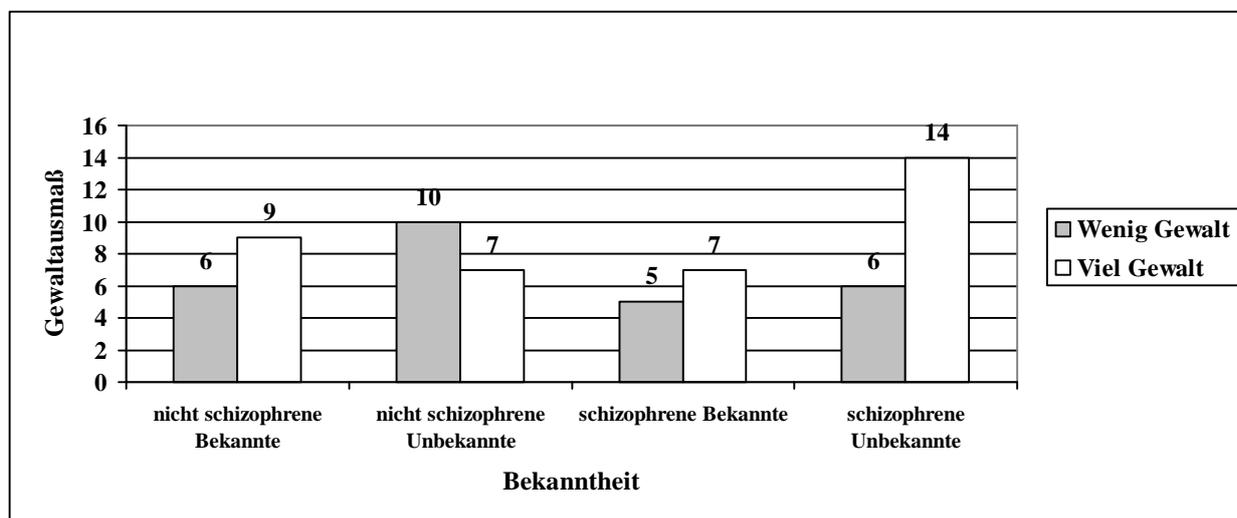
Gewaltausmaß	Schizophrene	Nicht Schizophrene	p
Keine Gewalt	0	5	n.s.
Ausreichende Gewalt	6	5	n.s.
Exzessive Gewalt ^a	9	0	signifikant.
Waffengebrauch Pistole	0	2	
Waffengebrauch Messer	1	1	
Ausreichende Gewalt und Messer	0	1	
Ausreichende und verbale Gewalt	5	5	n.s.
Exzessive Gewalt und Messer	1	5	
Exzessive Gewalt und Fessel	2	3	
Exzessive und verbale Gewalt	6	4	n.s.
Exzessive, verbale Gewalt und Messer	2	1	

Anmerkung: Alle Tests wurden gemäß den WHO-Richtlinien zweiseitig durchgeführt.

^afisher's exact test $p = .002$

TAB.18 ZUSAMMENGEFASSTES GEWALTAUSMAß SCHIZOPHRENER VS. NICHT SCHIZOPHRENER

Gewaltabstufung	Schizophrene	Nicht Schizophrene	p
Wenig Gewalt	11	11	n.s.
Viel Gewalt	21	16	n.s.

**ABB.1 GEWALTAUSMAß IN ABHÄNGIGKEIT DER BEKANNTHEIT BEI SCHIZOPHRENEREN UND NICHT SCHIZOPHRENEREN**

Gemäß Hypothese 10 wurde erwartet, dass sowohl schizophrene wie nicht schizophrene Täter bekannte Opfer vermehrt drinnen, also in der Wohnung/im Wohnhaus des Opfers oder Täters und unbekannte Opfer draußen, also auf öffentlichen Plätzen, Parkanlagen, Straßen etc. überwältigen. Diese Hypothese konnte sowohl für die schizophrene (fisher's exact test $p = .023$) wie auch die nicht schizophrene Gruppe (fisher's exact test $p = .036$.) dahingehend bestätigt werden, dass signifikant mehr Unbekannte im Vergleich zu Bekannten draußen überwältigt wurden (Tab.19).

TAB.19 BEKANNTHEIT UND TATORT SCHIZOPHRENER VS NICHT SCHIZOPHRENER

Tatort	Schizophrene (n = 32)		Nicht Schizophrene (n = 32)	
	Bekannter	Unbekannter	Bekannter	Unbekannter
Drinnen	11	10	12	7
Draußen	1 ^a	10	3 ^b	10

Anmerkung: Alle Tests wurden gemäß den WHO-Richtlinien zweiseitig durchgeführt.

^a fisher's exact test $p = .023$.

^b fisher's exact test $p = .036$.

Bei den spezifischen sexuellen Praktiken wie vaginale oder anale Penetration, Fellatio und Cunnilingus stimmten die Männer beider Gruppen gemäß der Hypothese 11 weitgehend überein (Tab.20).

TAB.20 SEXUELLE PRAKTIKEN SCHIZOPHRENER VS. NICHT SCHIZOPHRENER

Tatmerkmale		Schizophrene (n = 32)	Nicht Schizophrene (n = 32)	p
Sexuelles				
Vorgehen	<i>Anfassen der Brust/des Genitals</i>	28	32	n.s.
	<i>Vaginaler Geschlechtsverkehr</i>	18	18	n.s.
	<i>Analer Geschlechtsverkehr</i>	4	1	n.s.
	<i>Fellatio</i>	9	16	n.s.
	<i>Cunnilingus</i>	2	3	n.s.

4.2.4 Ergebnisse zum Einfluss neurokognitiver Defizite auf Tatmerkmale

Bei schizophrenen Sexualstraftätern wurde laut Hypothese 12 erwartet, dass Einbußen in der ausführenden Funktion, also in Prozessen, die beteiligt sind an der Initiation, Ausführung und Bewertung von Verhalten bzw. der Hemmung unangemessener Verhaltensweisen zu Enthemmung und Impulsivität führen, was deviantes sexuelles Verhalten begünstigt. Die Mehrzahl der Schizophrenen dieser Stichprobe war impulsiv und/oder offen oder latent aggressiv (Tab.21). Ebenso wiesen fast alle Einbußen in der ausführenden Funktion auf. Ein signifikanter Zusammenhang konnte nicht gefunden werden. Allerdings wiesen 21 Schizophrene sowohl Einbußen in der ausführenden Funktion als auch Impulsivität auf (Tab 21). Laut Hypothese 13 wurde für die Variablenausprägungen „Aufmerksamkeit“ und „Einschränkungen in verbalen Gedächtnisleistungen“ angenommen, dass diese zu Fehlinterpretationen sozialer Schlüsselreize führen, die wiederum sexuell deviantes Verhalten provozieren. Über die Hälfte der Schizophrenen wies Aufmerksamkeits- und Konzentrationsdefizite auf, die wenigsten waren in verbalen Gedächtnisleistungen beeinträchtigt. Weitere neurokognitive Funktionen wie abstraktes Denken waren ebenfalls wenig eingeschränkt, wobei die meisten Antriebsdefizite aufwiesen (Tab.22). Bei der schizophrenen Stichprobe lagen also sowohl Antriebs- wie auch Aufmerksamkeitsdefizite vor, allerdings kaum Einbußen im verbalen Gedächtnis und abstraktem Denken.

TAB 21 EINSCHRÄNKUNGEN IN DER AUSFÜHRENDE FUNKTION UND IMPULSIVITÄT BEI SCHIZOPHRENE

Schizophrene (n = 32)	Impulsivität/Enthemmung	Keine Impulsivität	p
Einschränkungen in ausführender Funktion	21	6	n.s.

TAB.22 NEUROKOGNITIVE DEFIZITE SCHIZOPHRENER

Neurokognitive Defizite	Schizophrene (n = 32)
Aufmerksamkeit/Konzentration	18
Verbales Gedächtnis	7
Antrieb/Motivation	23
Abstraktes Denken	9

4.2.5 Zusammenfassung zum Vergleich der schizophrenen und nicht schizophrenen Sexualstraftäter

Die Hypothesen zum Einfluss der mit der schizophrenen Erkrankung einhergehenden sozialen Desintegration und Isolation als Abbild des Einflusses der Negativsymptomatik auf das Tatverhalten Schizophrener konnten nicht bestätigt werden. Vielmehr schienen kranke wie nicht kranke Sexualdelinquenten in diesen Variablen ähnlich defizitär. 13 der 32 schizophrenen Täter überfielen ihre Opfer in der Prodromalphase der Schizophrenie. 11 der 32 Männer befanden sich in einer psychotischen Episode der Schizophrenie. Die Annahmen zum Einfluss der Positivsymptomatik auf das Tatverhalten konnten allesamt nicht bestätigt werden. Entgegen der Annahmen fand sich bei der schizophrenen Gruppe signifikant häufiger bizarres Verhalten. Bezüglich des Einflusses dissozialer Persönlichkeitszüge konnte die Hypothese, dass sich die beiden Gruppen hinsichtlich psychosozialer Variablen nicht unterscheiden bis auf die Variable „mangelnde Empathie“, die die nicht Kranken vermehrt im Sinne einer statistischen Tendenz aufwiesen, bestätigt werden. Unterschiede ergaben sich im Hinblick auf die bei der Tat angewendete Gewalt. Erwartungsgemäß fand sich bei Übergriffen Schizophrener auf Unbekannte wie Bekannte ein ähnliches Gewaltmaß. Bei Auswertungen des differenziert erhobenen Gewaltausmaßes ergab sich in der Ausprägung „exzessive Gewalt“ ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen, wobei dieses Gewaltmaß insgesamt bedeutend häufiger von den schizophrenen Tätern angewandt wurde. Die nicht schizophrenen Täter fügten unbekanntem wie bekannten Opfern ähnlich viel Gewalt zu, ein Unterschied, der kontrovers zur

Hypothese auftrat. Sowohl die schizophrenen wie nicht schizophrenen Täter überwältigten unbekannte Opfer signifikant häufiger draußen im Vergleich zu bekannten Opfern, was sich als hypothesenkonform erwies. In allen übrigen Tatmerkmalen und im Tatverhalten stimmten die beiden Gruppen weitgehend überein. Zum Einfluss neurokognitiver Defizite auf das Tatverhalten ließ sich festhalten, dass 21 der 32 schizophrenen Täter Einbußen in der ausführenden Funktion aufwiesen und zugleich impulsiv bzw. enthemmt waren. Ein statistisch signifikanter Zusammenhang zeigte sich nicht. Die Erwartungen zu vermehrten Einbußen in der verbalen Gedächtnisfunktion und in der Aufmerksamkeit, die mit einer verminderten Wahrnehmung sozialer Schlüsselreize einhergehen sollten, konnten so nicht bestätigt werden. Es fanden sich im neurokognitiven Bereich vermehrt Einbußen in Aufmerksamkeit und Antrieb, kaum welche hingegen in verbalen Gedächtnisleistungen und abstraktem Denken.

4.3 Beschreibung und Vergleich der Untergruppen der schizophrenen Sexualstraftäter

Mit dem Ziel einer Typisierung wurde theoriegeleitet (Drake und Pathé, 2004) sowie aufgrund der Datenstruktur die Gruppe der schizophrenen Sexualstraftäter ($n = 32$) in 4 Untergruppen aufgeteilt: Psychotische, Dissoziale, Sadistische und Substanzabhängige. Dabei wurde die Unterteilung in eine dissoziale und substanzabhängige Gruppe bereits von Drake und Pathé (2004) getroffen, die Einteilung in Schizophrene mit und ohne sadistische Fantasien bereits von Smith (1999a) und die Abgrenzung von psychotischen Schizophrenen mit Positivsymptomatik zum Tatzeitpunkt bereits von Smith und Taylor (1999a). Diese Gruppen werden im Folgenden jeweils dem Rest der schizophrenen Gruppe, die das definierte Merkmal nicht aufwiesen, hauptsächlich bezüglich der Tatmerkmale und des –ablaufs deskriptiv gegenübergestellt. Ein direkter Vergleich der 4 Subgruppen bot sich in der eigenen Untersuchung nicht an, da einzelne schizophrene Probanden mehr als ein Merkmal aufwiesen und demnach mehr als einer der 4 Gruppen zugeordnet wurden (siehe Abb.2). Die Zuordnung zu einer Untergruppe ist deshalb als nicht ausschließlich anzusehen. Aufgrund dieser Überschneidungen, wie in Abbildung 2 zu sehen ist, wurden eher Merkmale als homogene Gruppen miteinander verglichen. In diesem Abschnitt sollte der Forschungsfrage 5 nachgegangen werden, ob es Unterschiede innerhalb der Gruppe der Schizophrenen gibt. Dabei muss bedacht werden, dass es sich um erste explorative Daten und eine relativ kleine Stichprobe handelte, so dass die Ergebnisse nur eingeschränkt aussagekräftig und interpretierbar sind. Des Weiteren wird im Abschnitt 4.3.4 der Ergebnisdarstellung der sadistischen vs. nicht sadistischen Schizophrenen die Forschungsfrage 6 zum Zusammenhang von Kindheitsvariablen und sadistischer sexueller Fantasien zum

Tatzeitpunkt bearbeitet. Um mögliche Ergebnisse klarer darstellen zu können, wurden einige Variablenausprägungen dort zusammengefasst, wo es inhaltlich sinnvoll erschien und die Aussagekraft von Ergebnissen unterstützt werden konnte. Zudem wurde dadurch bei statistischer Überprüfung ausgewählter Unterschiede mittels des Fisher's exact tests bzw. des χ^2 -Tests eine höhere Teststärke erreicht.

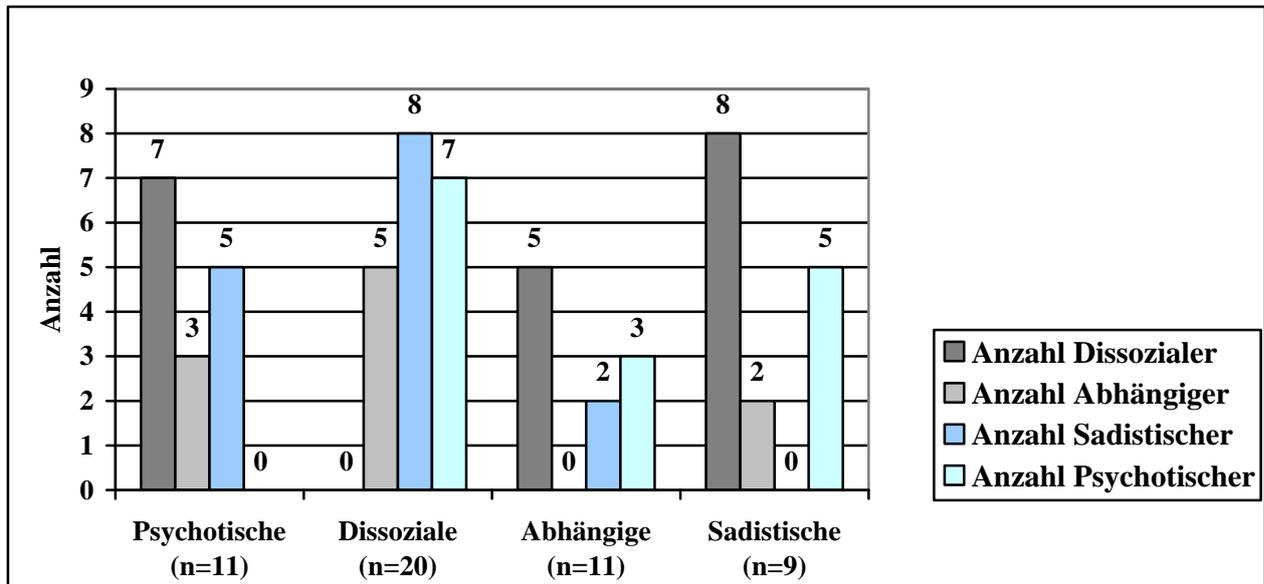


ABB.2: VERTEILUNG DER UNTERGRUPPEN DER SCHIZOPHRENEN SEXUALSTRAFTÄTER AUF WEITERE UNTERGRUPPEN

4.3.1 Vergleich der psychotischen und nicht psychotischen Untergruppe

Die Zuordnung zur psychotischen Gruppe erfolgte, wenn die Schizophrenen sich zum Tatzeitpunkt in einer psychotischen Episode der Schizophrenie befanden, wohingegen sie in die Gruppe der nicht psychotischen eingeteilt wurden, wenn sie sich in der Prodromal- oder Remissionsphase oder in einem chronischen Residuum ohne Anhalt auf eine floride Symptomatik befanden. So fielen in die psychotische 11 und in die nicht psychotische 21 Personen, die bezüglich des Tatablaufs verglichen wurden: Die unterschiedliche Stichprobengröße berücksichtigend begingen mehr psychotische Schizophrene einen sexuellen Übergriff mit Todesfolge. Den Tatbestand der Vergewaltigung begingen vermehrt die nicht Psychotischen. Ein zusätzliches Delikt fehlte bei über der Hälfte der nicht Psychotischen. Ansonsten begingen beide Gruppen über das Sexualdelikt hinaus Eigentums- und/oder Gewaltdelikte. Die Psychotischen begingen ihre Taten ausschließlich alleine und nur an einem Opfer, bei den nicht Psychotischen gab es 2 Gruppentaten und etwas mehr Taten in Serie. Die nicht psychotischen Täter waren im Mittel 26 Jahre und deren Opfer 20 Jahre alt, wohingegen in

der psychotischen Stichprobe sowohl die Täter (Median: 33 Jahre) als auch deren Opfer (Median: 32 Jahre) älter waren. In diesem Zusammenhang erschien über die Tatmerkmale hinaus die Frage interessant, wann in den beiden Gruppen die Schizophrenie diagnostiziert wurde und wie das Alter bei Erstdelinquenz unabhängig von einer sexuellen Straftat war: Beide Gruppen waren bei ihrer ersten Straftat im Durchschnitt 20-21 Jahre, was vor diagnostizierter Schizophrenie (Median: 24 Jahre) lag. Die psychotischen als auch nicht psychotischen Männer begingen also vor der Krankheit bereits Straftaten. Das für die eigene Untersuchung relevante Sexualdelikt kam bei den Schizophrenen mit florider Symptomatik später vor als bei denen ohne eine solche (Abb.3). Nicht psychotische Täter suchten sich hauptsächlich unbekannte Opfer, während psychotische etwa zu gleichen Anteilen bekannte und unbekannte Opfer überwältigten. Dennoch befand sich der Tatort bei beiden Gruppen hauptsächlich „drinnen“, d.h. beim Zuhause des Opfers, Täters oder Bekannten und weniger „draußen“ auf öffentlichen Plätzen oder der Straße. Sowohl die psychotischen wie auch nicht psychotischen Männer waren während der Tat „berauscht“ durch Alkohol und/oder weiche Drogen. Beide Gruppen überfielen ihre Opfer vor allem wochentags. Die Tat ereignete sich bei den nicht psychotischen Schizophrenen größtenteils tagsüber, bei den psychotischen zu gleichen Anteilen in der Nacht (zwischen 20:00 und 8:00 Uhr) und am Tage (zwischen 8:00 und 20:00 Uhr). 2 der 11 psychotischen Schizophrenen hielten das Opfer den ganzen Tag über fest, was keiner der nicht psychotischen tat. Krankheitsweisende Faktoren vor der Tat wie vermehrter sozialer Rückzug oder erhöhte Irritierbarkeit wurde bei beiden Stichproben zu gleichen Anteilen mit und ohne sexuelle Enthemmung festgestellt. Eine Wahnsymptomatik zum Tatzeitpunkt wurde bei den psychotischen Männern bei allen, bei den nicht psychotischen bei 3 angegeben, Halluzinationen bei 7 psychotischen und keinem nicht psychotischen Patienten und Denkstörungen bei 8 psychotischen und den wenigsten nicht psychotischen Männern. Diese Unterschiede erreichten im χ^2 -Test Signifikanz, was gemäß der Einteilung in psychotische und nicht psychotische Schizophrene zu erwarten war. Negativsymptomatik wie erhöhte Ablenkbarkeit und Konzentrationsmangel wurde bei der Mehrheit der psychotischen und bei der Hälfte der nicht psychotischen Gruppe angegeben. Eine zielgerichtete Ausgestaltung der Tat konnte für beide Gruppen vermerkt werden. Der Tatablauf war bei den meisten gekennzeichnet durch Anfassen der Brust und/oder des Genitales, bei den nicht Psychotischen kam vermehrt auch der vaginale Geschlechtsverkehr vor. Anale Penetration und Cunnilingus fanden sich bei beiden Gruppen kaum, Fellatio kam selten vor. Insgesamt wurde von der Mehrzahl der psychotischen und nicht psychotischen Schizophrenen viel Gewalt im Sinne von exzessiver Gewaltanwendung mit oder ohne Waffengebrauch bei dem sexuellen Übergriff ausgeübt. Die nicht psychotischen Männer

interagierten weniger häufig mit ihren Opfern, zeigten aber, wie auch die Psychotischen, trotzdem sehr oft eine Reaktion auf den Widerstand des Opfers, der meistens geleistet wurde. Bizarres Verhalten wie seltsame roboterhafte Gebärden oder wahnhaftes Reden wurde hoch signifikant häufiger (fisher's exact test $p = .001$) von Opfern psychotischer Schizophrener berichtet (Tab.23).

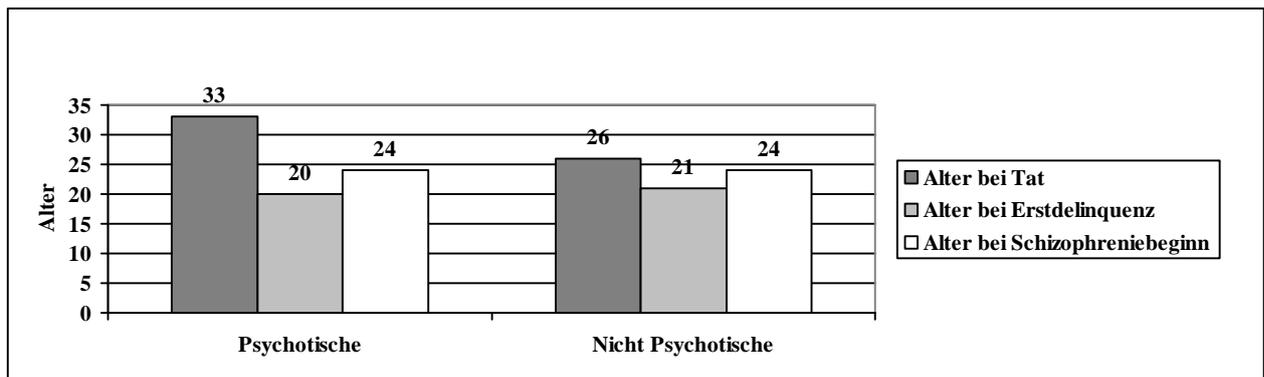


ABB.3: ALTERSVERTEILUNG DER PSYCHOTISCHEN UNTERGRUPPE

TAB.23 AUSGEWÄHLTE TATMERKMALE DER PSYCHOTISCHEN UNTERGRUPPE

Tatmerkmale der psychotischen Untergruppe		Psychotische (n = 11)	Nicht Psychotische (n = 21)	p
Straftat	<i>Sexuelle Nötigung</i>	5	7	
	<i>Vergewaltigung</i>	4	12	
	<i>Vergewaltigung mit Todesfolge</i>	2	2	
Krankheitsweisende Faktoren	<i>Mit sex. Enthemmung</i>	5	11	n.s.
	<i>Ohne sex. Enthemmung</i>	6	10	n.s.
Bekanntheit	<i>Bekannt</i>	6	6	n.s.
	<i>Unbekannt</i>	5	15	n.s.
Tatzeit	<i>Wochentags</i>	9	12	n.s.
	<i>Wochenende</i>	2	9	n.s.
Tageszeit	<i>Tagsüber</i>	4	12	
	<i>Nachts</i>	5	9	
	<i>Ganzer Tag</i>	2	0	
Tatort	<i>Draußen</i>	4	7	n.s.
	<i>Drinnen</i>	7	14	n.s.
Tatplanung	<i>geplant</i>	8	12	n.s.
	<i>spontan</i>	3	9	n.s.

Tatmerkmale der psychotischen Untergruppe		Psychotische (n = 11)	Nicht Psychotische (n = 21)	p
Interaktion	<i>Keine</i>	3	1	
	<i>Gering</i>	4	15	
	<i>Vorhanden</i>	4	5	
Gewalt	<i>exzessiv</i>	6	13	n.s.
	<i>ausreichend</i>	3	8	
Bizarres Verhalten ^a		7	1	signifikant.

Anmerkung: Alle Tests wurden gemäß den WHO-Richtlinien zweiseitig durchgeführt.

^afishers exact test $p = .001$

4.3.2 Vergleich der dissozialen und nicht dissozialen Untergruppe

In die Gruppe der Dissozialen ($n = 20$) fielen diejenigen schizophrenen Täter, die ein Eigentums- und/oder Gewaltdelikt, ein Tötungsdelikt oder alle 3 Delikte gemeinsam, ein Sexualdelikt alleine oder in Kombination mit einem weiteren Delikt bereits vor der hier berücksichtigten Sexualstraftat begangen hatten und die durch eine Haftstrafe mit oder ohne Bewährung, eine Maßregel oder einen Jugendarrest vorbestraft waren. Der Gruppe der nicht Dissozialen ($n = 12$) wurden Männer zugeordnet, die keines oder als bisheriges Delikt ein Bagatell- und/oder ein BtmG- Delikt begangen hatten und entweder nicht oder nur mit einer Geldstrafe vorbestraft waren. Folgendes zeigte der deskriptiver Vergleich bezüglich der Tatmerkmale: Sexuelle Nötigung/Vergewaltigung mit Todesfolge wurde hauptsächlich von der dissozialen Gruppe begangen, die Hälfte beging Sexuelle Nötigungen, $2/3$ der nicht Dissozialen begingen Vergewaltigungen. Als weiteres Delikt begingen die Dissozialen Eigentums-, Gewalt- und Tötungsdelikte, die meisten nicht Dissozialen keines. Alle dissozialen Schizophrenen begingen ihre Tat alleine und hauptsächlich an einem Opfer. Die 2 in der schizophrenen Stichprobe vorkommenden Gruppentaten wurden von den nicht Dissozialen begangen, die sich ansonsten hinsichtlich der Tatbegehung (Einzel vs. Gruppe) und –abfolge (Einzel vs. Serie) nicht von der dissozialen Gruppe unterschieden. Das Durchschnittsalter der Opfer war 21 Jahre und der Täter 25 Jahre bei den Dissozialen, bei den nicht Dissozialen waren die Opfer im Durchschnitt 30 und die Täter 32 Jahre alt. Wie auch schon bei der psychotischen Untergruppe geschehen, wurde das Alter bei Schizophreniebeginn sowie bei Erstdelinquenz überprüft: Die dissozialen Schizophrenen traten mit 19 Jahren erstmals strafrechtlich in Erscheinung, also bereits vor der Erkrankung, die durchschnittlich mit 22 Jahren diagnostiziert wurde. Schizophreniebeginn bei den nicht dissozialen Schizophrenen lag bei 27 und die Erstdelinquenz bei 29 Jahren. Die

dissozialen Täter waren im Vergleich zu den nicht dissozialen bei Begehung der Sexualstraftat jünger und traten viel früher als diese strafrechtlich in Erscheinung. Bei den nicht Dissozialen lag der Krankheitsbeginn vor dem erstmaligen delinquenten Verhalten, wobei die sexuelle Delinquenz erst 5 Jahre später auftrat (Abb.4). Zur Tatzeit waren beide Gruppen meistens berauscht durch Alkohol und/oder weiche oder harte Drogen. Nur 7 der 20 dissozialen Schizophrenen befanden sich bei der Tat in einer psychotischen Episode. Auch die nicht Dissozialen befanden sich selten in einer psychotischen Episode der Schizophrenie. Eine Negativsymptomatik wurde bei den meisten dissozialen und nur bei der Hälfte der nicht dissozialen Männer gefunden. Die dissoziale Gruppe überwältigte hauptsächlich unbekannte Frauen sowohl „draußen“ wie „drinnen“ und relativ unabhängig von der Tageszeit und hielt 2 der Opfer den ganzen Tag über fest. Die nicht dissozialen Täter überfielen zu gleichen Anteilen bekannte und unbekannte Frauen und dies im Vergleich zu den Dissozialen signifikant seltener „draußen“ (fishers exact test $p = .023$) und häufiger tagsüber (Tab.24). Krankheitsweisende Faktoren mit sexueller Enthemmung wurden bei weniger als der Hälfte der dissozialen und über der Hälfte der nicht dissozialen Schizophrenen berichtet. Die meisten Täter beider Gruppen begingen ihre Taten geplant. Der Tatablauf war folgendermaßen: Das Genital und/oder die Brust wurde von fast allen angefasst, zum vaginalen Geschlechtsverkehr kam es bei einem Großteil der Opfer nicht dissozialer Schizophrener, entsprechend der Häufigkeit des Tatbestandes der Vergewaltigung in dieser Gruppe. Anale Penetration und Cunnilingus kam bei beiden Gruppen kaum vor. Fellatio gab es tendenziell häufiger bei der dissozialen Gruppe (fishers exact test $p = .103$). Statistische Signifikanz erreichte das Ausmaß der Gewaltanwendung, in dem sich die dissoziale Gruppe deutlich exzessiver zeigte (fishers exact test $p = .009$). Beide Gruppen interagierten hauptsächlich in unpersönlicher Weise mit ihren Opfern, die vehement Widerstand leisteten und auf den die Täter meistens durch vermehrte physische oder verbale Gewalt oder durch Flucht reagierten. Gefühle dem Opfer gegenüber wurden seitens der dissozialen Täter eher weniger, seitens der nicht dissozialen bei über der Hälfte angegeben (Tab.24). Bizarres Verhalten wurde bei beiden Gruppen wenig gezeigt.

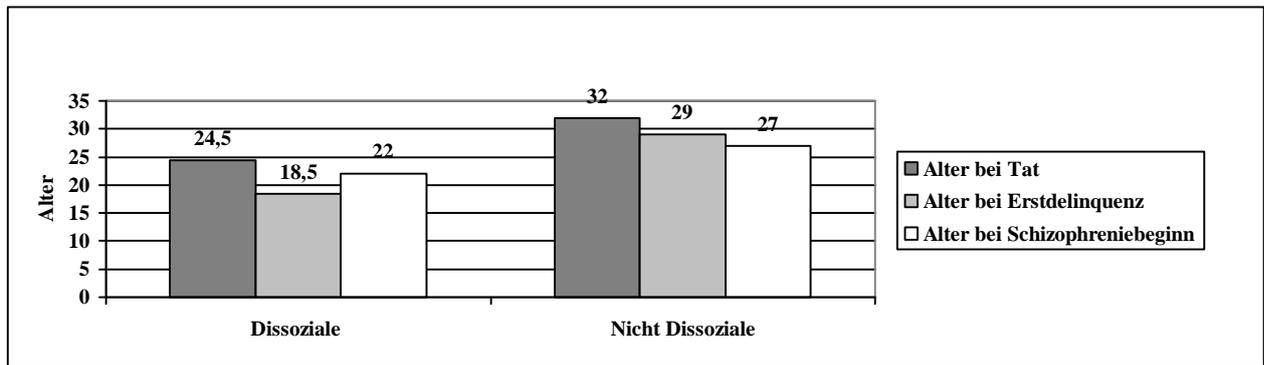


ABB.4: ALTERSVERTEILUNG DER DISSOZIALEN UNTERGRUPPE

TAB.24 AUSGEWÄHLTE TATMERKMALE DER DISSOZIALEN UNTERGRUPPE

Tatmerkmale		Dissoziale (n = 20)	Nicht Dissoziale (n = 12)	p
Straftat	<i>Sexuelle Nötigung</i>	10	2	
	<i>Vergewaltigung</i>	7	9	
	<i>Vergewaltigung mit Todesfolge</i>	3	1	
Weitere Delikte	<i>Keines</i>	7	8	
	<i>Eigentumsdelikt</i>	3	0	
	<i>Gewaltdelikt</i>	6	1	
	<i>Eigentums-/Gewaltdelikt</i>	0	1	
	<i>Tötungsdelikt</i>	3	1	
	<i>Bagatelldelikt</i>	1	1	
Krankheitsweisende Faktoren	<i>Mit sex. Enthemmung</i>	8	8	n.s.
	<i>Ohne sex. Enthemmung</i>	12	4	n.s.
Bekanntheit	<i>bekannt</i>	6	6	n.s.
	<i>unbekannt</i>	14	6	n.s.
Tatzeit	<i>Wochentags</i>	14	7	n.s.
	<i>Wochenende</i>	6	5	n.s.
Tatort	<i>draußen^a</i>	10	1	signifikant
	<i>drinnen</i>	10	11	n.s.
Tageszeit	<i>tagsüber</i>	8	8	
	<i>nachts</i>	10	4	
	<i>ganzer Tag</i>	2	0	
Tatplanung	<i>geplant</i>	13	7	n.s.
	<i>spontan</i>	7	5	n.s.
Sexuelle Handlungen	<i>Fellatio^b</i>	8	1	Signifikant

Tatmerkmale		Dissoziale (n = 20)	Nicht Dissoziale (n = 12)	p
Gefühle zum Opfer	<i>ja</i>	6	7	n.s.
	<i>nein</i>	14	5	n.s.
Gewalt	<i>exzessiv^c</i>	15	4	signifikant
	<i>ausreichend</i>	5	8	n.s.

Anmerkung: Alle Tests wurden gemäß den WHO-Richtlinien zweiseitig durchgeführt.

^a fishers exact test $p = .023$

^b fishers exact test $p = .103$

^c fishers exact test $p = .009$

4.3.3 Vergleich der substanzabhängigen und nicht substanzabhängigen Untergruppe

Der Gruppe der substanzabhängigen Schizophrenen (n = 11) wurden diejenigen der schizophrenen Gruppe zugeordnet, die die Zweit- oder Drittdiagnose einer psychischen und Verhaltensstörung durch Alkohol, psychotrope Substanzen oder durch multiplen Substanzgebrauch oder Konsum anderer psychotroper Substanzen nach ICD-10 aufwiesen. Bei allen oder keinen weiteren Diagnosen wurden die Schizophrenen der nicht substanzabhängigen Gruppe (n = 21) zugeordnet. Folgende Unterschiede zeigten sich beim Vergleich der Tatmerkmale der beiden Gruppen: Hauptsächlich die nicht abhängige Gruppe beging das Delikt der Vergewaltigung/Sexuellen Nötigung mit Todesfolge, die weiteren Delikte der Vergewaltigung und Sexuellen Nötigung wurden in etwa gleichhäufig von beiden Gruppen begangen, wobei die Vergewaltigung insgesamt häufiger vorkam. Annähernd die Hälfte der jeweiligen Gruppe beging neben dem Sexualdelikt keine weitere Straftat, die restlichen Männer begingen Eigentums-, Gewalt-, Bagatell- oder Tötungsdelikte, wobei keines als gehäuft bei einer der beiden Gruppen hervorstach. Die Taten beider Gruppen wurden zum Großteil alleine und nur an einem Opfer begangen. Das Alter des Opfers betrug im Mittel 25, das des substanzabhängigen Täters 27 Jahre, wobei diese Täter bereits vor Schizophreniebeginn (Median: 22 Jahre) strafrechtlich in Erscheinung getreten waren (Median: 19 Jahre). Die Opfer der nicht abhängigen Schizophrenen waren im Durchschnitt 23 Jahre, diese selbst 28 Jahre alt. Auch in dieser Gruppe lag das Alter der Erstdelinquenz (Median: 21 Jahre) vor dem des Schizophreniebeginns (Median: 25 Jahre) (Abb.5). Unabhängig von der Diagnose der Substanzabhängigkeit nach ICD-10 waren die Männer beider Gruppen zur Tatzeit überwiegend alkoholisiert oder berauscht, wobei nur die substanzabhängige Gruppe auch harte Drogen wie

Kokain konsumiert hatte. Die meisten abhängigen Schizophrenen befanden sich in einer frühen Phase oder Residualphase der Schizophrenie, als sie sexuell übergriffig wurden. Auch die Negativsymptomatik überwog in dieser Gruppe. 8 der 21 nicht abhängigen Schizophrenen waren zum Tatzeitpunkt produktiv psychotisch, wiesen sowohl Wahnsymptome wie auch Denkstörungen auf. Krankheitsweisende Faktoren mit sexueller Enthemmung wurden bei der Mehrheit der abhängigen Gruppe und bei etwa der Hälfte der nicht abhängigen Gruppe berichtet. Die Opfer der nicht abhängigen Gruppe waren den Tätern hauptsächlich unbekannt. Die Taten wurden überwiegend „drinnen“ begangen. Die Tatzeit war vor allem unter der Woche und tagsüber, bei 2 Tätern erstreckte sich diese auch über den ganzen Tag. Die abhängigen Täter überfielen unbekannte und bekannte Opfer sowohl am Wochenende als auch wochentags, vorwiegend „drinnen“ tagsüber wie nachts. Die meisten nicht Abhängigen gingen bei ihrer Tat geplant vor, wohingegen dies nur die Hälfte der Abhängigen tat. Der Tatablauf stellte sich wie folgt dar: Fast immer wurde die Brust/das Genital der Opfer angefasst, vaginale Penetration fand bei etwas über der Hälfte in beiden Gruppen gleichermaßen statt, was auch zur gleichen Verteilung der Vergewaltigung passt. Analer Geschlechtsverkehr wie Cunnilingus kam in beiden Gruppen kaum, Fellatio überwiegend nicht vor. Widerstand leisteten zu gleichen Anteilen die Opfer beider Gruppen, was fast immer eine Reaktion der Täter nach sich zog. Die Kommunikation fehlte oder war in den meisten Fällen unpersönlich. Unterschiede zeigten sich lediglich im Ausmaß der Gewaltanwendung, bei dem die nicht abhängigen Männer dem Opfer hoch signifikant häufiger exzessive Gewalt zufügten als die abhängigen (fishers exact test $p = .002$). Über die Hälfte der Schizophrenen beider Gruppen hegte keine Gefühle dem Opfer gegenüber. Bizarres Verhalten wurde von der Mehrheit der abhängigen wie nicht abhängigen Schizophrenen nicht gezeigt. Die Gruppe der Abhängigen unterschied sich hinsichtlich der Tatmerkmale kaum von der Gruppe der nicht Abhängigen. Lediglich die Gewaltanwendung bei der Tat war auffallend entgegengesetzt. Da dieser Befund auch in der dissozialen Gruppe aufgetreten war, erschien es sinnvoll, über die in Abbildung 2 veranschaulichten Mehrfachzugehörigkeiten hinaus einen Zusammenhang zwischen Abhängigkeit und Dissozialität zu überprüfen: Die Mehrzahl der nicht abhängigen Schizophrenen wies vermehrt dissoziale Züge auf, wohingegen sich die abhängigen Schizophrenen zu gleichen Anteilen dissozial wie nicht dissozial zeigten (Tab.25).

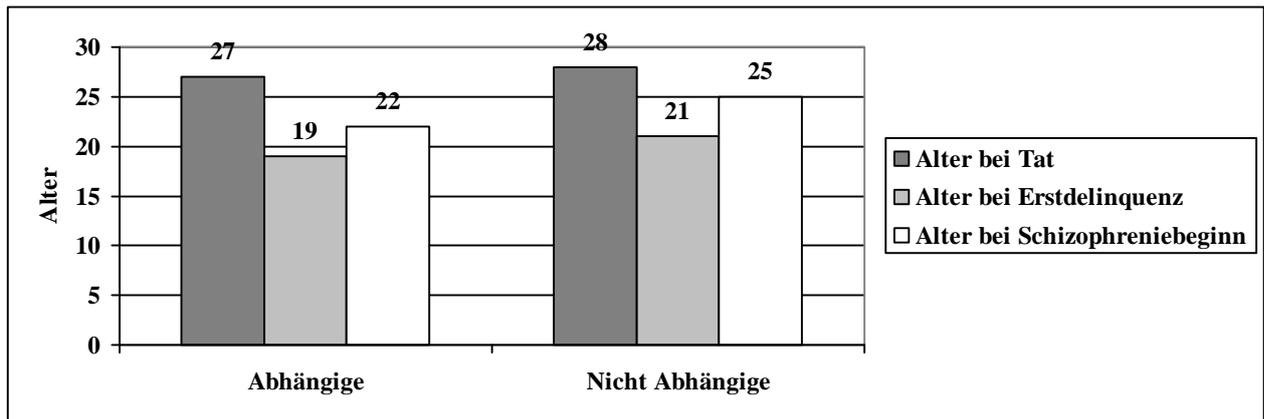


ABB.5 ALTERSVERTEILUNG DER SUBSTANZABHÄNGIGEN UNTERGRUPPE

TAB.25 AUSGEWÄHLTE TATMERKMALE DER SUBSTANZABHÄNGIGEN UNTERGRUPPE

Tatmerkmale		Substanz- abhängige (n = 11)	Nicht Substanz- abhängige (n = 21)	p
Straftat	<i>Sexuelle Nötigung</i>	4	8	
	<i>Vergewaltigung</i>	6	10	
	<i>Vergewaltigung mit Todesfolge</i>	1	3	
Weitere Delikte	<i>Keines</i>	5	10	
	<i>Eigentumsdelikt</i>	1	2	
	<i>Gewaltdelikt</i>	1	6	
	<i>Eigentums-/Gewaltdelikt</i>	1	0	
	<i>Tötungsdelikt</i>	1	3	
	<i>Bagatelldelikt</i>	2	0	
Krankheitsweisende Faktoren	<i>Mit sex. Enthemmung</i>	7	9	n.s.
	<i>Ohne sex. Enthemmung</i>	4	12	n.s.
Bekanntheit	<i>bekannt</i>	5	7	n.s.
	<i>unbekannt</i>	6	14	n.s.
Tatzeit	<i>Wochentags</i>	14	7	n.s.
	<i>Wochenende</i>	6	5	n.s.
Tatort	<i>draußen</i>	4	7	n.s.
	<i>drinnen</i>	7	14	n.s.
Tageszeit	<i>tagsüber</i>	5	11	
	<i>nachts</i>	6	8	
	<i>ganzer Tag</i>	0	2	
Tatplanung	<i>geplant</i>	6	14	n.s.
	<i>spontan</i>	5	7	n.s.

Tatmerkmale		Substanz- abhängige (n = 11)	Nicht Substanz- abhängige (n = 21)	p
Gefühle zum Opfer	<i>ja</i>	6	13	n.s.
	<i>nein</i>	5	8	n.s.
Gewalt	<i>exzessiv^a</i>	3	18	signifikant.
	<i>ausreichend</i>	8	3	n.s.
Dissozialität	<i>dissozial</i>	5	15	n.s.
	<i>nicht dissozial</i>	6	6	n.s.

Anmerkung: Alle Tests wurden gemäß den WHO-Richtlinien zweiseitig durchgeführt.

^afishers exact test $p = .002$

4.3.4 Vergleich der sadistischen und nicht sadistischen Untergruppe

Der Gruppe der sadistischen Schizophrenen wurden diejenigen Männer zugeordnet, die zum Tatzeitpunkt eine aggressive bzw. sadistisch deviante sexuelle Fantasie (Definition siehe Anhang B) aufwiesen ($n = 9$). Die Schizophrenen, bei denen keine oder eine nicht sadistische Fantasie vorhanden war, zählten zu den nicht sadistischen Männern ($n = 23$). Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass die im Folgenden verwendete Bezeichnung „sadistisch“ oder „Sadisten“ nicht auf die Diagnose des Sexuellen Sadismus (F65.5) nach DSM-IV bezogen ist, sondern lediglich das Vorhandensein aggressiver sexueller Fantasien zum Tatzeitpunkt meint. Im Folgenden wird wie bei den anderen Untergruppen auf den Tatablauf und zugehörige Merkmale deskriptiv eingegangen. Zusätzlich wurden noch Unterschiede in den Kindheitsvariablen erfasst, um Ergebnisse gemäß Hypothesen 14 und 15 überprüfen zu können.

Die meisten Vergewaltigungen/Sexuellen Nötigungen mit Todesfolge wurden von den sadistischen Schizophrenen begangen, die ansonsten gleich häufig die Opfer sexuell nötigten und vergewaltigten. Die nicht sadistischen Männer begingen größtenteils Vergewaltigungen. Ein Zusatzdelikt wurde von über der Hälfte der nicht sadistischen schizophrenen Gruppe nicht begangen (fishers exact test $p = .018$), wohl aber von der sadistischen, die wegen eines Tötungsdeliktes, Eigentums- oder Gewaltdeliktes verurteilt wurden. Bei beiden Gruppen handelte es sich fast ausschließlich um Einzeltaten, die vorwiegend an einem Opfer vorgenommen wurden. Bei der sadistischen Gruppe waren die Opfer im Mittel 23 Jahre, die Täter selbst 30 Jahre alt. Der sexuelle Übergriff erfolgte etwa 6 Jahre nach Schizophreniebeginn (Median: 24 Jahre), andere Delikte wurden bereits vorher begangen (Median: 17 Jahre). Bei der nicht sadistischen Gruppe waren die Opfer im Durchschnitt 25, die Täter 26 Jahre alt. Hier lag

das Alter bei Schizophreniebeginn (Median: 24 Jahre) entsprechend, das bei Erstdelinquenz (Median: 22 Jahre) über dem der sadistischen Gruppe (Abb.6). Fast alle sadistischen Schizophrenen waren bei der Tat berauscht durch Alkohol und/oder weiche wie harte Drogen, was auch bei den meisten nicht sadistischen der Fall war. Die Männer mit sadistischen Fantasien befanden sich zu über der Hälfte in einer psychotischen Episode der Schizophrenie und wiesen größtenteils Wahn- und Negativsymptomatik auf, allerdings nur zur Hälfte Denkstörungen und in geringerem Maße auch Halluzinationen. Die nicht sadistische Gruppe befand sich während der Tat überwiegend in der Prodromal- oder Remissionsphase oder chronischen Phase der Schizophrenie, hatte hauptsächlich keinen Wahn, keine Halluzinationen und Denkstörungen zum Tatzeitpunkt, allerdings auch nur zur Hälfte Negativsymptome. Krankheitsweisende Faktoren mit sexueller Enthemmung wurde bei der Mehrzahl der sadistischen, weniger bei den nicht sadistischen Schizophrenen berichtet. Beide Gruppen planten hauptsächlich ihre Taten und überfielen wochentags unbekannte Opfer. Tatort war bei den sadistischen Schizophrenen „draußen“ und „drinnen“, die Tatzeit vorwiegend nachts, während die nicht sadistischen Schizophrenen ihre Opfer größtenteils tagsüber in deren oder dem eigenen Wohnhaus überfielen. Der Tatablauf war wie folgt: Die meisten Männer beider Gruppen fassten die Brust und/oder das Genital bei der Tat an, vaginaler Geschlechtsverkehr wurde in den beiden Gruppen überwiegend von den nicht sadistischen und von der Hälfte der sadistischen Männern ausgeführt. Zur analen Penetration und zu Cunnilingus kam es fast nie, zu Fellatio eher selten. Die Interaktion mit den Opfern war hauptsächlich unpersönlich, Reaktionen auf den massiven Widerstand der Opfer erfolgten in beiden Gruppen fast immer. In der sadistischen Gruppe wurde fast ausschließlich „exzessive Gewalt“ beim Übergriff auf die unbekanntes Opfer angewendet. Es wurde in dieser Gruppe ebenfalls Überschneidungen zwischen der Zugehörigkeit zu den definierten Untergruppen der Schizophrenen statistisch überprüft, wobei sich zeigte, dass die meisten sadistischen Schizophrenen auch der Gruppe der dissozialen Schizophrenen (fishers exact test $p = .10$) angehörten (Tab.26). Gefühle dem Opfer gegenüber sowie bizarre Verhaltensweisen kamen überwiegend nicht vor.

Es sollte nun gemäß Hypothese 14 überprüft werden, ob sich in der sadistischen Stichprobe Zusammenhänge zwischen der sexuellen Fantasie zum Tatzeitpunkt und Kindheitsvariablen finden lassen und ob sich Zusammenhänge der Variablen „deviantes sexuelles Verhalten“ und „sozialer Isolation“ in der Kindheit mit sadistischen Fantasien gemäß Hypothese 15 zeigen. Wie aus Tab.27 ersichtlich ist, übertraf die Gruppe der sadistischen Schizophrenen die der nicht sadistischen Schizophrenen anteilmäßig in sämtlichen Kindheitsvariablen bis auf die Variable „sexueller Missbrauch“. Die Mehrheit der sadistischen Schizophrenen war in der Kindheit sozial

isoliert, körperlich aggressiv, wies disziplinarische Schwierigkeiten, eine fehlende Beziehung zur Mutter auf und erlebte Gewalt durch die Eltern. Delikte, Kontakte mit einem Psychiater/Psychologen, Gewalt zwischen den Eltern sowie deviantes Sexualverhalten im Kindes- und Jugendalter gab es bei beiden Gruppen kaum. Sexueller Missbrauch kam in der sadistischen nicht und in der nicht sadistischen Gruppe kaum vor. Das gehäufte Vorkommen sämtlicher Kindheitsvariablen seitens der sadistischen Schizophrenen erreichte nicht das Signifikanzniveau, so dass Hypothese 14 als nicht bestätigt angesehen werden kann. Einen signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen gab es in der Variablen „Gewalt gegen das Kind“, welche in der sadistischen Gruppe signifikant häufiger vorkam (fishers exact test $p = .049$). Die Hypothese 15 ließ sich nicht bestätigen, auch wenn die Männer mit sadistisch devianten Fantasien zum Tatzeitpunkt häufiger sozial isoliert waren. Abweichendes sexuelles Verhalten wurde allerdings bei fast keinem angegeben. Die Forschungsfrage, ob Kindheitsvariablen Einfluss auf das Tatverhalten ausüben, ist somit nicht eindeutig zu beantworten.

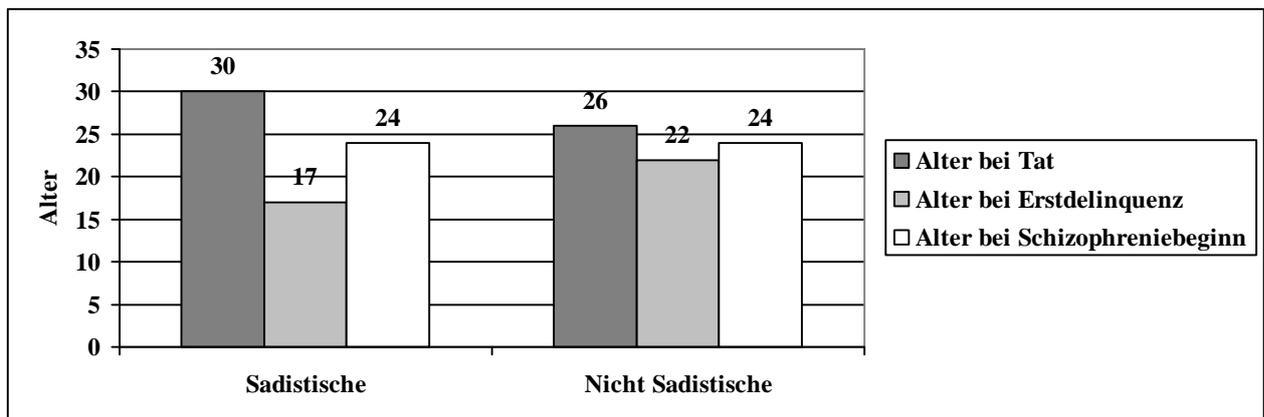


ABB.6 ALTERSVERTEILUNG DER SADISTISCHEN UNTERGRUPPE

TAB.26 AUSGEWÄHLTE TATMERKMALE DER SADISTISCHEN UNTERGRUPPE

Tatmerkmale		Sadistische (n = 9)	Nicht Sadistisch (n = 23)	p
Straftat	<i>Sexuelle Nötigung</i>	3	9	
	<i>Vergewaltigung</i>	3	13	
	<i>Vergewaltigung mit Todesfolge</i>	3	1	
Weitere Delikte	<i>Keines^a</i>	1	14	signifikant
	<i>Eigentumsdelikt</i>	1	2	
	<i>Gewaltdelikt</i>	3	4	
	<i>Eigentums-/Gewaltdelikt</i>	0	1	
	<i>Tötungsdelikt</i>	3	1	
	<i>Bagatelldelikt</i>	1	1	
Krankheitsweisende Faktoren	<i>Mit sex. Enthemmung</i>	6	10	n.s.
	<i>Ohne sex. Enthemmung</i>	3	13	n.s.
Bekanntheit	<i>bekannt</i>	3	9	n.s.
	<i>unbekannt</i>	6	14	n.s.
Tatzeit	<i>Wochentags</i>	5	16	n.s.
	<i>Wochenende</i>	4	7	n.s.
Tatort	<i>draußen</i>	5	6	n.s.
	<i>drinnen</i>	4	17	n.s.
Tageszeit	<i>tagsüber</i>	2	14	
	<i>nachts</i>	6	8	
	<i>ganzer Tag</i>	1	1	
Tatplanung	<i>geplant</i>	7	13	n.s.
	<i>spontan</i>	2	10	n.s.
Gefühle zum Opfer	<i>ja</i>	4	9	n.s.
	<i>nein</i>	5	14	n.s.
Gewalt	<i>exzessiv</i>	8	13	n.s.
	<i>ausreichend</i>	1	10	n.s.
Dissozialität	<i>dissozial</i>	8	12	n.s.
	<i>nicht dissozial^b</i>	1	11	signifikant

Anmerkung: Alle Tests wurden gemäß den WHO-Richtlinien zweiseitig durchgeführt.

^a fishers exact test $p = .018$

^b fishers exact test $p = .10$

TAB.27 KINDHEITSVARIABLEN DER SADISTISCHEN UNTERGRUPPE

Kindheitsvariablen	Sadistische Gruppe (n = 9)	Nicht sadistische Gruppe (n = 23)	p
Soziale Isolation	6	8	n.s.
Körperliche Aggressivität	6	9	n.s.
Disziplinarische Schwierigkeiten	7	12	n.s.
Delikte/Verurteilungen	3	3	n.s.
Deviantes Sexualverhalten	1	0	n.s.
Psychiatrischer Kontakt	2	3	n.s.
Fehlende Mutter-Kind- Beziehung	5	5	n.s.
Gewalt zwischen Eltern	3	6	n.s.
Gewalt gegen Kind ^a	7	8	signifikant
Sexueller Missbrauch	0	2	n.s.

Anmerkung: Alle Tests wurden gemäß den WHO-Richtlinien zweiseitig durchgeführt.

^a fishers exact test $p = .049$

4.3.5 Zusammenfassung zum Vergleich der Untergruppen der schizophrenen Sexualstraftäter

Zusammenfassend lässt sich für die psychotische, die dissoziale, die abhängige und die sadistische Untergruppe der schizophrenen Sexualstraftäter und der Forschungsfrage 5 nach Unterschieden innerhalb der Gruppe der schizophrenen Sexualstraftäter Folgendes sagen: Den Tatbestand der Vergewaltigung/Sexuellen Nötigung mit Todesfolge begingen vorwiegend die psychotischen, die dissozialen, die nicht abhängigen und die sadistischen Schizophrenen. Dieselben Gruppen überwältigten vorwiegend unbekannte Opfer allein. Eine zielgerichtete Ausgestaltung der Tat im Sinne einer Tatplanung war bei allen Untergruppen der Fall. Krankheitsweisende Faktoren mit sexueller Enthemmung wurden bei psychotischen wie nicht psychotischen, nicht dissozialen, abhängigen und sadistischen Männern berichtet. Das Alter bei Erstdelinquenz lag bei der psychotischen, der dissozialen, der abhängigen und der sadistischen Gruppe vor dem bei Schizophreniebeginn. Bei der nicht dissozialen Gruppe wurde die Schizophrenie vor der Erstdelinquenz diagnostiziert. Exzessive Gewalt wurde signifikant häufiger von den Dissozialen und den nicht Substanzabhängigen, aber auch sehr häufig von den Sadistischen angewendet. Insgesamt wendeten alle Gruppen häufig viel Gewalt bei ihren Taten an. Überschneidungen zwischen den Gruppen gab es hauptsächlich bezüglich der Dissozialität.

So war ein Großteil der nicht Abhängigen wie auch der Sadisten zusätzlich dissozial. Zu bizarrem Verhalten kam es signifikant häufiger bei der psychotischen Untergruppe. Es zeigte sich ein Zusammenhang von kindlicher Gewalterfahrung mit sexuell devianter Fantasie.

5 DISKUSSION

Im Folgenden werden die Ergebnisse diskutiert. Zunächst erfolgt die Ergebnisdiskussion der deskriptiven Darstellung der Gruppe der schizophrenen Sexualstraftäter, woran sich die Diskussion der hypothesenrelevanten Ergebnisse anschließt. Danach werden die Ergebnisse zu den Forschungsfragen bezüglich der Untergruppen der schizophrenen Sexualstraftäter diskutiert. Die eigenen Ergebnisse werden hierbei mit aktuellen Forschungsbefunden in Zusammenhang gebracht. Darüber hinaus wird auf kritische Anmerkungen, Grenzen der Aussagekraft und Vorschläge für weitergehende Studien eingegangen.

5.1 Ergebnisdiskussion zur deskriptiven Darstellung der Gruppe der schizophrenen Sexualstraftäter

Bevor sich im Folgenden die hypothesenbezogene Ergebnisdiskussion anschließt, werden die für die Gruppe der schizophrenen Sexualstraftäter erhobenen demographischen, sozialen, psychopathologischen, psychosexuellen sowie delinquenzspezifischen Faktoren mit denen der Vergleichsgruppe der nicht schizophrenen Sexualstraftäter und daran anschließend mit Ergebnissen aus der Literatur in Zusammenhang gebracht. Die Diskussion zu Ergebnissen der nicht schizophrenen Sexualstraftäter wurde stark eingeschränkt, da der Fokus der eigenen Untersuchung auf Ergebnissen zu schizophrenen Sexualstraftätern lag. Am Ende dieses Abschnittes sollte ein Überblick über die Vergleichbarkeit der eigenen schizophrenen Stichprobe mit der nicht schizophrenen Stichprobe sowie denjenigen aus bestehenden Untersuchungen gewonnen sein, um folgend dargestellte und diskutierte Ergebnisse besser einordnen und interpretieren zu können.

In Bezug auf die nicht schizophrene Vergleichsgruppe war Folgendes auffällig: In demographischen Variablen sowie im sozialen Hintergrund (siehe Tab. 1 und 2 des Abschnitts 4.1 des Ergebnisteils) stimmten beide Gruppen in den meisten Kategorien überein. Lediglich die Staatsangehörigkeit wich etwas ab, wobei die nicht schizophrenen Männer fast ausschließlich deutsche Staatsbürger waren. Bei der sexuellen Funktion fiel die Angabe sexuell devianter Fantasien zum Tatzeitpunkt bei genau der Hälfte der nicht Schizophrenen auf. Dazu passend hatte fast die Hälfte dieser Stichprobe bereits vor dem erhobenen Sexualdelikt eine oder mehrere Sexualdelikte mit oder ohne weitere Delikte begangen (siehe Tab. 5 und 6 des Abschnitts 4.1 des Ergebnisteils). Diese auffällige Verteilung auf vorherige Sexualdelinquenz und deviante Fantasien, die im Zusammenhang mit der untersuchten sexuellen Straftat stehen könnten, wurde

bei der schizophrenen Stichprobe nicht bzw. viel seltener gefunden. Weitere Abweichungen gab es hinsichtlich der Diagnose, bei der die meisten nicht Schizophrenen eine Persönlichkeitsstörung aufwiesen (siehe Tab. 4 des Abschnitts 4.1 des Ergebnisteils). Ein herausragender Unterschied fand sich in der Kategorie der Kindheitsvariablen. So war in allen erhobenen Unterkategorien die Gruppe der nicht Schizophrenen viel häufiger vertreten als die der Schizophrenen (siehe Tab. 3 des Abschnitts 4.1 des Ergebnisteils). Dies deckte sich mit Befunden zu Sexualstraftaten nicht kranker Täter von z.B. Lee et al. (2002). Ansonsten waren die beiden Gruppen in den übrigen erhobenen Kategorien annähernd gleich häufig vertreten, was auf eine hohe Vergleichbarkeit der Gruppen schließen ließ. Die an dieser Stelle nicht angesprochenen Kategorien wie Tatablauf, Tatverhalten, soziale und sexuelle Funktion, psychosexuelle Variablen u.a. werden entsprechend der Hypothesen im nächsten Abschnitt ausführlich diskutiert.

Im Vergleich mit der Literatur fiel als erstes die unterschiedliche Stichprobenzahl auf, die bei den Studien von Smith und Taylor bei 80, bei Sahota und Chesterman bei 20, bei Craissati und Hodes bei 11, und in der eigenen Untersuchung bei 32 für die schizophrene Gruppe lagen. Die Stichprobe von Smith und Taylor wurde wie in der eigenen Untersuchung nicht nur aus einem Krankenhaus gezogen, wodurch das Auftreten von Selektionseffekten verringert werden konnte. In der Gruppe von Smith und Taylor fanden sich 23 schizophrene Patienten, die bereits vor dem untersuchten Sexualdelikt sexuell übergriffig waren. In der eigenen Untersuchung traf dies auf kaum jemanden zu. Ein polymorphes Verbrechensmuster fand sich wie in der eigenen Untersuchung auch in der von Smith und Taylor, d.h. die psychotischen Sexualstraftäter begingen vor dem Sexualdelikt bereits andere sexuelle wie nicht sexuelle Delikte. Allerdings wurden die ersten Delikte in der Stichprobe von Smith und Taylor meist erst nach Erkrankung begangen, was mit Ergebnissen zu schizophrenen Gewaltverbrechern übereinstimmte (Taylor, 1993). In der eigenen Untersuchung wurden die meisten Männer bereits vor Krankheitsbeginn straffällig. Das Alter beim erhobenen Sexualdelikt (Median: 27 Jahre) war in beiden Stichproben in etwa gleich. Das Alter bei Schizophreniebeginn lag in der eigenen Untersuchung bei 24 Jahren, in der von Smith und Taylor bei 20 Jahren. Sexualdelikte waren zu 40% Vergewaltigungen in der Untersuchung von Smith und Taylor vs. 50% in der eigenen, Sexuelle Nötigung bzw. versuchte Vergewaltigung in 60% vs. 38% der Fälle, Vergewaltigung/Sexuelle Nötigung mit Todesfolge kam zu 12% nur in der eigenen Untersuchung vor. Bezüglich der Psychopathologie waren fast alle Männer von Smith und Taylor zum Tatzeitpunkt in einer psychotischen Episode, was bei der eigenen Stichprobe auf nur 11 Männer, also weniger als die Hälfte zutraf. Negativsymptome wiesen, wie in der eigenen Untersuchung, fast alle

schizophrenen Täter bei Smith und Taylor auf. Im Hinblick auf die soziale und sexuelle Funktion wurde in der eigenen Stichprobe im Vergleich zu der von Smith und Taylor viel häufiger soziale Isolation und befriedigende sexuelle Beziehungen zu einer Frau gefunden, allerdings weniger befriedigende freundschaftliche Beziehungen und soziale Ängstlichkeit bzw. Meidungsverhalten von Frauen. Sexuell deviante Fantasien zum Tatzeitpunkt gab es etwa zu einem gleichen Anteil von 24% in beiden Stichproben. In psychosexuellen Variablen, die als relevant für sexuelle Delinquenz bei nicht kranken Tätern erachtet werden, erreichten die 20 schizophrenen Sexualstraftäter der Untersuchung von Sahota und Chesterman (1998) hohe Werte auf der Variablen mangelnde Empathie, kognitive Verzerrungen, sexuelle Fantasien und sexuelle Dysfunktion. Niedrige Werte hatten jene bei sexuellem Wissen und sexuellen Erfahrungen. Die schizophrenen Männer der eigenen Untersuchung hatten mehr sexuelle Erfahrungen bzw. Beziehungen, dafür weniger abweichende sexuelle Fantasien. Über die Hälfte wies mangelnde Empathie mit dem Opfer und kognitive Verzerrungen bezüglich der Tat auf. Die schizophrene Stichprobe von Craissati und Hodes (1992) war ebenfalls häufig vor dem Sexualdelikt straffällig, und ebenso wie die von Smith und Taylor auch durch Sexualdelikte auffällig. Allerdings begingen die meisten Täter ihr Sexualdelikt in der Prodromalphase der Schizophrenie, wobei wenig Gewalt angewendet wurde. In der eigenen Untersuchung befanden sich 13 der 32 Probanden in der Prodromalphase der Schizophrenie. Die Mehrheit der Stichprobe wandte viel Gewalt während der sexuellen Übergriffe an. Deviante sexuelle Fantasien gaben 4 der 11 Männer von Craissati und Hodes an. Die Hälfte hatte sexuelle Erfahrungen bzw. länger dauernde Beziehungen zu Frauen, was mit Befunden der eigenen Untersuchung übereinstimmte.

5.2 Hypothesengeleitete Diskussion der Ergebnisse zum Vergleich der Gruppe der schizophrenen und nicht schizophrenen Sexualstraftäter

Bevor die Ergebnisse der einzelnen Forschungsfragen und Hypothesen diskutiert werden, seien einige kritische Anmerkungen vorweg geschickt. Dies war die erste Studie zu schizophrenen Sexualstraftätern im deutschsprachigen Raum und die erste internationale Studie, die direkt psychotische mit nicht psychotischen Sexualstraftätern verglichen hat. Um Verzerrungen der Ergebnisse durch eine selektive Auswahl der Stichprobe zu vermeiden, wurden schizophrene wie nicht schizophrene Sexualstraftäter gerade nicht aus einem bestimmten Krankenhaus oder einer bestimmten Justizvollzugsanstalt alleine ausgewählt. Trotzdem muss weiterhin bedacht werden, dass wohl eine Vielzahl von Sexualdelikten von den Opfern nicht angezeigt werden (Wetzels, 1995). Folglich konnte natürlich nur der Teil an Sexualdelikten schizophrener und nicht schizophrener Täter in dieser Studie erfasst werden, der sowohl angezeigt als auch verurteilt

worden war und bei dem darüber hinaus noch eine Diagnostik erfolgt ist. Diese Kriterien stellten demnach eine gewisse Selektion dar. Bei der Interpretation und Verallgemeinerung der Ergebnisse muss die Stichprobengröße von 32 Probanden pro Gruppe bedacht werden. Einer möglicherweise dadurch bedingten Einschränkung der Aussagekraft der Ergebnisse wurde hier durch die Stichprobenparallelisierung entgegengewirkt, also die Zuordnung der nicht schizophrenen Männer hinsichtlich der Drittvariablen Alter und Art des Sexualdelikts. Diese Auswahl erhöhte die Aussagekraft der Ergebnisse und begründete die niedrigere Fallzahl, um signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen berechnen zu können. Das Aktenmaterial bestehend aus Gutachten, Polizeiberichten, Anklageschriften, psychiatrische oder pflegerische Berichte aus früheren Krankenhausaufenthalten u.a. war zwar umfangreich, allerdings nicht für jeden Probanden identisch reichhaltig, was sich auf die Kodierung ausgewirkt haben könnte. Die Kodierung des Aktenmaterials erfolgte anhand eines vorab ausgearbeiteten Erhebungsbogens (siehe Anhang A), der hypothesenbezogene Kategorien und Unterkategorien enthielt. Die Variablen wurden durch eine Untersucherin ausgewertet, was die Konsistenz der Kodierung sicherstellte. Bei Durchsicht des Aktenmaterials mit teils sehr detailliert geschilderten Lebens- und Krankengeschichten kann eine gewisse Subjektivität der Urteile bzw. Kodierungen nie gänzlich ausgeschlossen werden. Dieser wurde aber durch die Anwendung klar definierter Kriterien für kritische Kategorien des Erhebungsbogens (siehe Anhang B) begegnet.

5.2.1 Ergebnisdiskussion zum Einfluss der Negativsymptomatik auf das Tatverhalten

Die Forschungsfrage zum Einfluss der Negativsymptomatik auf das Tatverhalten gliederte sich in drei Hypothesen auf, die ihrerseits in Unterhypothesen ausdifferenziert waren. So lautete Hypothese 1 „Das Tatverhalten ist Ausdruck sozialer Desintegration“, Hypothese 2 „Das Tatverhalten ist Ausdruck sozialer Isolation“ und Hypothese 3 „Schizophrene begehen ihre Taten hauptsächlich in einer frühen Phase der Schizophrenie (Prodromalphase), in der Mechanismen der Verhaltensplanung, -steuerung und -ausführung bereits weggebrochen sind.“ Keine dieser Hypothesen inklusive der Unterhypothesen konnten so bestätigt werden. Um die Ergebnisse deutlicher zu machen, werden nun, begonnen mit der Hypothese 1, die Hypothesen und Unterhypothesen einzeln beleuchtet und mit bestehenden Forschungsergebnissen konfrontiert. Hypothese 1 wurde in sechs Unterhypothesen ausdifferenziert, die zusammen die soziale Desintegration repräsentierten (siehe Abschnitt 3.1.1 des Methodenteils). Wie aus Tabelle 12 im Ergebnisteil ersichtlich ist, verteilten sich schizophrene und nicht schizophrene Männer in etwa gleich auf tatrelevante Merkmale wie Interaktion, Kommunikation, Reaktion, Gefühle dem

Opfer gegenüber und Tatplanung. Mehr schizophrene Täter begingen ihre Taten erwartungsgemäß wochentags und nachmittags, ein zahlenmäßig allerdings so geringer Unterschied, der sich statistisch noch nicht einmal in Form einer Tendenz zeigte. Die Ergebnisse standen im Widerspruch zu Ergebnissen von Smith (2000b), in dessen Stichprobe das Ausmaß der sozialen Desintegration der schizophrenen Sexualdelinquenten das der nicht schizophrenen deutlich übertraf. Dieser Widerspruch könnte damit erklärt werden, dass die schizophrene wie nicht schizophrene Stichprobe der eigenen Untersuchung bis auf die Diagnose der Schizophrenie hinsichtlich demographischer, sozialer und sexueller Variablen hohe Übereinstimmungen aufwies. So erschienen nicht psychotische Täter in sozialer Weise ähnlich defizitär wie schizophrene (siehe Tab.6 im Abschnitt 4.1 des Ergebnisteils). Weiterhin ist anzumerken, dass sich die Gruppe der Schizophrenen der eigenen Untersuchung von derjenigen der Untersuchung von Smith (2000b) unterschieden und zwar hauptsächlich hinsichtlich akut psychotischer Symptome, was nachfolgend noch aufgegriffen wird, aber natürlich Einfluss auf das Ausmaß der sozialen Desintegration genommen haben könnte. Die Hypothese 2 zum Einfluss der sozialen Isolation wurde, wie im Abschnitt 3.1.1 des Methodenteils zu sehen ist, in sieben Hypothesen unterteilt. Sämtliche Erwartungen zum Einfluss der sozialen Isolation ließen sich nicht bestätigen. Wie aus Tab. 13 im Ergebnisteil ersichtlich ist, waren schizophrene wie nicht schizophrene Männer auf die für die Hypothesentestung relevanten Kategorien annähernd gleich verteilt. Beide Gruppen erlebten freundschaftliche Beziehungen selten als befriedigend, wiesen aber befriedigende sexuelle Beziehungen zu Frauen auf. Der überwiegende Teil beider Gruppen lebte einmal in einer Lebensgemeinschaft von länger als 6 Monaten. Auch die soziale Angst bzw. das Meidungsverhalten von Frauen fand sich bei der Mehrzahl nicht. Um die sexuelle Funktion näher zu beleuchten, wurde die Variable „wechselnde Sexualpartner“ in die Auswertung miteinbezogen. Hier fanden sich deutlich mehr polygame Schizophrene, was auf eine mangelnde Fähigkeit deuten könnte, tragfähige partnerschaftliche Beziehungen aufzubauen. Vor der Tat waren etwas mehr schizophrene Männer ohne Arbeit. Die meisten Täter beider Gruppen begingen ihre Tat alleine, etwas häufiger überfielen Schizophrene unbekannte Frauen. Alkohol wurde von den meisten Männern beider Gruppen vor der Tat gleichermaßen konsumiert. Beide Gruppen schienen im Ausmaß der sozialen Isolation unabhängig von der Art oder dem Vorhandensein einer Krankheit überein zu stimmen. Die Befunde der eigenen Untersuchung zu psychotischen Sexualstraftätern stimmten auch im Ausmaß der sozialen Isolation mit Befunden zu nicht kranken Tätern überein. So befand sich die Mehrheit der schizophrenen Täter entsprechend nicht psychotischer Täter in heterosexuellen Beziehungen (Grubin und Gunn, 1990) und tranken vor der Tat Alkohol (West, 1993) Umgekehrt gab es Übereinstimmungen der

nicht schizophränen Täter der eigenen Untersuchung mit Befunden zu psychotischen im Hinblick darauf, dass sie den sexuellen Übergriff alleine begingen (Smith, 2000b), sich vor der Tat vermehrt aus dem sozialen Bereich zurückzogen (Craissati und Hodes, 1992) und freundschaftliche Beziehungen als wenig befriedigend erlebten (Smith und Taylor, 1999b). Die Befunde zu befriedigenden heterosexuellen Beziehungen seitens der Schizophrenen standen im Widerspruch zu denen von Smith (1999b), der bei der Mehrheit seiner schizophränen Gruppe anhaltende heterosexuelle Schwierigkeiten fand. Auch Johnston und Planansky (1968) fanden negative Einflüsse der schizophränen Erkrankung auf Beziehungen im Sinne einer durch die Krankheit ausgelösten verminderten sexuellen Attraktion der weiblichen Partner. Die gegenteiligen Befunde in der eigenen Untersuchung könnten darauf zurückzuführen sein, dass die schizophränen Erkrankung die sexuelle Funktion womöglich noch nicht stark genug beeinträchtigt hatte. Es ist ebenfalls denkbar, dass die Männer mehrheitlich falsche Angaben über ihre bisherigen sexuellen Beziehungen machten, was sich in der häufig erhobenen Polygamie widerspiegeln könnte, allerdings Befunden von Sahota und Chesterman (1998b) widersprechen würde, bei denen hauptsächlich Schizophrene sexuelle Dysfunktionen zugaben. Die Ergebnisse bezüglich des Alkoholkonsums könnten damit erklärt werden, dass nicht ausschließlich der in Gesellschaft genossene Alkoholkonsum gewertet wurde, sondern generell derjenige vor der Tat. Dass sich schizophrene wie nicht schizophrene Täter gleichermaßen sozial zurückzogen, ihre Taten alleine begingen und somit sozial isoliert erschienen, war nicht allzu verwunderlich, da das Ausmaß der sozialen Isolation der nicht kranken Täter bereits in der Kindheit deutlich über dem der kranken Täter lag (Tab.3 im Abschnitt 4.1 des Ergebnisteils). Diese Isolation könnte sich wie ein roter Faden durch das Leben gezogen und somit auch das Sexualdelikt begünstigt haben. Bei den Schizophrenen könnte sich die durch die Krankheit verursachte soziale Isolation mit der Isolation in der Kindheit zur in der Untersuchung gemessenen sozialen Isolation im Erwachsenenalter aufaddiert haben, was in einer vergleichbaren Isolation beider Gruppen resultierte. Die hohe soziale Isolation würde auch die Einzeltaten sowie die häufige Überwältigung unbekannter Frauen erklären. Laut Hypothese 3 sollten Schizophrene ihre Taten hauptsächlich in einer frühen Phase der Schizophrenie (Prodromalphase) begehen, in der Mechanismen der Verhaltensplanung, -steuerung und -ausführung bereits weggebrochen waren. Ergebnissen von Craissati und Hodes (1992) zufolge begingen psychisch kranke Täter ihre Taten vermehrt in der Prodromalphase der Schizophrenie, bei der psychotische Symptome verdeckt, allerdings bereits Einbußen in sozialen wie neurokognitiven Bereichen vorhanden waren. Bei der schizophränen Stichprobe der eigenen Untersuchung befanden sich bei der Tat 13 Männer in der Prodromalphase (Tab.14 im Abschnitt

4.2.1 des Ergebnisteils), was allerdings nicht einen deutlich überwiegenden Anteil ausmachte. Für diese erschien es durchaus denkbar, dass zusätzlich zu anderen Faktoren das Wegbrechen verhaltensregulierender Mechanismen zu sexuellen Übergriffen geführt haben könnte.

5.2.2 Ergebnisdiskussion zum Einfluss der Positivsymptomatik auf das Tatverhalten

Die Forschungsfrage zum Einfluss der Positivsymptomatik wurde in 3 Hypothesen (siehe Abschnitt 3.1.2 des Methodenteils) unterteilt. In dieser Stichprobe ließen sich zum Tatzeitpunkt in über der Hälfte der Fälle weder Wahnsymptomatik, Halluzinationen noch Denkstörungen nachweisen, seien diese direkt oder indirekt mit der Tat verknüpft oder lediglich vorhanden. Dies konnte teilweise der Verteilung der Schizophrenen auf die Stadien der Schizophrenie zugeschrieben werden, wobei sich zum Tatzeitpunkt 11 Männer in einer psychotischen Episode, weitere 13 in der Prodromalphase, 5 in der Remissionsphase der Schizophrenie und 3 in einem chronischen Stadium befanden. Die Positivsymptome wie Wahn und Halluzinationen waren hauptsächlich „vorhanden“ und weniger direkt oder indirekt thematisch mit der Straftat verknüpft. Entgegen der Erwartungen schien der sexuelle Übergriff der schizophrenen Sexualstraftäter nicht in floride Symptome der Krankheit eingebettet gewesen zu sein. So wiesen zwar 11 Probanden psychotisches Erleben während der Tat auf, was allerdings keine direkte Wirkung auf deren Tatverhalten ausgeübt zu haben schien. Entgegen der Befunde von Smith (2000b) fand sich ein signifikanter Unterschied in bizarren Verhaltensweisen zwischen den Gruppen, obwohl diese insgesamt selten beobachtet wurden. Die schizophrenen Männer wirkten auf deren Opfer in Bezug auf ihre Gebärden und ihr Reden deutlich bizarrer und roboterhafter als die nicht schizophrenen (siehe Tab.15 im Abschnitt 4.2.2 des Ergebnisteils). Das psychotische Erleben schien in der schizophrenen Stichprobe einen Einfluss auf die Häufigkeit bizarrer Verhaltensweisen während der Tat und nicht, wie angenommen, auf den sexuellen Übergriff an sich genommen zu haben. Auch hier zeigte sich, dass das psychotische Erleben und die sexuelle Tat viel eher „nebeneinander“ bestanden haben, als miteinander verknüpft gewesen zu sein. Von den 11 akut psychotischen Männern nahmen lediglich 6 Medikamente ein, wovon 5 die Medikation vor der Tat abbrachen. Da sich nur weniger als die Hälfte der Männer in einer psychotischen Episode befanden oder durch Medikamentenabbruch psychotisch wurden, war auch die Hypothese 6 zu verwerfen. Auf die 5 Männer mit akuter psychotischer Symptomatik bei gleichzeitigem Medikamentenabbruch könnte die Annahme allerdings zutreffen, dass der sexuelle Übergriff mit einem Rückfall in eine akute Krankheitsphase einherging. Zur Vergleichbarkeit der eigenen Stichprobe mit denen aus Vorbefunden ist anzumerken, dass im

Vergleich zu den 80 schizophrenen Tätern der Untersuchungen von Smith und Taylor in der eigenen Untersuchung anteilmäßig weniger akut psychotische Schizophrene vertreten waren. So war die eigene Stichprobe eher mit der von Craissati und Hodes zu vergleichen, bei der sich die meisten Männer in der Prodromalphase der Schizophrenie befanden.

5.2.3 Ergebnisdiskussion zum Einfluss der Dissozialität auf Tatmerkmale

Die Forschungsfrage zum Einfluss dissozialer Persönlichkeitszüge auf das Tatverhalten wurde in vier im Abschnitt 3.1.3 des Methodenteils aufgeführte Hypothesen gegliedert. In der eigenen Untersuchung wurden entsprechend der Befunde von Sahota und Chesterman (1998) Übereinstimmungen zwischen beiden Gruppen hinsichtlich psychosexueller Faktoren gefunden. Allerdings gab es deutlich mehr nicht psychotische Straftäter, die mangelnde Opferempathie aufwiesen, ein Unterschied, der statistisch als Trend auffiel. In beiden Gruppen fanden sich kaum deviante sexuelle Fantasien, sexuelle Obsessionen sowie mangelndes sexuelles Wissen, was sowohl entgegen Befunden zu psychotischen wie nicht psychotischen Sexualstraftätern stand (z.B. Sahota und Chesterman, 1992b). So erreichten die 20 schizophrenen Männer der Untersuchung von Sahota und Chesterman hohe Werte auf abweichenden sexuellen Interessen und Fantasien mit unpersönlichen Themen als Inhalt. Dieser Gegensatz zur bestehenden Literatur könnte damit erklärt werden, dass nur 3 Männer in der gesamten Stichprobe von 64 Sexualstraftätern zusätzlich die Diagnose einer Paraphilie aufwiesen und ein Großteil der Täter befriedigende sexuelle Beziehungen, meist in Form von Lebensgemeinschaften angaben. Die sexuelle Funktion schien in der eigenen Stichprobe sowohl seitens der Schizophrenen als auch der nicht Schizophrenen nicht erwartungsgemäß beeinträchtigt gewesen zu sein. Die deutlich verminderte Empathie seitens der nicht kranken Täter könnte mit einem im Vergleich zu der schizophrenen Stichprobe vermehrten Vorliegen dissozialer Persönlichkeitszüge erklärt werden. Darauf war aufgrund der erhobenen Erstdiagnosen zu schließen, bei denen 10 der 32 nicht schizophrenen Männer die Diagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung (siehe Tab.4 im Abschnitt 4.1 des Ergebnisteils) aufwiesen sowie aufgrund des jüngeren Alters bei Erstdelinquenz (17 vs. 20,5) und des Alters bei Alkoholkonsum (13 vs. 15) (siehe Tab.1 im Abschnitt 4.1 des Ergebnisteils) (Hodgins und Janson, 2002; Tengström et al., 2004). Von den Schizophrenen wurde widersprüchlich zu Hypothese 8 und zu den Befunden von Smith (2000b) sowie von Craissati und Hodes (1992) ein höheres Ausmaß an Gewalt gegen das Opfer gefunden. So wendeten Schizophrene signifikant mehr exzessive Gewalt bei ihren Übergriffen an als die nicht schizophrene Vergleichsgruppe (siehe Tab.17 im Abschnitt 4.2.3 des Ergebnisteils). Bei der Unterteilung des Gewaltausmaßes in „viel“ vs. „wenig“, wurde anhand

der Häufigkeitsverteilungen ersichtlich, dass die Schizophrenen den Opfern insgesamt vermehrt „viel Gewalt“ bei Ihren Übergriffen antaten. Hypothese 9 konnte bezogen auf die schizophrenen Männer bestätigt werden. Allerdings war ein überwiegender Anteil gegenüber unbekanntem Opfern vermehrt aggressiv, was anhand der Häufigkeiten in Abb.1 (Abschnitt 4.2.3 des Ergebnisteils) abgelesen werden kann. Bei den nicht schizophrenen Tätern gab es entgegen der Erwartungen keinen Unterschied im Gewaltausmaß gegenüber bekannten oder unbekanntem Opfern. Bei bekannten Opfern wurde aber von beiden Gruppen häufiger „viel Gewalt“ angewendet (Abb.1 im Abschnitt 4.2.3 des Ergebnisteils). Nach den eigenen Befunden müsste die Aussage von Craissati und Hodes, dass es sich bei schizophrenen Sexualstraftätern nicht um sadistische und gewalttätige Verbrecher handelte, nochmals überdacht werden, zumindest hinsichtlich der Gewalttätigkeit. Im Vergleich zur schizophrenen Stichprobe von Smith (2000b) zeigten die Schizophrenen der eigenen Untersuchung ebenfalls mehr Gewalt bei ihren Taten. Exzessive Gewalt fand sich in der Untersuchung von Smith bei 16 von 80 (20%) Schizophrenen, in der eigenen Untersuchung bei 9 von 32 (28%) der Schizophrenen. Die Gruppe der Schizophrenen von Smith war im Ausmaß der Gewalt mit nicht kranken Sexualstraftätern vergleichbar. Smith (2000b: 227) folgerte: „Even for those psychotic men who were excessively violent, it does not necessarily follow that the violence was principally a product of their severe mental illness, and, as for some non-mentally ill offenders, it can be speculated that other features, such as sadism, may be more relevant to understanding the presence of excessively violent behaviour.“ Sadistische Fantasien zeigte in der eigenen Stichprobe fast keiner, weshalb weitere mögliche Einflussfaktoren wie z.B. das Vorherrschen von dissozialen Persönlichkeitszügen für die exzessive Gewaltanwendung bedacht werden sollten. Erwartungsgemäß (Hypothese 10) überwältigten die Täter beider Gruppen bekannte Opfer vermehrt „drinnen“ (Bownes et al., 1991; Smith, 2000b) und übten entsprechend der Hypothese 11 vergleichbare sexuelle Praktiken aus. Um das Ausmaß der Dissozialität beider Gruppen, wie angesprochen, näher zu beleuchten, wurden die deskriptiv erhobenen Merkmale wie Vorstrafen, bisherige Delikte, Delinquenz in der Familie und Alkoholabusus, die in der Literatur als mit dissozialen Persönlichkeitszügen verknüpft gelten (z.B. Rada, 1978; Hodgins und Janson, 2002) für die Befunde der eigenen Stichprobe diskutiert. Für die schizophrenen Sexualstraftäter war ein Anhalt für Dissozialität ein polymorphes Verbrechensmuster. So waren fast alle vor dem Sexualdelikt in anderer Weise wie z.B. mit Eigentums-, Gewalt- oder Bagatelldelikten straffällig geworden, allerdings war kaum einer bereits mit einem Sexualdelikt auffällig. Das polymorphe Muster entsprach dem der Stichprobe von Smith und Taylor. Nur 9 Männer der eigenen Stichprobe hatten zusätzlich zur Erstdiagnose der Schizophrenie die Diagnose einer

Substanzabhängigkeit. Vorstrafen wiesen fast alle auf. Delinquenz in der Familie gab es kaum. Die meisten wiesen wenig befriedigende Freundschaften und eine hohe Rate an sozialer Isolation auf, was ebenfalls auf dissoziale Züge deuten könnte (siehe Tab.2,4,5,6 des Abschnittes 4.1 des Ergebnisteils). Es konnte also festgehalten werden, dass die schizophrene Gruppe der eigenen Untersuchung zwar nicht sämtliche Merkmale, aber doch eine beträchtliche Anzahl an Merkmalen aufwies, die mit Dissozialität einhergehen, die sich durchaus in der Anwendung exzessiver Gewalt bei den Taten widerspiegeln könnte. Diese Befunde standen in krassem Gegensatz zu denen von Craissati und Hodes, (1992: 848), die keinen Anhalt für Dissozialität in ihrer Stichprobe fanden und daraus schlossen: „This might suggest that, unlike the majority of convicted rapists, mentally ill sex offenders are not akin to the sociopathic type cited in the literature.“ Die eigene schizophrene Stichprobe wies hingegen derartige soziopathische Züge auf.

5.2.4 Ergebnisdiskussion zum Einfluss neurokognitiver Defizite auf Tatmerkmale

Die Forschungsfrage zum Einfluss neurokognitiver Defizite wurde in zwei Hypothesen aufgeteilt (siehe Abschnitt 3.1.4 des Methodenteils). Wie aus Tab.21 im Abschnitt 4.2.4 des Ergebnisteils ersichtlich ist, waren die meisten Schizophrenen sowohl impulsiv als auch in der ausführenden Funktion eingeschränkt. Aufgrund der Häufigkeiten erschien es möglich (siehe Tab 22 im Abschnitt 4.3.4 des Ergebnisteils), dass neben anderen Faktoren Impulsivität und Einbußen in der ausführenden Funktion in dieser schizophrenen Stichprobe zu sexuell übergriffigem Verhalten geführt haben könnten. Dieser Befund stimmte mit Ergebnissen von Craissati und Hodes (1992) wie auch Phillips et al. (1999) überein. Allerdings widersprachen Befunde der eigenen Untersuchung zur sozialen Desintegration (siehe Abschnitt 5.2.1 des Diskussionsteils) der gefundenen Übereinstimmung: So war die Tat der meisten Schizophrenen zielgerichtet oder zumindest vorbereitet, was im Widerspruch zum impulsiv handelnden, der Verhaltenssteuerung nicht mehr mächtigem schizophrenen Sexualdelinquenten stand. Anscheinend waren die schizophrenen Sexualstraftäter der eigenen Untersuchung zwar in der ausführenden Funktion eingeschränkt, allerdings nicht in dem Maße, dass diese eine zielgerichtete Ausgestaltung der Tat gänzlich unmöglich gemacht hätte. Bezüglich Hypothese 13 wurden bei der schizophrenen Stichprobe sowohl Antriebs- wie auch Aufmerksamkeitsdefizite gefunden, allerdings kaum Einbußen im verbalen Gedächtnis und abstrakten Denken (siehe Tab.21 im Abschnitt 4.2.4 des Ergebnisteils). Es sei angemerkt, dass neurokognitive Konstrukte wie verbale Gedächtnisleistungen oder abstraktes Denken außerhalb einer spezifischen Testung durch ein geeignetes Messinstrument schwer zu fassen sind. Dies gilt sowohl für die Beurteilung im

Rahmen eines Gutachtens als auch für die darauf basierende Kodierung. So könnte das Fehlen der Einbußen in diesen Bereichen auch aus der schweren Fassbarkeit resultieren und nicht alleine aufgrund des tatsächlichen Vorherrschens in dieser Stichprobe zustande gekommen sein. Trotz der fehlenden Einbußen in verbalen Gedächtnisleistungen, wie durch Green (1996) beschrieben, könnten die gefundenen Einbußen in neurokognitiven Bereichen gepaart mit krankheitsbedingten oder bereits vorbestehenden Einbußen in anderen Funktionen zu Fehlinterpretationen gerade im sozialen Kontext geführt haben.

5.2.5 Zusammenfassung der hypothesengeleiteten Ergebnisdiskussion

Die Forschungsfrage zum Einfluss der Negativsymptomatik konnte nicht gemäß der Erwartungen beantwortet werden. In dieser Stichprobe der schizophrenen Sexualstraftäter schien die Negativsymptomatik zwar auch das Tatverhalten beeinflusst zu haben, allerdings nicht in einem so deutlichen Maße, dass sich Unterschiede zwischen psychotischen und nicht psychotischen Männern heraus kristallisiert hätten. Dies mag zum Einen an einem verminderten Einfluss der krankheitsbedingten Negativsymptomatik der Stichprobe gelegen haben, die zu weniger als der Hälfte aus akut psychotischen Männern bestand, zum Anderen könnte dieser fehlende Einfluss aber auch (was wahrscheinlicher erscheint) auf die nicht schizophrene Vergleichsgruppe zurückzuführen sein, die sich in ähnlichem Maße sozial defizitär zeigte. Die Befunde von Taylor (1987) zu erheblichen Einbußen in der sozialen Funktion durch die schizophrene Erkrankung ließen sich hier nicht ausschließen, aber anhand dieser Stichprobe wegen der aufgezeigten Besonderheiten auch nicht belegen. Die Forschungsfrage zum Einfluss der Positivsymptomatik auf das Tatverhalten verhielt sich ebenfalls konträr zu den Erwartungen. Es erschien für diejenigen Männer mit akuter Psychose denkbar, dass die Tat mit einem Rückfall in eine floride Phase der Schizophrenie einherging, allerdings waren Wahn und Halluzinationen weder direkt noch indirekt mit der Tat verknüpft, was auf eine fehlende Einbettung der Sexualstraftat in das psychotische Erleben schließen ließ. Vielmehr schien sich die Positivsymptomatik der Schizophrenie in bizarren Verhaltensweisen während der Tat niederzuschlagen. Das psychotische Erleben hatte wohl keinen direkten Einfluss auf die Tat genommen, sondern lediglich das bizarre Verhalten während der Tat in Form von wahnhaftem Reden oder seltsamen Gebärden gefördert zu haben. Die Forschungsfrage zum Einfluss der Dissozialität fiel sowohl erwartungskonform wie -inkonform aus. Bezüglich der psychosexuellen Variablen gab es bis auf die häufigere mangelnde Opferempathie seitens der nicht schizophrenen Gruppe zwar Übereinstimmungen zwischen den Gruppen, allerdings fielen insgesamt geringe sexuelle Funktionseinbußen und Abweichungen auf. Dies könnte mit stabilen partnerschaftlichen

Beziehungen und geringer Ängstlichkeit gegenüber Frauen, die beide Gruppen aufwiesen, zusammen hängen. Die Anwendung von ausschließlich exzessiver Gewalt seitens der schizophrenen Gruppe ließ zusammen mit einem polymorphen Verbrechensmuster und Vorstrafenregister auf ein hohes Maß an Dissozialität schließen. Dissoziale Persönlichkeitszüge wiesen ebenfalls die nicht schizophrene Vergleichsgruppe auf, was an der mangelnden Opferempathie, dem geringen Alter bei Erstdelinquenz und Alkoholmissbrauch sowie dem Vorherrschen der Diagnose der dissozialen Persönlichkeitsstörung abgelesen werden konnte. Der von Rada (1978) beschriebene „soziopathische Typ“ schien sich in der eigenen Stichprobe sowohl bei kranken wie nicht kranken Sexualstraftätern zu zeigen. Die Forschungsfrage zu neurokognitiven Einbußen und deren Einfluss auf das Tatverhalten konnte nur teilweise durch die eigenen Befunde unterstützt werden. So erschien es denkbar, dass Impulsivität und Einbußen in der ausführenden Funktion zu sexuell übergriffigem Verhalten geführt haben könnten. Allerdings nicht in dem in der Literatur beschriebenen Ausmaß. Darüber wurde vermutet, dass Defizite in Aufmerksamkeit und Antrieb zu Fehlinterpretationen von sozialen Schlüsselreizen geführt haben, die ihrerseits sexuell abweichendes Verhalten begünstigt haben könnten.

5.3 Diskussion der Ergebnisse für die Untergruppen der schizophrenen Sexualstraftäter

Im Folgenden werden die anhand der Datenstruktur unterteilten schizophrenen Subgruppen hauptsächlich bezüglich der Tatmerkmale mit dem Rest der schizophrenen Gruppe verglichen und mit bereits bestehenden Ergebnissen aus der Literatur in Zusammenhang gebracht. Hierbei werden die Forschungsfragen 5 und 6 diskutiert. Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass diese Ergebnisse explorativer Art waren, fast ausschließlich deskriptiv ausgewertet wurden und demnach auch nur eingeschränkt interpretierbar waren.

5.3.1 Ergebnisdiskussion zu psychotischen vs. nicht psychotischen schizophrenen Sexualstraftätern

In die Gruppe der psychotischen schizophrenen Sexualstraftäter fielen 11, in die der nicht psychotischen 21 Männer. In die Gruppe der Psychotischen fielen die schizophrenen Täter, die zum Tatzeitpunkt akut psychotisch waren, also Wahn und/oder Halluzinationen aufwiesen. In die Gruppe der nicht Psychotischen fielen diejenigen, die sich zur Tatzeit in der Prodromalphase, der Remissionsphase oder in einem chronischen Stadium der Schizophrenie befunden hatten. Die Psychotischen sollten nun eher mit der Stichprobe von Smith und Taylor vergleichbar sein als die gesamte Gruppe der Schizophrenen. Die Gruppe der psychotischen Täter beging häufiger den

Tatbestand der Vergewaltigung/Sexuellen Nötigung mit Todesfolge. Beide Gruppen begingen bereits vor Schizophreniebeginn Straftaten, was Befunden von Smith und Taylor (1999a) widersprach, die einen Zusammenhang zwischen Krankheitsbeginn und allgemeinen Straftaten in ihrer schizophrenen Stichprobe fanden. Nicht psychotische Täter suchten sich hauptsächlich unbekannte Opfer, während psychotische ausschließlich alleine etwa zu gleichen Anteilen bekannte und unbekannte Opfer überwältigten. Dennoch befand sich der Tatort bei beiden Gruppen hauptsächlich „drinnen“, d.h. beim Zuhause des Opfers, Täters oder Bekannten und weniger „draußen“, also auf öffentlichen Plätzen oder der Straße, was den Befunden von Smith (2000b) widersprach, bei denen Fremde ihre Taten hauptsächlich draußen und Bekannte im Haus begingen. Sowohl die psychotischen wie auch nicht psychotischen Männer waren während der Tat „berauscht“ durch Alkohol und/oder weiche Drogen. Beide Gruppen überfielen ihre Opfer gemäß Befunden zu schizophrenen Sexualdelinquenten (Smith 2000b) vor allem wochentags. Während nicht psychotische Täter ihre Opfer entsprechend der Befunde von Smith (2000b) tagsüber überfielen, war dies bei psychotischen nicht ausschließlich zu finden. Allerdings waren die psychotischen Täter diejenigen, die auch 2 Opfer den ganzen Tag über festhielten. Eine zielgerichtete Ausgestaltung der Tat konnte für beide Gruppen vermerkt werden, was den Befunden über den ungeplant sexuell übergriffigen Schizophrenen von Craissati und Hodes (1992) widersprach. Insgesamt wurde von der Mehrzahl der Psychotischen viel Gewalt im Sinne von exzessiver Gewaltanwendung mit oder ohne Waffengebrauch bei dem sexuellen Übergriff ausgeübt, was ebenfalls nicht mit den Ergebnissen von Craissati und Hodes (1992) übereinstimmte, aber dazu passte, dass viele Psychotische zusätzlich dissozial waren (siehe Abb.2 im Abschnitt 4.3 des Ergebnisteils). Signifikante Unterschiede ergaben sich hinsichtlich bizarrer Verhaltensweisen. Hier waren die psychotischen Täter hoch signifikant häufiger vertreten, was Befunden von Smith (2000b) widersprach. Dieses Verhalten könnte durch während der Tat bestehende Halluzinationen und Wahnsymptomatik zustande gekommen sein, welche die Psychotischen ebenfalls signifikant häufiger aufwiesen als die nicht Psychotischen (siehe Tab 23 im Abschnitt 4.2.1 des Ergebnisteils).

Es lässt sich festhalten, dass auch die Gruppe der Täter, die zum Tatzeitpunkt psychotisch waren größtenteils nicht mit bisherigen Befunden zu psychotischen Sexualstraftätern übereinstimmten. Um dennoch die psychotische Gruppe besser einordnen zu können, sei die Untersuchung von Taylor (1993) zu Schizophrenie und Kriminalität erwähnt, bei der in Abhängigkeit vom Substanzmissbrauch ein integrierter von einem chaotischen schizophrenen Täter unterschieden wurde. Der integrierte Täter wurde als von seinem Wahn getrieben beschrieben, der häufig gewalttätig ist und wenig zu Substanzmissbrauch neigt. Der chaotische Täter hingegen erscheint

sozial eingeschränkt funktionsfähig und häufig zu Substanzmissbrauch neigend. Die psychotischen Täter der eigenen Untersuchung begingen häufiger Vergewaltigungen/Sexuelle Nötigungen mit Todesfolge, wandten viel exzessive Gewalt bei zielgerichteter Ausgestaltung der Tat an und zeigten bei Vorherrschen von Wahn und Halluzinationen bizarres Verhalten bei der Tat. Dies ließ die psychotischen Täter in die Gruppe des integrierten psychotischen Täters, wie von Taylor (1993) beschrieben, einordnen.

5.3.2 Ergebnisdiskussion zu dissozialen vs. nicht dissozialen schizophrenen Sexualstraftätern

Die Gruppe der Dissozialen machte 20 Männer aus, die bereits vor der interessierenden Sexualstraftat straffällig sowie vorbestraft waren (für die exakte Definition siehe Abschnitt 4.3.2 des Ergebnisteils). Die Zahl der nicht Dissozialen betrug 12 Männer. Vergewaltigung/Sexuelle Nötigung mit Todesfolge wurde hauptsächlich von der dissozialen Gruppe begangen. Außerdem waren die dissozialen Schizophrenen sowohl bei der Sexualstraftat als auch der Erstdelinquenz jünger als die nicht dissozialen, begingen die Tat hauptsächlich alleine (entsprechend der Befunde von Smith, 2000b) und an einem Opfer. Bemerkenswerter Weise lag bei den nicht Dissozialen der Krankheitsbeginn vor der Erstdelinquenz, was Befunden von Smith und Taylor (1999a) sowie von Taylor (1993) zu schizophrenen Gewalttätern entsprach. So schien die Krankheit in der nicht dissozialen Gruppe zusätzlich zu anderen Faktoren die sexuelle Straftat begünstigt zu haben, ein Einfluss, der für schizophrene Gewalttäter (Taylor, 1993) ebenfalls gefunden worden war. Lediglich 7 der 20 Dissozialen waren zum Tatzeitpunkt psychotisch. Die dissozialen Täter überwältigten hauptsächlich unbekannte Frauen, entsprechend der Befunde von Smith (2000b) zu schizophrenen Tätern sowohl „draußen“ wie „drinnen“ und relativ unabhängig von der Tageszeit (entgegen der Befunde von Smith, 2000b). Die nicht Dissozialen hingegen überfielen zu gleichen Anteilen bekannte und unbekannte Frauen. Dies erfolgte im Vergleich zu den Dissozialen und entgegen der Befunde zu schizophrenen Tätern (Smith, 2000b) statistisch signifikant häufiger „drinnen“ und häufiger tagsüber (siehe Tab.24 im Abschnitt 4.3.2 des Ergebnisteils). Statistische Signifikanz erreichte die Anwendung exzessiver Gewalt seitens der Dissozialen, was mit Befunden zu nicht kranken dissozialen Sexualstraftätern übereinstimmte (z.B. Knight und Prentky, 1990). Krankheitsweisende Faktoren mit sexueller Enthemmung wurden bei wenigen dissozialen, hingegen bei über der Hälfte der nicht dissozialen Schizophrenen berichtet. Dies erschien interessant, da die meisten nicht dissozialen Schizophrenen neben dem Sexualdelikt keine weiteren Delikte begangen hatten. So könnte ein Einflussfaktor für den sexuellen Übergriff die sexuelle Enthemmung vor der Tat entsprechend

der Befunde von Craissati und Hodes (1992) gewesen sein. Bei den Dissozialen schienen sexuelle und generell kriminelle Motivation nebeneinander bestanden zu haben. Bezüglich der sexuellen Handlungen forderten die Dissozialen signifikant häufiger Fellatio von ihren Opfern, was Ergebnissen von Smith (2000b) widersprach, die in etwa gleich häufige sexuelle Praktiken bei psychisch kranken wie nicht kranken Sexualstraftätern zeigten. Gefühle dem Opfer gegenüber wurde seitens der dissozialen Täter eher weniger, seitens der nicht dissozialen bei über der Hälfte angegeben. Dieser Unterschied könnte mit der Tatsache erklärt werden, dass die dissozialen Schizophrenen vorwiegend Unbekannte, die nicht dissozialen hingegen zur Hälfte Unbekannte wie Bekannte überwältigten (siehe Tab.24 im Abschnitt 4.3.2 des Ergebnisteils). Allerdings könnte dieser Befund auch aufgrund mangelnder Opferempathie seitens der Dissozialen zustande gekommen sein.

Zusammenfassend lässt sich zur Gruppe der dissozialen schizophrenen Sexualstraftäter Folgendes festhalten: Die Einteilung in dissozial wurde durch die Befunde gestützt, dass diese Untergruppe bei Erstdelinquenz wie auch beim Sexualdelikt jünger als die nicht Dissozialen waren. Zu einem signifikant gewordenem Ausmaß wandten jene exzessive Gewalt beim sexuellen Übergriff an, was sich sowohl mit Befunden des Vergleichs schizophrener und nicht schizophrener Täter der eigenen Untersuchung deckte als auch zu Befunden zum Einfluss dissozialer Persönlichkeitszüge auf das Sexualdelikt (Knight und Prentky, 1990) passte. Die Dissozialen empfanden weniger Gefühle für das Opfer, waren vor der Tat weniger auf sexuelle Weise enthemmt und begingen zusätzlich zum Sexualdelikt weitere Delikte wie Eigentumsdelikte (siehe Tab.24 im Abschnitt 4.3.2 des Ergebnisteils). Bei dieser Untergruppe schien es so, als ob dissoziale eher als sexuelle Motivationen zu dem sexuellen Übergriff geführt haben. Die nicht dissoziale Gruppe überwältigte bemerkenswerter Weise ihre Opfer erst nach Schizophreniebeginn. Bei diesen könnte vermutet werden, dass neben anderen Faktoren, die Krankheit einen Einfluss auf die sexuelle Devianz ausgeübt hatte (Smith und Taylor, 1999a). Darüber hinaus gab es in der nicht dissozialen Gruppe wenig Vordelikte und zusätzlich zum Sexualdelikt kein weiteres Delikt. In Zusammenhang mit der Tatsache, dass viele Männer sexuelle Enthemmung vor der Tat sowie Gefühle für das Opfer angaben, konnte für diese Gruppe ein eher sexuell motiviertes Handeln gemutmaßt werden.

5.3.3 Ergebnisdiskussion zu abhängigen vs. nicht abhängigen schizophrenen Sexualstraftätern

In die substanzabhängige Gruppe fielen diejenigen Schizophrenen, die zusätzlich zur Erstdiagnose der Schizophrenie eine Diagnose der Abhängigkeit von Alkohol, psychotropen

Substanzen oder mehreren Substanzen zusammen hatten. Die Anzahl betrug 11 Männer vs. 21 nicht abhängige Schizophrene. Die nicht Abhängigen begingen häufiger den Tatbestand der Vergewaltigung/Sexuellen Nötigung mit Todesfolge. Vor der Tat waren die meisten Abhängigen sexuell enthemmt, überfielen entgegen der Befunde zu schizophrenen Sexualstraftätern von Smith (2000b) bekannte und unbekannte Opfer gleichermaßen zu keiner spezifischen Tageszeit gehäuft, verteilt über die ganze Woche und vorwiegend „drinnen“. Dabei gingen sie wenig zielgerichtet vor, was Befunden von Craissati und Hodes (1992) zum chaotisch ungeplanten schizophrenen Sexualstraftäter entsprach. Die Opfer der nicht abhängigen Gruppe waren den Tätern gemäß bisheriger Befunde von Smith (2000b) hauptsächlich unbekannt, dennoch wurden die Taten entgegen der Befunde von Smith (2000b) überwiegend „drinnen“ begangen. Die Tatzeit war vor allem unter der Woche und tagsüber, entsprechend der Befunde von Smith (2000b) zu schizophrenen Sexualstraftätern, bei 2 Tätern erstreckte sich diese auch über den ganzen Tag. Die wenigsten erschienen vor der Tat sexuell enthemmt. Signifikante Unterschiede zeigten sich im Ausmaß der Gewaltanwendung, bei dem die nicht abhängigen Männer dem Opfer signifikant häufiger exzessive Gewalt zufügten als die abhängigen. Dieser Unterschied stand im Gegensatz zu Befunden von Smith (2000b), deckte sich aber mit Befunden zu nicht schizophrenen Sexualstraftätern, die exzessivere Gewalt bei Unbekannten anwendeten (Bownes et al., 1991). Darüber hinaus waren die meisten nicht Abhängigen ebenfalls dissozial (siehe Tab. 25 im Abschnitt 4.3.3 des Ergebnisteils).

Insgesamt stellten sich die Ergebnisse zur substanzabhängigen Gruppe doch etwas überraschend dar, da Substanzabhängigkeit häufig mit Dissozialität einhergeht (z.B. Smith und Newman, 1990). Die Befunde, die weiterhin auf dissoziale Persönlichkeitszüge deuten würden, wie die exzessive Gewaltanwendung, fanden sich in der substanzabhängigen Gruppe kaum. Die substanzabhängigen Schizophrenen wirkten bei ihrer Tat impulsiv, spontan handelnd und demnach auch wahllos in ihrer Opferauswahl. Dies entspräche am ehesten dem ungeplant handelnden, chaotischen schizophrenen Täter, der wenig Gewalt bei den Taten anwendet (Craissati und Hodes, 1992). Die nicht abhängigen Schizophrenen hingegen fügten sich eher in die von Smith (2000b) beschriebenen Ergebnisse zu schizophrenen Tätern ein. Sie überfielen hauptsächlich unbekannte Opfer wochentags und tagsüber, was auf den Einfluss der Krankheit bzw. der damit einhergehenden sozialen Desintegration und Isolation schließen ließ. Abweichend davon verhielt sich die exzessive Gewaltanwendung bei der Tat, die aber im Einklang mit Ergebnissen zur Überwältigung unbekannter Opfer durch nicht kranke Täter stand und zu der Zugehörigkeit der meisten nicht Abhängigen zur Gruppe der dissozialen Schizophrenen passte.

5.3.4 Ergebnisdiskussion zu sadistischen vs. nicht sadistischen Sexualstraftätern

An die Ergebnisdiskussion für die sadistische Gruppe wird die Ergebnisdiskussion der Forschungsfragen 6, also die der Hypothesen 14 und 15 angeschlossen. Der Gruppe der sadistischen Schizophrenen wurden diejenigen Männer zugeordnet, die zum Tatzeitpunkt eine sadistisch bzw. aggressiv deviante sexuelle Fantasie aufwiesen. 9 schizophrene Täter hatten zum Tatzeitpunkt sadistische sexuelle Fantasien, die übrigen 23 Männer hatten entweder keine oder nicht sadistische Fantasien. Den Tatbestand der Vergewaltigung/Sexuellen Nötigung mit Todesfolge begingen überwiegend die sadistischen schizophrenen Täter. Das Tatverhalten stimmte in beiden Gruppen überwiegend überein. So waren die Taten geplant, ereigneten sich wochentags an unbekanntem Opfern, wobei die Interaktion vorwiegend unpersönlich war (entsprechend der Befunde von Smith, 2000b). Die meisten nicht sadistischen Täter befanden sich in einer nicht psychotischen Phase der Schizophrenie wie der Großteil der Stichprobe von Craissati und Hodes (1992), wohingegen über die Hälfte der sadistischen Täter entsprechend Befunden von Smith (1999a) psychotisch und zusätzlich sexuell enthemmt waren. Der Tatablauf stimmte bis auf die zielgerichtete Tat mit Ergebnissen von Craissati und Hodes (1992) überein, die in ihrer Untersuchung schizophrene Täter fanden, die durch einen Rückfall in eine psychotische Episode impulsartig und ungeplant ihre Opfer überfielen. Auffälligster Unterschied zwischen den Gruppen war die exzessive Gewalt, die durch die sadistischen Täter wie auch schon durch die dissozialen und nicht abhängigen Schizophrenen angewendet wurde. Dies deckte sich mit Ergebnissen zu nicht psychotischen Sexualstraftätern (Bownes, 1991) und stand entgegen denen zu schizophrenen Tätern (Smith, 2000b) (siehe Tab.26 im Abschnitt 4.3.4 des Ergebnisteils). Die meisten sadistischen Täter gehörten, wie auch schon die nicht Substanzabhängigen, überzufällig häufig der Gruppe der Dissozialen an.

Die Hypothese 14, die besagte, dass es einen Zusammenhang zwischen Kindheitsvariablen und dem Vorhandensein sadistisch abweichender sexueller Fantasien gibt, konnte statistisch als überwiegend nicht bestätigt angesehen werden. Wie aus Tab. 27 (im Abschnitt 4.3.4 des Ergebnisteils) ersichtlich ist, wies aufgrund der Häufigkeiten ein Großteil der sadistischen Schizophrenen in ihrer Kindheit im Vergleich zu den nicht sadistischen soziale Isolation, disziplinarische Schwierigkeiten, fehlende Mutter-Kind-Beziehung auf und erfuhr Gewalt zwischen den Eltern und gegen sich. Die Gewalt gegen das Kind erreichte sogar das Signifikanzniveau. Dieser signifikante Befund deckte sich mit Befunden von Adams et al. (1995), die in der Untersuchung von psychisch kranken Jugendlichen mit und ohne sexuell abweichendem Verhalten einen signifikanten Zusammenhang zwischen Gewalterfahrung als

Kind und sexueller Delinquenz fanden. Die übrigen Kindheitsvariablen wie Delikte in der Kindheit, psychiatrische Kontakte sowie auch sexueller Missbrauch und deviantes Sexualverhalten traten entgegen bisheriger Befunde zu nicht kranken Sexualstraftätern (Adams et al., 1995; Lee et al., 2002) in der eigenen Stichprobe selten oder gar nicht auf. Für einige der untersuchten Kindheitsvariablen könnte gemutmaßt werden, dass diese und somit bestimmte problembehaftete Kindheitserfahrungen und -beziehungen zu späteren sexuell abweichenden Fantasien und Handeln beigetragen haben (Smith, 1999a). Die Hypothese 15, dass es einen deutlichen Zusammenhang zwischen sozialer Isolation und sexuell deviantem Verhalten in der Kindheit mit im Erwachsenenalter vorhandenen sadistischen Fantasien gäbe, konnte so nicht bestätigt werden. Es gab zwar ein hohes Maß an sozialer Isolation seitens der sadistischen Schizophrenen, allerdings kaum sexuell abweichendes Verhalten in der Kindheit. Die Interpretation von Smith (1999a) für derartige Zusammenhänge könnte in abgewandelter Form auch für die eigene Stichprobe zutreffen: So könnte die Erfahrung von Gewalt am eigenen Körper in Kombination mit sozialer Isolation zu sexuell devianten sadistischen Fantasien im Erwachsenenalter geführt und letztlich zu deren Umsetzung in die Tat beigetragen haben. Zusammenfassend ließ sich für die sadistische Gruppe festhalten, dass sie ein hohes Maß an exzessiver Gewalt bei ihren Taten anwendeten, was auch mit ihrer Gewalterfahrung in der Kindheit zusammenhängen könnte, die sie im Vergleich zu nicht sadistischen Schizophrenen signifikant häufiger erfahren hatten. Zusätzlich könnte dieser Befund mit der Tatsache erklärt werden, dass die Sadistischen auch der Gruppe der Dissozialen zugeordnet werden konnten, die ja ebenfalls exzessive Gewalt bei den Taten anwendeten. Es schien ebenfalls einen Zusammenhang zwischen weiteren Kindheitsvariablen entsprechend Befunden zu nicht kranken (Lee, 2002) und kranken Sexualstraftätern (Adams et al., 1995; Smith, 1999a) und dem Vorherrschen sadistischer sexueller Fantasien zum Tatzeitpunkt zu geben. Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ergaben sich für diese Stichprobe entsprechend Befunden von Adams et al. (1995) zu psychisch kranken Jugendlichen in Bezug auf die Gewalt gegen das Kind.

5.3.5 Zusammenfassung der Ergebnisdiskussion für die Untergruppen der schizophrenen Sexualstraftäter und Einordnung in bestehende Typologien

Es erfolgt die Diskussion der Befunde zu den Untergruppen der Schizophrenen mit bereits bestehenden Typologien zu schizophrenen Sexualstraftätern von Drake und Pathé (2004) und Smith (2000a). Dafür werden die in der Literatur beschriebenen Subgruppen zunächst genauer angesehen. Drake und Pathé unterteilten die Gruppe der Schizophrenen in 4 Untergruppen: Als

erste Gruppe nannten sie die Schizophrenen mit einer präexistenten Paraphilie. Bei diesen deckt sich die sexuelle Devianz nach Krankheitsbeginn meist mit prämorbidem Paraphiliemustern. Für kurze Zeit kann die Krankheit durch ihre disinhibierenden Effekte oder ihre Positivsymptomatik das deviante Verhalten noch verschlimmern oder das paraphile Verhalten wegen verminderter Libido eindämmen. Durch das Missverhältnis zwischen sexuellen Bedürfnissen und dem mit der Krankheit einhergehenden sexuellen wie sozialen Unvermögen, können paraphile Neigungen überakzentuiert werden. Als zweite Gruppe definierten sie die Gruppe, deren sexuelle Devianz durch die Schizophrenie oder deren Behandlung zustande kam. Die positive Symptomatik kann das Auftreten von sexuell abweichendem Verhalten direkt beeinflussen. Sexuell unangemessene Gedanken und Verhaltensweisen werden enthemmt. Im Vergleich zu denen mit einer präexistenten Paraphilie erscheint das sexuell deviante Verhalten vielfältiger und opportunistischer. Die Personen erfahren einen zunehmenden Persönlichkeitszerfall. Sozialer Rückzug, Mangel an Willenskraft und kognitive Einbußen führen zu einer Unfähigkeit der Person, sexuelle Bedürfnisse in einer sozial angemessenen Weise zu äußern und erhöhen somit das Risiko für inadäquates Verhalten. Die dritte Gruppe machte die Schizophrenen mit dissozialen Persönlichkeitszügen aus, die bereits vor der Schizophrenie bestanden haben. Die sexuelle Übergriffigkeit ist Ausdruck eines tätlichen Angriffs auf den Körper, wobei eine paraphile Komponente fehlt. Die vierte und letzte Gruppe stellte diejenigen mit anderen Faktoren wie kognitive Einbußen durch dementielle Prozesse dar bzw. diese, die zusätzlich zu den genannten Gruppenmerkmalen noch Substanzmittelmissbrauch betrieben. Smith (2000a) definierte 6 Untergruppen, die wie folgt beschrieben wurden: Der opportunistische Typ stellt einen chronisch Schizophrenen dar, der chaotisch lebt, keine stabilen sozialen Beziehungen aufweist, Substanzmittelmissbrauch betreibt, Delikte der Beschaffungskriminalität begeht, keine abweichenden sexuellen Fantasien hegt und keine vorherigen Sexualdelikte begangen hat. Der pervers aggressive Typ ist ebenfalls chronisch schizophren und weist instabile Beziehungen auf. Bereits als Jugendlicher trat er strafrechtlich in Erscheinung und begeht im Erwachsenenalter zahlreiche Gewaltverbrechen, wobei er auch in Partnerschaften gewalttätig ist. Er betreibt Alkoholmissbrauch. Der sexuell motivierte offen sadistische Typ ist ebenfalls chronisch schizophren mit einer zusätzlichen Paraphilie und Eigentumsdelikten in der Vorgeschichte. Er hegt sexuell deviante Fantasien, die seit der Jugend bestehen. Stabile Partnerschaften mit Frauen fehlen. Bei den Taten wendet er exzessive Gewalt an. Der sexuell motivierte verdeckt sadistische Typ unterscheidet sich von dem eben genannten nur durch das Fehlen exzessiver Gewaltanwendung. Der sexuell motivierte nicht sadistische Typ ist gekennzeichnet durch erhebliche Einbußen im sozialen wie sexuellen Funktionieren, die bereits in der Kindheit durch

Vernachlässigung bestanden. Strafrechtlich in Erscheinung ist er durch kleinere gelegentliche Straftaten getreten. Die sexuelle Frustration schlägt sich im psychotischen Erleben nieder. Der rachsüchtige Typ zeichnet sich durch eine mangelnde Eltern-Kind Beziehung und durch soziale Isolation in der Kindheit aus, die zu instabilen sexuellen Beziehungen mit zunehmender gewalttätiger Übergriffigkeit gegenüber weiblichen Partnern führt.

Wie an den beschriebenen Unterteilungen gesehen werden kann, lagen die Schwerpunkte der Typenbeschreibungen auf unterschiedlichen Merkmalen. Dies betraf auch die eigene Untersuchung, die als Schwerpunkt der Unterscheidung zwischen den einzelnen Subtypen der schizophrenen Sexualstraftäter tatrelevante Merkmale und Tatverhalten gewählt hatte. Aus diesem Grunde war eine absolute Übereinstimmung zwischen den Typen der verschiedenen Studien schwer zu finden. Es wurde versucht, die eigenen Typen den in der Literatur beschriebenen anhand der meisten übereinstimmenden Merkmale zuzuordnen.

Die sadistischen Täter in der eigenen Untersuchung fielen durch die bei der Tat angewendete exzessive Gewalt und die vor der Tat bestehende sexuelle Enthemmung auf. Außerdem wiesen sie Defizite in der Kindheit und hierbei signifikant häufiger Gewalterfahrungen in der Kindheit auf. Die sadistischen Täter waren demnach dem von Smith (2000a) beschriebenen rachsüchtigen Typ am ähnlichsten. Die substanzabhängigen Täter der eigenen Untersuchung zeichneten sich durch eine vorwiegend wochentags ungeplante Tatausführung bei sexueller Enthemmung, bekannte und unbekannte Opfer gleichermaßen überfallend und wenig Gewaltanwendung ausübend aus. Sie könnten am ehesten dem opportunistischen Typen von Smith (2000a) zugeordnet werden. Die dissozialen Täter waren sowohl bei Erstdelinquenz als auch bei dem Sexualdelikt jünger als die nicht dissozialen, begingen das Sexualdelikt an unbekanntem Opfern, denen sie exzessive Gewalt antaten und wenig Gefühle entgegen brachten. Somit entsprachen die dissozialen Täter der eigenen Untersuchung in einigen Punkten dem dissozialen Typen von Drake und Pathé (2004). Die Zuordnung der psychotischen Täter gestaltete sich etwas schwieriger. Diese Gruppe überfiel zielgerichtet unbekannte wie bekannte Opfer wochentags, wobei sie exzessive Gewalt anwendeten. Signifikant häufig zeigten sie bizarres Verhalten während der Tat. Sie stimmten in vielerlei Hinsicht mit dem sexuell motivierten nicht sadistischen Typen von Smith (2000a) überein, allerdings zeigte sich dabei das exzessive Ausmaß an Gewalt nicht hinreichend berücksichtigt. Am ehesten ließen sich die psychotischen Täter, wie auch schon in der Diskussion dieser Gruppe erwähnt, der Gruppe des integrierten psychotischen Täters nach Taylor (1993) zuordnen.

5.4 Kritische Würdigung der eigenen Untersuchung und Forschungsanstöße

Auffälligster Kritikpunkt an der eigenen Untersuchung stellten die zahlreich erhobenen Kategorien bzw. Variablen dar. Es wurden sämtliche Kategorien mitsamt deren Unterkategorien berücksichtigt und in die Untersuchung miteinbezogen, die bisher im internationalen Bereich untersucht worden waren. Trotz der Fülle der erhobenen Daten konnte in der vorliegenden Arbeit nur eine hypothesenbezogene Auswahl berücksichtigt werden, was dazu geführt haben könnte, dass wichtige andere Ergebnisse nicht zutage treten und diskutiert werden konnten. Wie aus dem Erhebungsbogen im Anhang A ersichtlich ist, wurden die meisten Kategorien in zahlreiche Unterkategorien ausdifferenziert, die mittels des statistischen Verfahrens so oftmals nicht auszuwerten waren, da die für die Anwendung des Tests benötigte Fallzahl unterschritten wurde, die Testvoraussetzungen somit nicht gegeben waren. Aus diesem Grunde wurde bereits im Ergebnisteil dieser Arbeit darauf hingewiesen, dass Unterkategorien zur statistischen Überprüfbarkeit zusammengefasst wurden. Dies hätte bereits bei dem größten Anteil der Kategorien vorab geschehen können. Die Bildung von größeren Unterkategorien erfolgte nur nach Prüfung der inhaltlichen Logik und aufgrund klar definierter Kriterien, so dass es unwahrscheinlich erschien, dass durch dieses nachträgliche Zusammenfassen wichtige Ergebnisse verzerrt worden sind. Für zukünftige Studien sollte dies allerdings berücksichtigt und wenn möglich vermieden werden. Die Fülle Daten könnte darüber hinaus dazu geführt haben, dass viele Aspekte zwar dargestellt, aber nicht im Detail besprochen und mit bestehenden Ergebnissen in Zusammenhang gebracht wurden. Die vielen Ausprägungen der einzelnen Kategorien sowie auch die Unterteilung der Gruppe der schizophrenen Sexualstraftäter zog eine beträchtliche Anzahl an statistischen Überprüfungen möglicher Effekte nach sich, was bei signifikanten statistischen Ergebnissen in 5% der Fälle ein Zufallsereignis darstellen könnte. Deshalb würde es sich anbieten, die Ergebnisse der eigenen Untersuchung, die sich als signifikant herausgestellt haben, in einer anderen Studie mit einer anderen Stichprobe zu überprüfen. Des weiteren wäre es für Folgestudien ratsam, sich auf die Replikation einzelner Aspekte zu schizophrenen Sexualstraftätern zu beschränken, um innerhalb dieses gewählten Gebietes, z.B. zu Einbußen in der sozialen und sexuellen Funktion, übereinstimmende oder abweichende Ergebnisse ausführlicher darstellen und diskutieren zu können. Die Fokussierung auf einzelne Aspekte sollte sowohl die Auswahl und Untersuchung einzelner Merkmale als auch die Auswahl der Erhebungsform betreffen. Es könnten aussagekräftigere Ergebnisse mittels Fragebögen, psychometrischer Instrumente oder Schätz (Rating-)skalen erhoben werden. Das damit einhergehende höhere Skalenniveau in Form von intervallskalierten Daten würde die

Anwendung differenzierterer statistischer Analyseverfahren ermöglichen. So könnten beispielsweise soziale, sexuelle und kognitive Einbußen mittels psychometrischer Instrumente, ähnlich der Untersuchung von Sahota und Chesterman (1998b) für z.B. schizophrene und dissoziale Sexualdelinquenten erfasst werden, um Unterschiede oder Gemeinsamkeiten zu überprüfen. Ein Vergleich zwischen schizophrenen Sexualdelinquenten und schizophrenen Gewalttätern erscheint sinnvoll, um spezifische Motive für sexuelle Übergriffigkeit heraus zu arbeiten. Diese Unterschiede könnten entsprechend der Untersuchung von Taylor (1985) zu Motiven schizophrener Gewalttäter erfolgen, die als Messinstrument Interviews anwendete. An einer größeren Stichprobe könnten in einem Vier-Gruppen-Design gruppenspezifische Motivationen und Merkmale für sowohl gewalttätiges als auch sexuell übergriffiges Verhalten überprüft werden. Denkbar wäre die Untersuchung der Gruppe der dissozialen Täter mit und ohne Sexualdelikt und der schizophrenen Täter mit und ohne Sexualdelikt. Qualitative Untersuchungen würden sich für die Untersuchung von Subtypen von schizophrenen Sexualstraftätern anbieten. So könnte die anhand explorativer Daten erfolgte Einteilung der eigenen Untersuchung in einen psychotischen, dissozialen, abhängigen und sadistischen Typen überprüft werden, ebenfalls deren Übereinstimmung mit den aus der Literatur in Zusammenhang gebrachten Typen sowie einzelne Merkmale wie z.B. die Gewalt, bizarre Verhaltensweisen oder deviante Fantasien bei der Tat weiter ausdifferenziert werden. Psychosexuelle Variablen und Kindheitsvariablen wurden bei nicht kranken Sexualstraftätern als die sexuelle Devianz beeinflussende Faktoren gefunden. Befunde von Smith, Sahota und Chesterman sowie der eigenen Untersuchung legten auch bei (sadistisch) schizophrenen Sexualstraftäter einen vergleichbaren Einfluss nahe. So könnten psychosexuelle und Kindheitsvariablen neben Tatmerkmalen sowohl der Unterscheidung von Subtypen schizophrener Täter, als auch der Einordnung der Bedeutung der Sexualstraftat im Leben eines Schizophrenen dienlich sein. Für diesen komplexen Untersuchungsgegenstand wäre am ehesten eine Fallstudie geeignet. Bei quantitativen Untersuchungen wäre es sinnvoll, die Stichproben so groß wie möglich zu wählen, um die Teststärke und die Aussagekraft der Ergebnisse zu erhöhen. Ein weiterer Kritikpunkt der eigenen Untersuchung war die Hypothesentestung zu neurokognitiven Einbußen und Einbußen in der ausführenden Funktion, die lediglich deskriptiv in der eigenen Untersuchung erfolgen konnte. Es wäre von Forschungsinteresse, die Richtung des Zusammenhangs zweier Variablen aufzeigen zu können. Als Beispiel wäre die Fragestellung zu nennen, ob Einschränkungen in der ausführenden Funktion zu Impulsivität und diese wiederum zu sexuell übergriffigem Verhalten führen kann oder ob die Richtung eine andere ist. Durch die Wahl eines höheren Skalenniveaus würde diese Frage, wie oben erläutert, bereits besser geklärt werden können. Ein weiterer Punkt,

der nicht außer Acht gelassen werden darf, ist die Tatsache, dass in der eigenen Stichprobe der schizophrenen Täter eine große Untergruppe der Stichprobe von Smith und Taylor, nämlich die der schizophrenen Täter mit vorherigem Sexualdelikt, fehlte. Um bestehende Ergebnisse überprüfen und diese Gruppe von schizophrenen Tätern in weiteren Studien berücksichtigen zu können, erscheint eine Herausfilterung dieser Untergruppe durch den methodischen Prozess der Stichprobenparallelisierungen bzw. des Matchings bezüglich früherer Sexualdelikte als sinnvoll. Wie anhand der Kritikpunkte und Forschungsanstöße ersichtlich geworden sein sollte, wurden durch die eigene Untersuchung eine Vielzahl von Ergebnissen zu schizophrenen Sexualstraftätern, zu Unterschieden zwischen schizophrenen und nicht schizophrenen Sexualdelinquenten sowie explorative Ergebnisse zu vier Subtypen der schizophrenen Täter erstmals im deutschsprachigen Raum erhalten. Diese gingen meist nicht konform mit bisherigen internationalen Forschungsergebnissen, waren diesen sogar entgegen gesetzt. Zu bedenken wäre darüber hinaus, dass eine derartige Vergleichsstudie zu schizophrenen und nicht schizophrenen Sexualdelinquenten bisher auch international fehlte. Das Aufgezeigte sollte als Forschungsanstöß für weitere Folgestudien erst einmal genügen.

Die in der Einleitung gestellten Fragen könnten aufgrund der eigenen Befunde folgendermaßen beantwortet werden: Obwohl sich schizophrene und nicht schizophrene Sexualstraftäter hinsichtlich zahlreicher Tatmerkmale ähnelten, wurden doch signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gefunden. Während des sexuellen Übergriffs fielen die schizophrenen Täter durch die Anwendung von exzessiver Gewalt und das Zeigen bizarrer Verhaltensweisen auf. Ungeplant agierend und somit unberechenbarer als die nicht kranke Vergleichsgruppe erschienen sie nicht. Unterschiede innerhalb der Gruppe der schizophrenen Täter konnten ebenfalls gezeigt werden. So wandten dissoziale wie nicht substanzabhängige schizophrene Sexualdelinquenten vermehrt exzessive Gewalt bei der Tat an. Akut psychotische Symptome drückten sich bei den psychotischen schizophrenen Tätern in Form bizarrer Verhaltensweisen aus. Sadistische schizophrene Täter hatten eine Vorgeschichte von Gewalt in der Kindheit, die einen Zusammenhang mit sadistischer sexueller Fantasie und dem Sexualdelikt vermuten ließ. Anhand der Tatmerkmale und des Tatverhaltens auf den psychischen Zustand des Täters schließen zu können, erscheint aufgrund der eigenen Ergebnisse als kaum möglich, außer der schizophrene Täter wäre zusätzlich akut psychotisch oder dissozial.

6 ZUSAMMENFASSUNG

Bei der Frage zum Zusammenhang einer schizophrenen Erkrankung mit Gewalttaten finden sich international zahlreiche, zum Zusammenhang mit Sexualstraftaten nur wenige Studien im internationalen und bislang keine im deutschsprachigen Raum. Die aussagekräftigsten Studien im englischsprachigen Raum wurden von der Forschergruppe um Smith und Taylor in den Jahren 1999 und 2000 publiziert. Untersucht wurden neben dem Einfluss der Positivsymptomatik der Schizophrenie zahlreiche Faktoren wie sexuelle und soziale Einbußen, sexuell deviante Fantasien, psychosexuelle Variablen und eine defizitäre Kindheit, die mit Sexualstraftaten nicht kranker Täter assoziiert werden. Die Ergebnisse deuten einen komplexen Zusammenhang dieser Faktoren mit dem Begehen von sexuellen Übergriffen schizophrener Täter an. Die eigene Untersuchung hatte zum Ziel, mittels der Methode der Inhaltsanalyse, schizophrene und nicht schizophrene Sexualstraftäter bezüglich bereits untersuchter Einflussfaktoren sowie Tatmerkmalen und Tatverhalten zu vergleichen. Darüber hinaus erfolgte eine Unterteilung der schizophrenen Gruppe in vier Subgruppen, die ihrerseits zu ausgewählten Tatmerkmalen untersucht wurden. Die Ergebnisse der eigenen Untersuchung deuteten auf eine hohe Übereinstimmung der schizophrenen wie nicht schizophrenen Sexualstraftäter bezüglich sozialer und sexueller Einbußen, psychosexueller Variablen und dissozialer Persönlichkeitszüge. Unterschiede zeigten sich im Ausmaß der von den Schizophrenen angewandten exzessiven Gewalt und dem bizarren Verhalten während der Tat. Sämtliche bisherige Ergebnisse zu schizophrenen Sexualstraftätern konnten nicht repliziert werden und zeigten sich teilweise als genau konträr dazu. Unterschiede zwischen den Subtypen der Schizophrenen wurden ebenfalls bei dem Gewaltmaß und bizarren Verhaltensweisen gefunden. Zusätzlich schienen bestimmte Kindheitsvariablen einen Einfluss auf die Entwicklung sadistischer sexueller Fantasien und späterem sexuellen Übergriff zu haben. In dieser Studie zeichnete sich das Bild eines relativ geordneten, sozial defizitären, eher dissozialen schizophrenen Sexualstraftäters, der bei den sexuellen Straftaten exzessive Gewalt, allerdings keine auffallenden sexuellen Praktiken anwendet. Ähnlichkeiten zwischen den Subgruppen zeigten sich für die dissozialen und sadistischen Schizophrenen, Unterschiede ergaben sich mit den zwei weiteren Gruppen der akut psychotischen und substanzabhängigen Täter. Somit kann nicht von einer einheitlichen Gruppe schizophrener Sexualstraftäter ausgegangen werden.

7 LITERATUR

Abracen J, Looman J, Anderson D. Alcohol and drug abuse in sexual and nonsexual violent offenders. *Sexual Abuse* 2000; 12: 263-274.

Adams J, McClellan J, Douglass D, McCurry C, Storck M. Sexually inappropriate behaviours in seriously mentally ill children and adolescents. *Child Abuse and Neglect* 1995; 19(5): 555-568.

AMDP. Das AMDP - System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. 8. Auflage. Göttingen: Hogrefe, 2007.

Amir M. *Patterns in Forcible Rape*. London: University of Chicago in Press, 1971.

Andrews D. The psychology of criminal conduct and clinical criminology. In: Steward L, Stermac L, Webster C. (Hrsg). *Clinical criminology. Towards effective correctional treatment*. Correctional Service of Canada, 1995: 130-150.

Appelbaum PS, Robbins PC, Monahan J. Violence and Delusions: Data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157: 566-572.

Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, et. al. Mental disorders and violence in a total birth cohort. *Archives of General Psychiatry* 2000; 57: 979-986.

Auer U, Schläfke D, Fegert JM. Kriminalprognose und Legalbewährung bei inhaftierten Sexualstraftätern aus Mecklenburg-Vorpommern. Projektbeschreibung. In: Schläfke D, Häßler F, Fegert JM (Hrsg). *Sexualstraftaten. Forensische Begutachtung, Diagnostik und Therapie*. 1. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer, 2005: 159-169.

Becker N. Psychoanalytische Theorie sexueller Perversionen. In: *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Stuttgart, New York: Thieme, 2001: 418-438.

Beier KM. *Dissexualität im Lebenslängsschnitt*. Berlin: Springer, 1995.

Beier KM. Verlaufsformen der Dissexualität. In: Kröber HL, Dale KP (Hrsg). *Sexualstraftaten und Gewaltdelinquenz. Verlauf – Behandlung – Opferschutz*. Heidelberg: Kriminalstatistik, 1998: 71-86.

Beier KM. Prognose von Sexualstraftätern: Empirische Daten und Schlussfolgerungen für die Therapie. In: Osterheider M (Hrsg). *Wie sicher kann Prognose sein? Therapie, Prognose und Sicherheit im Maßregelvollzug*. 17. Eickelborner Fachtagung Forensik 2002. Dortmund: PsychoGen, 2003: 31-51.

Belfrage H. A ten-year follow-up of criminality in Stockholm mental patients. *British Journal of Criminology* 1998; 38:145-155.

Berger P, Berner W, Bolterauer J, Gutierrez K, Berger K. Sadistic personality disorder in sex offenders. *Journal of Personality Disorder* 1999; 13: 175-186.

Berner W. Sexualstraftäterbehandlung – Strategien – Ergebnisse. In: Müller-Isberner R, Gonzales Cabeza S (Hrsg). Forensische Psychiatrie. Schuldfähigkeit – Kriminaltherapie – Kriminalprognose. Giessener Kriminalwissenschaftliche Schriften. Bd. 9. Mönchengladbach: Forum Verlag Godesberg, 1998: 65-79.

Bortz J, Döring N. Forschungsmethoden und Evaluation. 2.Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1995.

Bownes IT, O’Gorman EC, Sayers A. Rape – a Comparison of Stranger and Acquaintance Assaults. *Medical Science and Law* 1991; 31:102-109.

Böker W; Häfner H. Gewalttaten Geistesgestörter: Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Springer, 1973.

Buchanan A, Reed A, Wesseley P, et al. Acting on delusions II. The phenomenological correlates of acting on delusions. *British Journal of Psychiatry* 1993; 163: 77-81.

Bundesanzeiger. Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 6 vom 30.01.1998. URL: <http://www.bgblportal.de/BGBL/bgbl1f/b198006f.pdf>. (19.03.2007).

Bundeskriminalamt Wiesbaden. Polizeiliche Kriminalitätsstatistik, 2005. URL: <http://www.bka.de/pks/pks2005/index2.html> (19.03.2007).

Bundesministerium der Justiz (in Zusammenarbeit mit der juris GmbH). Strafgesetzbuch. O.J. URL: <http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/stgb/gesamt.pdf>. (19.03.2007).

Chiswick D. Sex crimes. *British Journal of Psychiatry* 1983; 143: 236-242.

Craissati J, Hodes P. Mentally ill sex offenders: the experience of a regional secure unit. *British Journal of Psychiatry*, 1992; 161 (12): 846-849.

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien. 5. Auflage. Bern: Huber Verlag, 2004.

Drake CR, Pathé M. Understanding sexual offending in schizophrenia. *Criminal Behaviour and Mental Health* 2004; 14 (2): 108-120.

DSM-III-R. Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen. Weinheim, Basel: Beltz, 1989.

Früh W. Inhaltsanalyse. Theorie und Praxis. 5. Auflage. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft, 2001.

GESIS. Internationale Standardklassifikation der Berufe (ISCO-88-COM), 1988. URL: <http://www.gesis.org/Dauerbeobachtung/GML/Daten/MZ/allgemein/isco88com.pdf>. (06.04.2007).

Green MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry* 1996; 153: 321-324.

Grubin DH, Gunn J. The Imprisoned Rapist and Rape. London (private circulation). Department of Forensic Psychiatry, Institute of Psychiatry, 1990.

Hall GCN, Hirschman R. Toward a theory of sexual aggression: a quadripartite model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991; 59: 662-669.

Heads TC, Taylor PJ, Leese M. Childhood Experiences of Patients with Schizophrenia and a History of Violence: a Special Hospital Sample. *Criminal Behaviour and Mental Health* 1997; 7: 117-130.

Henn FA, Herjanic M, Vanderpearl RH. Forensic Psychiatry: Profile of two types of sex offenders. *American Journal of Psychiatry* 1976; 33 (6): 694-696.

Hodgins S, Côté G. The criminality of mentally disordered offenders. *Criminal Justice and Behavior* 1993; 28:115-129.

Hodgins S, Hiscoke UL, Freese R. The Antecedents of Aggressive Behavior Among Men with Schizophrenia: A Prospective Investigation of Patients in Community treatment. *Behavioral sciences & the law* 2003; 21: 523-546.

Hodgins, S, Janson CG. Criminality and violence among the mentally disordered: The Stockholm Metropolitan Project. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2002.

Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, et.al. Mental disorder and crime. *Archives of General Psychiatry* 1996; 53:489-496.

Johnston R, Planansky K. Schizophrenia in men: the impact on their wives. *Psychiatry Quarterly* 1968; 42: 146-155.

Knight RA, Prentky RA. Classifying sexual offenders: the development and corroboration of taxonomic models. In: Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE (Hrsg). *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment for the Offenders*. New York: Plenum Press 1990: 23-52.

Knopp FH, Stevenson WF. *Nationwide Survey of Juvenile and Adult Sex Offender Treatment Program and Models, Safer Society Program*. New York: Safer Society Press, 1983.

König C, Schnoor K, Auer U, Rebernig E, Schläfke D, Fegert JM. Modellprojekt forensisch-psychiatrischer Gutachtertätigkeit in Mecklenburg-Vorpommern bei Sexualdelikten. Qualitätsanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Prognose. In: Schläfke D, Häbler F, Fegert JM (Hrsg). *Sexualstraftaten. Forensische Begutachtung, Diagnostik und Therapie*. 1.Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer, 2005: 57-76.

Krakowsky M, Volavka J, Brizer D. Psychopathology and violence: a review of literature. *Comprehensive Psychiatry* 1986; 27: 131-148.

Kurtz MM, Moberg PJ, Gur RC, Gur RE. Approaches to cognitive remediation of neuropsychological deficits in schizophrenia: a review and meta-analysis. *Neuropsychological Review* 2001; 11: 197-210.

- Lee JKP, Jackson HJ, Pattison P, Ward T. Developmental risk factors for sexual offending. *Child Abuse and Neglect* 2002; 26: 73-92.
- Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and crime: A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *British Journal of Psychiatry* 1990; 157: 345-350.
- Link BG, Stueve A, Phelan JC. Psychotic symptoms and violent behaviours: Probing the components of "threat/control-override" symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998; 33: 55-60.
- Marshall WL, Barbaree HE. An integrated theory of the etiology of sexual offending. In: Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE (Hrsg). *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories and Treatment of the Offender*. New York: Plenum Press, 1990: 257-275.
- Marshall WL, Hudson SM, Jones R, Fernandez Y. Empathy in sex offenders. *Clinical psychological review* 1995; 15: 99-113.
- Money J. Paraphilias. In: Money J, Musaph H (Hrsg). *Handbook of Sexology*. Amsterdam, London, New York: Excerpta Medica, 1977: 917-928.
- Money J. Lovemaps. Clinical concepts of sexual/erotic health and pathology, paraphilia, and gender transposition in childhood, adolescence, and maturity. New York: Irvington Publishers, 1986.
- Morgenthaler F. Die Stellung der Perversion in Metapsychologie und Technik. *Psyche* 28, 1974: 1077-1089.
- Müller-Isberner R. Ein differenziertes Behandlungskonzept für den therapeutischen Maßregelvollzug. Organisationsformen und methodische Aspekte. In: Wagner E, Werdenich W. (Hrsg). *Forensische Psychotherapie*. Wien: Facultas Universitätsverlag, 1998; 197-209.
- Murray JB. Psychological profile of pedophiles and child molesters. *Journal of Psychology* 2000; 134: 211-224.
- Pfäfflin F. Sexualstraftaten. In: Foerster K (Hrsg). *Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen*. 4. Auflage. München: Urban & Fischer bei Elsevier, 2004: 275-302.
- Phillips SL, Heads TC, Taylor PJ, Hill GM. Sexual offending and antisocial sexual behaviour among patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999; 60: 170-174.
- Rehder U. Klassifizierung inhaftierter Sexualdelinquenten. 1. Teil: Wegen Vergewaltigung und Sexueller Nötigung Erwachsener Verurteilte. *Monatsschrift Kriminologie* 1996a; 79: 291-304.
- Rada RT (Hrsg). *Clinical Aspects of the Rapist*. New York: Grune and Stratton, 1978.
- Rasch W, Konrad N. (Hrsg). *Forensische Psychiatrie*. 3. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 2004.

Rehder U. Sexualstraftäter, Klassifizierung und Prognose. In: Rehn G, Wischka B, Lösel F, Walter W (Hrsg). Behandlung gefährlicher Straftäter. Herbolzheim: Centaurus, 2001: 81-103.

Robertson G, Taylor PJ. The presence of delusions and violence among remanded male prisoners with schizophrenia. In: Gunn J, Taylor PJ (Hrsg). Forensic psychiatry: Clinical, ethical and legal issues. Oxford. Heinemann-Butterworth, 1993: 338-339.

Sahota K, Chesterman P. Sexual offending in the context of mental illness. Journal of Forensic Psychiatry 1998a; 9: 267-280.

Sahota K, Chesterman P. Mentally ill sex offenders in a regional secure unit. II: cognitions, perceptions and fantasies. Journal of Forensic Psychiatry 1998b; 9 (1): 161-172.

Saß H, Wittchen HU, Zaudig M. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. 2.Auflage. Göttingen: Hogrefe, 1994.

Schnell R, Hill PB, Esser E. Methoden der empirischen Sozialforschung. 2. Auflage. Oldenburg, München, Wien: R. Oldenbourg, 1989.

Schorsch E, Galedary G, Haag A, Hauch M, Lohse H. Perversion als Straftat. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1985.

Smith AD. Aggressive sexual fantasy in men with schizophrenia who commit contact sex offences against women. Journal of Forensic Psychiatry 1999a; 10 (3): 538-552.

Smith AD. Inpatient management of men with schizophrenia who commit serious sexual offences. Psychiatric Bulletin 1999b; 22:358-360.

Smith AD. Motivation and psychosis in schizophrenic men who sexually assault women. Journal of Forensic Psychiatry 2000a; 11 (1): 62-73.

Smith AD. Offence characteristics of psychotic men who sexually assault women. Medical Science and Law 2000b; 40 (3): 223-228.

Smith AD, Taylor PJ. Serious sex offending against women by men with schizophrenia: the relationship of illness and psychotic symptoms to offending. British Journal of Psychiatry 1999a; 174: 233-237.

Smith AD, Taylor PJ. Social and sexual functioning in schizophrenic men who commit serious sex offending against women. Criminal Behaviour and Mental Health 1999b; 9: 156-167.

Smith SS, Newman JP. Alcohol and drug abuse-dependence disorders in psychopathic and nonpsychopathic criminal offenders. Journal of Abnormal Psychology 1990; 99: 430-439.

Stermac L, Du Mont J, Kalemba V. Comparison of sexual assaults by strangers and known assailants in an urban population of women. Canadian Medical Association Journal 1995; 153: 1089-1189.

Stoller RJ. Perversion. Die erotische Form von Haß. Gießen: Psychosozial-Verlag, 1998.

Stransky E. Das Initialdelikt. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1950; 185 (4) : 395-413.

Swanson JW, Hozer CD, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hospital and Community Psychiatry* 1990; 41:761-770.

Swanson JW. Mental disorder, substance abuse and community violence: an epidemiological approach. In: Monahan H, Steadman HJ (Hrsg). *Violence and mental disorder. Developments in risk assessment*. Chicago, London: University of Chicago Press, 1994: 101-136.

Swanson J, Estroff S, Swartz M, et. al. Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: The effects of psychotic symptoms, comorbidity, and lack of treatment. *Psychiatry* 1997; 60: 1-22.

Tardiff K, Sweillam A. Assaultive behaviour among chronic inpatients. *American Journal of Psychiatry* 1982; 139: 212-215.

Taylor PJ. Motives for offending among violent and psychotic men. *British Journal of Psychiatry* 1985; 147: 491-498.

Taylor PJ. Social implications of psychosis. *British Medical Bulletin* 1987; 43 (3): 718-740.

Taylor PJ. Schizophrenia and Crime: Distinctive patterns in association. In: Hodgins S (Hrsg). *Crime and Mental Disorder*. Newbury Park. Sage Publications, 1993: 63-85.

Taylor, P.J., Garety, P., Buchanan, A., Reed, A., Wessely, S., Ray, K., et al. Delusions and violence. In Monahan J, Steadman H (Hrsg). *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment*. London: Chicago University Press, 1994: 183-202.

Taylor PJ, Gunn J. Homicides by people with mental illness: myth and reality. *British Journal of Psychiatry* 1999; 174: 9-14.

Tengström A, Hodgins S, Grann M, Langström N, Kullgren G. Schizophrenia and criminal offending. The role of psychopathy and substance use disorders. *Criminal Justice and Behavior* 2004; 31(4): 367-391.

Tiihonen J, Isohanni M, Räsänen P, Koiranen M, Moring J. Specific Major Mental Disorders and Criminality: A 26-year Prospective Study of the 1996 Northern Finland Birth Cohort. *American Journal of Psychiatry* 1997; 154: 840-845.

Ward T, Hudson SM, Johnston L, Marshall WL. Cognitive distortions in sex offenders: an integrative review. *Clinical Psychology Review* 1997; 17: 479-507.

Ward T, Siegert RJ. Towards a comprehensive theory of childhood sexual abuse: a theory knitting perspective. *Psychology, Crime and Law* 2002; 8: 319-351.

West DJ, Grubin D, Gudjonsson G, Gunn J. Disordered and offensive sexual behaviour. In: Gunn J, Taylor PJ (Hrsg). *Forensic Psychiatry. Clinical, Legal and Ethical Issues*. Oxford: Butterworth Heinemann, 1993: 522-566.

Wetzels P, Pfeiffer C. Sexuelle Gewalt gegen Frauen im öffentlichen und privaten Raum. Ergebnisse der KFN-Opferbefragung 1992. Forschungsbericht des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen e.V. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen, 1995.

Wille R, Kröhn W. Der sexuelle Gewalttäter: Persönlichkeitsstruktur und Therapiemöglichkeiten. In: Müller CF (Hrsg). Schriftenreihe der deutschen Richterakademie. Bd. 6. Heidelberg: Juristischer Verlag, 1990: 87-94.

Yesavage, J.A. Inpatient violence and the schizophrenic patient: An inverse correlation between danger-related events and neuroleptic levels. *Biological Psychiatry* 1982; 17: 1331-1337.

8 ANHANG

8.1 Anhang A Erhebungsbogen

I. Demographische Daten

- A. Alter zum Untersuchungszeitpunkt
- B. Geschlecht
 - (1) Männlich
 - (2) Weiblich
- C. Familienstand
 - (1) Ledig
 - (2) Verlobt
 - (3) Verheiratet zusammenlebend
 - (4) Verheiratet getrenntlebend
 - (5) Geschieden
 - (6) Verwitwet
 - (99) Keine Angabe
- D. Staatsangehörigkeit
 - (1) Deutsch
 - (2) Andere
 - (99) Keine Angabe
- E. Herkunft
 - (1) BRD/Westen
 - (2) Ehemalige DDR
 - (3) Osteuropa
 - (4) Übriges Europa
 - (5) Außerhalb Europa
 - (6) Staatenlos
 - (99) Keine Angabe
- F. Schulbildung
 - (1) Ohne Abschluss
 - (2) Sonderschule
 - (3) Hauptschule
 - (4) Realschule
 - (5) Hochschulreife
 - (99) Keine Angabe
- G. Berufsausbildung
 - (1) Keine
 - (2) Abgebrochen
 - (3) Lehre
 - (4) Fach-/Hochschule
 - (99) Keine Angabe
- H. Beruf
 - (1) Arbeitslos
 - (2) Arbeiter (ungelernt)

- (3) Einfacher Angestellter
- (4) Mittlerer Angestellter
- (5) Leitender Angestellter
- (6) Selbständig
- (99) Keine Angabe

II. Sozialer Hintergrund

A. Familiäre Verhältnisse

1. Anzahl der Geschwister

- (1) Keine
- (2) 1 Bruder
- (3) Nur Brüder
- (4) 1 Schwester
- (5) Nur Schwestern
- (6) Schwestern und Brüder
- (7) Halbgeschwister
- (8) Stiefgeschwister
- (9) Geschwister und Halbgeschwister
- (10) Geschwister und Stiefgeschwister
- (99) Keine Angabe

2. Beruf der Eltern

- (1) Arbeitslos
- (2) Arbeiter
- (3) Einfacher Angestellter
- (4) Mittlerer Angestellter
- (5) Leitender Angestellter
- (6) Selbständig
- (99) Keine Angabe

3. Familienstand der Eltern

- (1) Ledig
- (2) Verheiratet
- (3) Geschieden
- (4) Verwitwet
- (99) Keine Angabe

4. Delinquenz in Primärfamilie

- (1) Nein
- (2) Ja
- (99) Keine Angabe

B. Erziehungsberechtigte

- (1) Leibliche Eltern
- (2) Alleinerziehend
- (3) Stiefvater/Stiefmutter
- (4) Leibliche Mutter und Stiefvater
- (5) Leiblicher Vater und Stiefmutter
- (6) Großeltern
- (7) Pflegeeltern
- (8) Heim
- (99) Keine Angabe

C. Kindheitsvariablen (nach Smith, A.D. 1999a)

1. Soziale Isolation
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
2. Körperliche Aggressivität
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
3. Disziplinarschwierigkeiten
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
4. Verurteilungen/Delikte (jeglicher Art) vor dem 16. Lebensjahr
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
5. Deviantes Sexualverhalten
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
6. Kontakt mit Kinderpsychiater/-psychotherapeuten
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
7. Fehlende Mutter-Kind Beziehung
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
8. Gewalt zwischen den Eltern
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
9. Elterliche Gewalt gegen das Kind
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
10. Sexueller Missbrauch
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe

III. Psychopathologie

- A. Erstdiagnose nach ICD-10
- (0) Nicht zutreffend
 - (1) Paranoide Schizophrenie
 - (2) Hebephrene Schizophrenie
 - (3) Katatone Schizophrenie

- (4) Chronische Schizophrenie
 - (5) Schizoaffektive Psychose
 - (6) Schizophrenieforme Störung
 - (7) Affektive Störungen
 - (8) Persönlichkeitsstörungen
 - (9) Paranoide
 - (10) Schizoide
 - (11) Dissoziale
 - (12) Narzistische
 - (13) Emotional instabile
 - (14) Abhängige
 - (15) Andere
 - (16) Leichte Intelligenzminderung
 - (17) Mittlere Intelligenzminderung
 - (18) Störung der Sexualpräferenz/Paraphilie
 - (19) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen/ Abhängigkeit
 - (20) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
 - (21) Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
 - (22) Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
 - (23) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
 - (24) Andere
 - (99) Keine Angabe
- B. Zweitdiagnose nach ICD-10
- (0) Nicht zutreffend
 - (1) Paranoide Schizophrenie
 - (2) Hebephrene Schizophrenie
 - (3) Katatone Schizophrenie
 - (4) Chronische Schizophrenie
 - (5) Schizoaffektive Psychose
 - (6) Schizophrenieforme Störung
 - (7) Affektive Störungen
 - (8) Persönlichkeitsstörungen
 - (a) Paranoide
 - (b) Schizoide
 - (c) Dissoziale
 - (d) Narzistische
 - (e) Emotional instabile
 - (f) Abhängige
 - (g) Andere
 - (9) Leichte Intelligenzminderung
 - (10) Mittlere Intelligenzminderung
 - (11) Störung der Sexualpräferenz/Paraphilie
 - (12) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen/ Abhängigkeit
 - (13) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
 - (14) Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
 - (15) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
 - (16) Andere

- (99) Keine Angabe
- C. Drittdiagnose nach ICD-10
 - (0) Nicht zutreffend
 - (1) Paranoide Schizophrenie
 - (2) Hebephrene Schizophrenie
 - (3) Katatone Schizophrenie
 - (4) Chronische Schizophrenie
 - (5) Episodische Schizophrenie
 - (6) Schizoaffektive Störung
 - (7) Schizophrenieforme Störung
 - (8) Affektive Störungen
 - (9) Persönlichkeitsstörungen
 - (a) Paranoide
 - (b) Schizoide
 - (c) Dissoziale
 - (d) Narzistische
 - (e) Histrionische
 - (f) Emotional instabile
 - (g) Vermeidende
 - (h) Abhängige
 - (i) Andere
 - (10) Leichte Intelligenzminderung
 - (11) Mittlere Intelligenzminderung
 - (12) Störung der Sexualpräferenz/Paraphilie
 - (13) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen/ Abhängigkeit
 - (14) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
 - (15) Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
 - (16) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
 - (17) Andere
 - (99) Keine Angabe
- D. Psychische Störungen in der Familie
 - (0) Nicht zutreffend
 - (1) Schizophrenie
 - (2) Affektive Störung
 - (3) Persönlichkeitsstörungen
 - (4) Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
 - (5) Paraphilie
 - (6) Schizophrenie und Persönlichkeitsstörung
 - (7) Schizophrenie und Paraphilie
 - (8) Schizophrenie, Pers.keitsstörung und Paraphilie
 - (9) Andere
 - (99) Keine Angabe
- E. Alter bei Schizophreniebeginn
 - (0) Nicht zutreffend
 - (99) Keine Angabe
- F. Paraphilie
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe

- G. Psychatriekontakte im Erwachsenenalter (ab dem 16. Lebensjahr)
- (1) Keine
 - (2) Ja
 - (3) Mehrere
 - (99) Keine Angabe
- H. Alter bei Erstkontakt mit psychiatrischer Einrichtung
- (0) Nicht zutreffend
 - (1) Kindes- bis Jugendalter (bis 16)
 - (2) Frühes Erwachsenenalter (21-45)
 - (3) Spätes Erwachsenenalter (ab 45)
 - (4) Anderes
 - (99) Keine Angabe
- I. Psychiatrische Vorerkrankungen
- (1) Keine
 - (2) Ja
 - (3) Mehrere
 - (4) Andere
 - (99) Keine Angabe
- J. Drogen-/Alkoholmissbrauch
- (0) Nicht zutreffend
 - (1) Regelmäßiger Missbrauch weicher Drogen
 - (2) Regelmäßiger Missbrauch harter Drogen
 - (3) Regelmäßiger Missbrauch von Alkohol
 - (4) Regelmäßiger Missbrauch von (1) und (2)
 - (5) Regelmäßiger Missbrauch von (1) und (3)
 - (6) Regelmäßiger Missbrauch von (2) und (3)
 - (7) Regelmäßiger Missbrauch von (1), (2) und (3)
 - (8) Gelegentlicher Missbrauch von weichen Drogen
 - (9) Gelegentlicher Missbrauch von harten Drogen
 - (10) Gelegentlicher Missbrauch von Alkohol
 - (11) Gelegentlicher Missbrauch von (8) und (9)
 - (12) Gelegentlicher Missbrauch von (8) und (10)
 - (13) Gelegentlicher Missbrauch von (9) und (10)
 - (14) Gelegentlicher Missbrauch von (8), (9), (10)
 - (99) Keine Angabe
- K. Alter bei Erstmissbrauch
- (0) Nicht zutreffend
 - (1) Alter
 - (99) Keine Angabe
- L. Medikation
- (1) Keine
 - (2) Neuroleptika
 - (3) Antidepressiva
 - (4) Sedativa
 - (5) (1) und (2)
 - (6) (1) und (3)
 - (99) Keine Angabe
- M. Dauer der Medikation
- (0) Nicht zutreffend
 - (1) Unregelmäßig/Unterbrochen

- (2) Kontinuierlich
- (99) Keine Angabe

IV. Unterbringung und weitere Straftaten

A. Art der Unterbringung vor Straftat

- (0) Nicht zutreffend
- (1) Maßregelvollzug
- (2) Justizvollzugsanstalt
- (99) Keine Angabe

B. Art der Unterbringung zum Untersuchungszeitpunkt

- (0) Nicht zutreffend
- (1) Maßregelvollzug
- (2) Justizvollzugsanstalt
- (3) U-Haft
- (99) Keine Angabe

C. Dauer der Unterbringung zum Untersuchungszeitpunkt

- (0) Nicht zutreffend
- (1) Bis 1 Monat
- (2) Bis 3 Monate
- (3) Bis 6 Monate
- (4) Bis 1 Jahr
- (5) Bis 2 Jahre
- (6) Bis 5 Jahre
- (7) Bis 8 Jahre
- (8) Bis 11 Jahre
- (9) Über 11 Jahre
- (99) Keine Angabe

D. Bisherige Delikte

- (0) Nicht zutreffend
- (1) Eigentumsdelikte
- (2) Gewaltdelikte
- (3) Tötungsdelikt
- (4) BtmG-Delikte
- (5) Bagatelldelikte
- (6) Sexuelle Übergriffe
- (a) Sexuelle Nötigung
- (b) Vergewaltigung
- (c) Exhibitionistische Handlungen
- (d) Erregung öffentlichen Ärgernisses
- (7) Nicht verurteilte/zur Anklage gebrachtes Delikt
- (8) Sexueller Übergriff und weiteres Delikt
- (9) Gewalt- und Eigentumsdelikt
- (10) Gewalt- und Tötungsdelikt
- (11) Eigentums-, Gewalt- und Tötungsdelikt
- (13) BtmG- u. Bagatelldelikt ohne Sexualdelikt
- (14) Andere Delikte
- (99) Keine Angabe

- E. Alter bei Erstdelinquenz
 - (0) Nicht zutreffend
 - (1) Alter
 - (99) Keine Angabe
- F. Vorstrafen/Höchstes Strafmaß
 - (0) Nicht zutreffend
 - (1) Haftstrafe mit Bewährung
 - (2) Haftstrafe ohne Bewährung
 - (3) Maßregel
 - (4) Geldstrafe
 - (5) Jugendarrest
 - (99) Keine Angabe

V. Sexuelle Funktion

- A. Alter bei erster sexueller Erfahrung/Geschlechtsverkehr
 - (0) Nicht zutreffend
 - (1) Alter
 - (99) Keine Angabe
- B. Befriedigende sexuelle Beziehungen zu einer Frau
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
- C. Wechselnde Sexualpartner/Polygamie
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
- D. Deviante sexuelle Fantasie
 - (0) Nicht zutreffend
 - (1) Sadistisch
 - (2) Nicht sadistisch
 - (99) Keine Angabe

VI. Soziale Funktion

- A. Befriedigende Freundschaften
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
- B. Soziale Isolation
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
- C. Soziale Angst/Ängstlichkeit/ Meidungsverhalten bei Frauen
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe

- D. Einschränkungen in der ausführenden Funktion
 - (0) Nicht zutreffend
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
- E. Generelle Beziehungsdaten
 - (1) Heterosexuelle Beziehung bis zu 6 Monaten
 - (2) Heterosexuelle Beziehung > 6 Monate
 - (3) Lebensgemeinschaft > 6 Monate
 - (99) Keine Angabe
- F. Beziehung und Wohnverhältnisse zum Tatzeitpunkt
 - (1) Heterosexuelle Beziehung getrennt lebend
 - (2) Gemeinsame Wohnung mit Lebensgefährten
 - (3) Bei Eltern lebend
 - (4) Alleine lebend
 - (5) Wohngemeinschaft
 - (6) Betreutes Wohnen
 - (7) Obdachlos
 - (8) Andere
 - (99) Keine Angabe
- G. Psychosoziale Belastungen zum Tatzeitpunkt
 - (1) In der Partnerschaft
 - (2) Als Eltern
 - (3) Andere zwischenmenschliche Ereignisse
 - (4) Beschäftigung
 - (5) Finanzen
 - (6) Rechtliche
 - (7) Entwicklung
 - (8) Körperliche Krankheit, Unfälle
 - (9) Mehrere
 - (99) Keine Angabe

VII. Psychosexuelle Variablen

- A. Kognitive Verzerrungen
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
- B. Mangelnde Empathie
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
- C. Mangelnde soziale Fertigkeiten
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
- D. Deviante sexuelle Fantasie
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe

- E. Sexuelle Obsessionen
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
- F. Mangelndes sexuelles Wissen
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
- G. Emotionale Labilität
 - (0) Nicht zutreffend
 - (1) Impulsivität
 - (2) Offene Aggressivität
 - (3) Latente Aggressivität
 - (4) (1) und (2)
 - (5) (1) und (3)
 - (6) Alle
 - (99) Keine Angabe

VIII. Neurokognitive Defizite

- H. IQ
 - (1) Durchschnittlich
 - (2) Unterdurchschnittlich
 - (3) Überdurchschnittlich
 - (99) Keine Angabe
- I. Aufmerksamkeit/Konzentration
 - (0) Nicht zutreffend
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
- J. Verbales Gedächtnis
 - (0) Nicht zutreffend
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
- K. Motivation/Antrieb
 - (0) Nicht zutreffend
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
- L. Abstraktes Denken
 - (0) Nicht zutreffend
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe

IX. Tatablauf

- A. Art der Straftat 1
 - (1) Sexuelle Nötigung
 - (2) Vergewaltigung

- (3) Sex. Nötigung/Vergewaltigung mit Todesfolge
 - (4) Exhibitionistische Handlungen
 - (5) Erregung öffentlichen Ärgernisses
 - (6) Nicht verurteilte/zur Anklage gebrachtes Sexualdelikt
 - (7) Sexueller Übergriff und weiteres Delikt
 - (8) Zwei der unter (1)-(8) genannten
 - (99) Keine Angabe
- B. Art der Straftat 2
- (0) Nicht zutreffend
 - (1) Sexuelle Nötigung
 - (2) Vergewaltigung
 - (3) Sexuelle Nötigung/Vergewaltigung mit Todesfolge
 - (4) Exhibitionistische Handlungen
 - (5) Erregung öffentlichen Ärgernisses
 - (6) Nicht verurteilte/zur Anklage gebrachtes Sexualdelikt
 - (7) Sexueller Übergriff und weiteres Delikt
 - (8) Zwei der unter (1)-(5) genannten
 - (99) Keine Angabe
- C. Art der Straftat 3
- (0) Nicht zutreffend
 - (1) Sexuelle Nötigung
 - (2) Vergewaltigung
 - (3) Sexuelle Nötigung/Vergewaltigung mit Todesfolge
 - (4) Exhibitionistische Handlungen
 - (5) Erregung öffentlichen Ärgernisses
 - (6) Nicht verurteilte/zur Anklage gebrachtes Sexualdelikt
 - (7) Sexueller Übergriff und weiteres Delikt
 - (8) Zwei der unter (1)-(5) genannten
 - (99) Keine Angabe
- D. Weitere Delikte außer Sexualdelikt
- (0) Nicht zutreffend
 - (1) Eigentumsdelikte
 - (2) Gewaltdelikte
 - (3) Tötungsdelikt
 - (4) Bagatelldelikte
 - (5) BtmG-Delikte
 - (6) Verkehrsdelikte
 - (7) (1) und (2)
 - (8) (1) und (3)
 - (9) (2) und (3)
 - (10) (1), (2) und (3)
 - (11) Andere
 - (99) Keine Angabe
- E. Tatbegehung 1,2,3¹
- (1) Einzeltat
 - (2) Gruppentat
 - (3) Beides
 - (99) Keine Angabe

¹ Für Opfer 1 bis 3 wird dieses Merkmal getrennt kodiert.

- F. Tatabfolge
 - (1) Einzeltat
 - (2) Serientat
 - (99) Keine Angabe
- G. Opferanzahl
- H. Alter des Opfers 1,2,3
 - (1) Alter
 - (99) Keine Angabe
- I. Alter des Täters zum Tatzeitpunkt
 - (1) Alter
 - (99) Keine Angabe
- J. Bekanntheit 1,2,3
 - (1) Ehemann
 - (2) Ex-Mann
 - (3) Verlobter
 - (4) Lebenspartner
 - (5) Liebhaber
 - (6) Freund
 - (7) Bekannter
 - (8) Nachbar
 - (9) Unbekannt
 - (9) Andere
 - (99) Keine Angabe
- K. Alkohol-/Drogeneinfluss 1,2,3
 - (0) Nicht zutreffend
 - (1) Alkohol
 - (2) Harte Drogen
 - (3) Weiche Drogen
 - (4) (1) und (2)
 - (5) (1) und (3)
 - (6) (2) und (3)
 - (7) (1), (2) und (3)
 - (99) Keine Angabe
- L. Abbruch der Medikation 1,2,3
 - (0) Nicht zutreffend
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
- M. Tatort 1,2,3
 - (1) Zuhause des Opfers
 - (2) Zuhause des Täters
 - (3) Öffentliche Plätze (Park, Zug, Öffentliche Toiletten)
 - (4) Straße
 - (5) Andere (Amt, leerstehendes Haus)
 - (99) Keine Angabe
- N. Tatzeit 1,2,3
 - (1) Wochentage Montag bis Freitag
 - (2) Wochenendtage Samstag/Sonntag
 - (99) Keine Angabe

- O. Tageszeit 1,2,3
 - (1) 2-8 Uhr
 - (2) 8-14 Uhr
 - (3) 14-20 Uhr
 - (4) 20-2 Uhr
 - (99) Keine Angabe
- P. Stadium der Schizophrenie
 - (0) Nicht zutreffend
 - (1) Prodromalphase/frühe Phase, floride Symptome verdeckt
 - (2) Psychotische Episode
 - (3) Chronische Schizophrenie
 - (99) Keine Angabe
- Q. Zeitspanne Schizophreniebeginn-Straftat
 - (0) Nicht zutreffend
 - (1) Zeitspanne
 - (99) Keine Angabe
- R. Krankheitsweisende Faktoren (der Tat vorausgehend)
 - (0) Nicht zutreffend
 - (1) Keine
 - (2) Erhöhte Irritierbarkeit
 - (3) Zunehmende Verwahrlosung
 - (4) Sozialer Rückzug
 - (5) Inadäquate Reaktionen wie Wutausbrüche
 - (6) Sexuelle Enthemmung
 - (7) Kontrollverlust
 - (8) Zwei Faktoren
 - (9) Mehrere Faktoren
 - (99) Keine Angabe
- S. Positivsymptomatik 1,2,3
 - 1. Wahn (bezogen auf sexuelle Inhalte)
 - (0) Nicht zutreffend
 - (1) Ohne
 - (2) Direkt
 - (3) Indirekt
 - (4) Vorhanden
 - (99) Keine Angabe
 - 2. Halluzinationen
 - (0) Nicht zutreffend
 - (1) Ohne
 - (1) Direkt
 - (2) Indirekt
 - (3) Vorhanden
 - (99) Keine Angabe
 - 3. Denkstörungen/Ideenflucht
 - (0) Nicht zutreffend
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
- T. Negativsymptomatik entsprechend Residualsymptomatik 1,2,3
 - (0) Nicht zutreffend

- (1) Keine
 - (2) Intentionalitäts- und Antriebsmangel
 - (3) Geringe affektive Schwingungsfähigkeit
 - (4) Konzentrationsschwäche
 - (5) Verminderte Aufmerksamkeit
 - (6) Erhöhte Ablenkbarkeit
 - (7) Zwei unter (2) bis (6) genannte
 - (8) Mehrere
 - (99) Keine Angabe
- U. Tatplanung 1,2,3
- (0) Nicht zutreffend
 - (1) Vorbereitungshandlungen
 - (2) Zielgerichtete Gestaltung der Tat
 - (3) Zusammenhang Provokation-Erregung-Tat
 - (4) Ankündigung der Tat
 - (5) Spontan
 - (6) Zwei unter (1)-(4) genannten
 - (7) Mehrere unter (1)-(4) genannten
 - (99) Keine Angabe
- V. Tatablauf 1,2,3
1. Sexuelles Vorgehen
- a) Anfassen der Brust/ des Genitals
- (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
- b) Vaginaler Geschlechtsverkehr
- (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
- c) Analer Geschlechtsverkehr/Manipulation
- (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
- d) Fellatio
- (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
- e) Cunnilingus
- (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
2. Aggressivität
- (1) Keine Gewaltanwendung
 - (2) Ausreichende Gewaltanwendung
 - (3) Exzessive Gewaltanwendung
 - (4) Waffengebrauch
 - (a) Pistole
 - (b) Messer
 - (c) Seil/Fesseln
 - (5) Verbale Gewalt

- (6) (2) und (4)
- (7) (2) und (5)
- (8) (3) und (4)
- (9) (3) und (5)
- (99) Keine Angabe
- 3. Täter-Opfer-Interaktion 1,2,3
 - a) Kommunikation
 - (1) Unpersönlich
 - (2) Inquisitorisch
 - (3) Abwertend
 - (99) Keine Angabe
 - b) Widerstand des Opfers
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
 - c) Reaktionen des Täters
 - (1) Keine
 - (2) Entschuldigungen
 - (3) Komplimente
 - (4) Reaktion auf Widerstand
 - (5) Zwei der unter (2)-(4) genannten
 - (6) Alle (2)-(4)
 - (99) Keine Angabe
 - d) Gefühle dem Opfer gegenüber
 - (1) Nein
 - (2) Ja
 - (99) Keine Angabe
- 4. Bizarres Verhalten
 - (1) Antworten auf akustische Halluzinationen
 - (2) Irrationales wahnhaftes Reden
 - (3) Roboterhafte oder andere seltsame Gebärden/Bewegungen
 - (4) Zwei unter (1)-(3) genannten
 - (5) Alle
 - (99) Keine Angabe

8.2 Anhang B Definitionen zum Erhebungsbogen

Ad I.G Beruf (nach GESIS: internationaler Standardklassifikation der Berufe; ISCO-88 COM)

Arbeiter: Hilfsarbeitskräfte im Verkauf und im Dienstleistungsbereich. Haushaltshilfe, Reinigungskraft, Hausmeister, Boten, Pförtner, Hilfsarbeiter im Baugewerbe, Bergbau, Fertigung, Transport.

Einfacher Angestellter: Handwerksberufe wie Maler, Drucker, Schreiner, Schuhmacher, Elektromechaniker, Maschinenschlosser, Fahrzeugführer wie Kraftfahrzeugführer, Lokomotivführer, Angestellter in Landwirtschaft wie Gärtner, Bauer, Tierzüchter, Dienstleistungsberufe wie Ladenverkäufer, Bürokräfte und –angestellte.

Mittlerer Angestellter: Wissenschaftliche Lehrkräfte an Universität und Hochschule, Lehrer an Sonder-, Primar- und Sekundarschule, Berufe wie Unternehmensberatung, Juristen, Sozialwissenschaftler, Seelsorger.

Leitender Angestellter: Angehörige gesetzgebender Körperschaften, leitende Verwaltungsbedienstete, Führungskräfte in der Privatwirtschaft wie Direktoren, Geschäftsführer, Produktionsleiter, Unternehmensleiter.

Ad II.C Kindheitsvariablen (nach Smith 1999a)

Soziale Isolation: Keine regelmäßigen Beziehungen außerhalb des engen Familienkreises. Für Gewöhnlich einhergehend mit auffallenden Schwierigkeiten Freundschaften zu knüpfen.

Körperliche Aggressivität: Wiederkehrende Episoden körperlicher Gewalt, die gegen andere Menschen oder Tiere gerichtet ist, z.B. wiederholte Verwicklung in Schlägereien.

Disziplinarschwierigkeiten: bedeutende Probleme in Benehmen und Verhalten in der Schule oder Zuhause (schließt körperliche Gewalt nicht mit ein), die gewöhnlich zu Sanktionen wie Schulausschluss führen; dies muss nicht zwangsläufig die Diagnose einer Verhaltensstörung beinhalten.

Verurteilungen: Verurteilungen jeglicher Art vor dem 16. Lebensjahr.

Deviantes sexuelles Verhalten: Vergewaltigung, wiederholte Episoden von Voyeurismus, Zur Schau Stellung/Exhibition, Sexueller Missbrauch eines jüngeren Kindes oder andere Paraphilien.

Kinderpsychiater/-psychotherapeut: Einbeziehung eines Kinderpsychiaters zur Beratung, Therapie oder anderer Anliegen.

Fehlende Mutter-Kind-Beziehung: Selbstberichtete schlechte/keine oder schwierige Beziehung zur Mutter, oder im Falle des Fehlens der leiblichen Mutter, fehlende unterstützende positive Bindung zu einer Pflegemutter oder ähnlichen weiblichen Bezugsperson.

Gewalt zwischen den Eltern: Regelmäßige körperliche Auseinandersetzungen der Eltern oder primären Bezugspersonen, die das Kind miterlebte.

Elterliche Gewalt gegen das Kind: Körperliche Gewalt (körperliche Misshandlung oder unangemessen harte disziplinarische Maßregelungen) der Eltern gegenüber dem Kind.

Sexueller Missbrauch: Jegliche Form des sexuellen Kontaktes mit einem Erwachsenen, ungewollter sexueller Kontakt zu einem gleichaltrigen Kind, zu einem mindestens 3 Jahre älteren Kind, oder im Übergangsalter von 15/16 Jahren mit einem Erwachsenen (in Abhängigkeit der Umstände als sexueller Missbrauch kodiert).

Ad III. Psychopathologie

Paranoide Schizophrenie nach ICD-10 F20.0

Die paranoide Schizophrenie ist durch beständige, häufig paranoide Wahnvorstellungen gekennzeichnet, meist begleitet von akustischen Halluzinationen und Wahrnehmungsstörungen.

Störungen der Stimmung, des Antriebs und der Sprache, katatone Symptome fehlen entweder oder sind wenig auffallend.

Hebephrene Schizophrenie nach ICD-10 F 20.1

Eine Form der Schizophrenie, bei der die affektiven Veränderungen im Vordergrund stehen, Wahnvorstellungen und Halluzinationen flüchtig und bruchstückhaft auftreten, das Verhalten verantwortungslos und unvorhersehbar ist und Manierismen häufig sind. Die Stimmung ist flach und unangemessen. Das Denken ist desorganisiert, die Sprache zerfahren. Der Kranke neigt dazu, sich sozial zu isolieren. Schnelle Entwicklung der Minussymptomatik, besonders von Affektverflachung und Antriebsverlust. Eine Hebephrenie soll in aller Regel nur bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen diagnostiziert werden.

Schizophrenes Residuum bzw. chronische Schizophrenie nach ICD-10 F20.5

Ein chronisches Stadium in der Entwicklung einer schizophrenen Krankheit, bei welchem eine eindeutige Verschlechterung von einem frühen zu einem späteren Stadium vorliegt und das durch langandauernde, jedoch nicht unbedingt irreversible „negative“ Symptome charakterisiert ist. Hierzu gehören psychomotorische Verlangsamung, verminderte Aktivität, Affektverflachung, Passivität und Initiativemangel, qualitative und quantitative Sprachverarmung, geringe nonverbale Kommunikation durch Gesichtsausdruck, Blickkontakt, Modulation der Stimme und Körperhaltung, Vernachlässigung der Körperpflege und nachlassende soziale Leistungsfähigkeit.

Schizophrenieforme Störung nach DSM-IV 295.40

Symptombild wie bei der Schizophrenie, allerdings von kürzerer Dauer (1 bis 6 Monate) und bei fehlender Voraussetzung eines Funktionsabfalls.

Schizoaffektive Störung nach DSM-IV 295.70

Eine affektive Episode und floride Schizophreniesymptome treten gemeinsam auf und zeigen sich mindestens 2 Wochen lang in Wahnphänomenen und Halluzinationen, denen keine vorherrschenden affektiven Symptome vorausgegangen oder nachgefolgt sind.

Paranoide Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 F60.0

Diese Persönlichkeitsstörung ist durch übertriebene Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisung, Nachtragen von Kränkungen, durch Misstrauen, sowie eine Neigung, Erlebtes zu verdrehen gekennzeichnet, indem neutrale oder freundliche Handlungen anderer als feindlich oder verächtlich missgedeutet werden, wiederkehrende unberechtigte Verdächtigungen hinsichtlich der sexuellen Treue des Ehegatten oder Sexualpartners, schließlich durch streitsüchtiges und beharrliches Bestehen auf eigenen Rechten. Diese Personen können zu überhöhtem Selbstwertgefühl und häufiger, übertriebener Selbstbezogenheit neigen

Schizoide Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 F60.1

Eine Persönlichkeitsstörung, die durch einen Rückzug von affektiven, sozialen und anderen Kontakten mit übermäßiger Vorliebe für Fantasie, einzelgängerisches Verhalten und in sich gekehrte Zurückhaltung gekennzeichnet ist. Es besteht nur ein begrenztes Vermögen, Gefühle auszudrücken und Freude zu erleben.

Dissoziale Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 F60.2

Eine Persönlichkeitsstörung, die durch eine Missachtung sozialer Verpflichtungen und herzloses Unbeteiligtsein an Gefühlen für andere gekennzeichnet ist. Zwischen dem Verhalten und den herrschenden sozialen Normen besteht eine erhebliche Diskrepanz. Das Verhalten erscheint durch nachteilige Erlebnisse, einschließlich Bestrafung, nicht änderungsfähig. Es besteht eine geringe Frustrationstoleranz und eine niedrige Schwelle für aggressives, auch gewalttätiges Verhalten, eine Neigung, andere zu beschuldigen oder vordergründige Rationalisierungen für das Verhalten anzubieten, durch das der betreffende Patient in einen Konflikt mit der Gesellschaft geraten ist.

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 F60.3

Eine Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren, verbunden mit unvorhersehbarer und launenhafter Stimmung. Es besteht eine Neigung zu emotionalen Ausbrüchen und eine Unfähigkeit, impulshaftes Verhalten zu kontrollieren. Ferner besteht eine Tendenz zu streitsüchtigem Verhalten und zu Konflikten mit anderen, insbesondere wenn impulsive Handlungen durchkreuzt oder behindert werden. Zwei Erscheinungsformen können unterschieden werden: Ein impulsiver Typus, vorwiegend gekennzeichnet durch emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle; und ein Borderline-Typus, zusätzlich gekennzeichnet durch Störungen des Selbstbildes, der Ziele und der inneren Präferenzen, durch ein chronisches Gefühl von Leere, durch intensive, aber unbeständige Beziehungen und eine Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen

Histrionische Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 F60.4

Eine Persönlichkeitsstörung, die durch oberflächliche und labile Affektivität, Dramatisierung, einen theatralischen, übertriebenen Ausdruck von Gefühlen, durch Suggestibilität, Egozentrik, Genusssucht, Mangel an Rücksichtnahme, erhöhte Kränkbarkeit und ein dauerndes Verlangen nach Anerkennung, äußeren Reizen und Aufmerksamkeit gekennzeichnet ist.

Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 F60.7

Personen mit dieser Persönlichkeitsstörung verlassen sich bei kleineren oder größeren Lebensentscheidungen passiv auf andere Menschen. Die Störung ist ferner durch große Trennungsangst, Gefühle von Hilflosigkeit und Inkompetenz, durch eine Neigung, sich den Wünschen älterer und anderer unterzuordnen sowie durch ein Versagen gegenüber den Anforderungen des täglichen Lebens gekennzeichnet. Die Kraftlosigkeit kann sich im intellektuellen emotionalen Bereich zeigen; bei Schwierigkeiten besteht die Tendenz, die Verantwortung anderen zuzuschieben.

Narzisstische Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV 301.81

Die narzisstische Persönlichkeitsstörung zeichnet sich aus durch mangelndes Selbstbewusstsein und Ablehnung der eigenen Person nach innen, wechselnd mit übertriebenem und sehr ausgeprägtem Selbstbewusstsein nach außen, sie zeigen also ein durchgreifendes Muster von Grandiosität. Daher sind diese Personen immer auf der Suche nach Bewunderung und Anerkennung, wobei sie anderen Menschen wenig echte Aufmerksamkeit schenken. Sie haben ein übertriebenes Gefühl von Wichtigkeit, meinen eine Sonderstellung einzunehmen und auch zu verdienen. Sie zeigen ausbeutendes Verhalten und einen Mangel an Empathie. Es können wahnhaftige Störungen mit Größenideen auftreten. Zudem zeigen Betroffene eine auffällige Empfindlichkeit gegenüber Kritik.

Paraphilie nach DSM-IV: Wiederkehrende intensive sexuell dranghafte Bedürfnisse, Fantasien oder Verhaltensweisen, die sich auf ungewöhnliche Objekte, Aktivitäten oder Situationen beziehen und in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursachen.

Ad IV. D Bisherige Delikte (nach StGB, Bundeskriminalamt, Polizeiliche Statistik):

Eigentumsdelikte: Eigentumsdelikte sind rechtswidrige Handlungen des Strafrechtes, die Eigentumsrechte tangieren. Typische Eigentumsdelikte sind Diebstahl, Raub, Unterschlagung, Sachbeschädigung und Brandstiftung.

BtmG-Delikte: Polizeilich werden in Deutschland unter dem Begriff Rauschgiftkriminalität alle Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) sowie der Raub zur Erlangung von Betäubungsmitteln, der Diebstahl von Betäubungsmitteln aus Apotheken, Arztpraxen, Krankenhäusern, bei Herstellern und Großhändlern, der Diebstahl von Rezeptformularen und die Fälschung zur Erlangung von Betäubungsmitteln zusammengefasst. Zur direkten

Beschaffungskriminalität gehören in Deutschland nach der polizeiliche Kriminalstatistik die Straftaten Raub zur Erlangung von Betäubungsmitteln, der Diebstahl von Betäubungsmitteln aus Apotheken, Arztpraxen, Krankenhäusern, bei Herstellern und Großhändlern, den Diebstahl von Rezeptformularen und die Fälschung zur Erlangung von Betäubungsmitteln.

Tötungsdelikte: Ein Tötungsdelikt ist eine Straftat gegen das menschliche Leben. Die Straftaten gegen das Leben sind in den §§ 211 bis 222 StGB geregelt. Die Tatbestände der vorsätzlichen Tötung sind in den §§ 211, 212, 213 und 216 StGB geregelt. Darunter fallen Mord, Totschlag, minder schwerer Fall des Totschlags und Tötung auf Verlangen.

Gewaltdelikte: Eine Gewalttat ist eine Handlung, die unter Anwendung von Gewalt durchgeführt wird. Sie kann sich auf Handlungen beziehen, welche gegen die körperliche oder die psychische Unversehrtheit eines Anderen gerichtet ist. Es wurden die Delikte gefährliche und schwere Körperverletzung, Körperverletzung mit Todesfolge, Beteiligung an einer Schlägerei, erpresserischer Menschenraub, Angriff auf den See- und Luftverkehr sowie Geiselnahme zusammengefasst.

Bagatelldelikte: Unter einem Bagatelldelikt versteht man im deutschen Strafverfahrensrecht eine Straftat von geringer Bedeutung. Als Bagatelldelikte sind Vergehen anzusehen, bei denen kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht. Im Übrigen darf die Schuld des Täters nur gering sein und nicht gewerbsmäßig und wiederholt sein. Ein typisches Bagatelldelikt sind Ladendiebstähle mit geringwertigen Sachen als Diebesgut.

Vergewaltigung: Von Vergewaltigung (synonym: *Stuprum*, veraltet: *Notzucht*) spricht man, wenn eine Person eine andere gegen ihren Willen unter Anwendung von Gewalt, durch Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben oder unter Ausnutzung einer Lage, in welcher das Opfer der Einwirkung des Täters schutzlos ausgeliefert ist, zum Vollzug des Beischlafs (vaginale, orale oder anale Penetration) nötigt oder andere besonders erniedrigende sexuelle Handlungen vornimmt oder vom Opfer an sich vornehmen lässt, die mit dem Eindringen in den Körper (orale Penetration oder Digitalpenetration) verbunden sind (qualifizierte sexuelle Handlungen). Dabei kommt es nicht darauf an, ob in den Körper des Opfers oder den des Täters eingedrungen wird. Danach wird beispielsweise auch der gewaltsame erzwungene Mundverkehr, bei dem der Täter den Penis des Opfers in den Mund aufnimmt, als Vergewaltigung qualifiziert.

Sexuelle Nötigung: Die Nötigung mit den bei der Vergewaltigung beschriebenen Mittel zu sonstigen sexuellen Handlungen (einfache sexuelle Handlungen), ist als Sexuelle Nötigung strafbar.

Exhibitionismus: Besonders bei Männern vorkommende, auf sexuellen Lustgewinn gerichtete Neigung zur Entblößung der Geschlechtssteile in Gegenwart anderer Personen.

Erregung öffentlichen Ärgernisses: Die Erregung öffentlichen Ärgernisses ist die öffentliche Vornahme sexueller Handlungen, wobei dadurch absichtlich oder wissentlich ein Ärgernis erregt wird.

Ad V. B und D Sexuelle Funktion (nach Smith und Taylor, 1999b; Smith, 1999a)

Befriedigende sexuelle Beziehung zu einer Frau: Sexuelles/Intimes Verhältnis zu einer Frau für mindestens 3 Monate. Dabei kein Anhalt für körperliche oder sexuelle Gewalt sowie bedeutsame verbale Aggressivität.

Soziale Angst/Meidung von Frauen: Übertriebene Ängstlichkeit oder innere Unruhe bei sozialen Interaktionen mit Frauen, kann zusätzlich mit Vermeidungsverhalten einhergehen, entspricht in Ausmaß und Ausprägung nicht der klinischen Diagnose der Sozialphobie.

Sexuelle Fantasie: Jegliche Form mentaler Vorstellungen zu sexuell erregenden oder erotischen Inhalten (nicht zwingend gepaart mit einem Orgasmus).

Deviante sexuelle Fantasie: Sexuelle Fantasie, die den sexuellen Kontakt mit einer Frau gegen ihren Willen beinhaltet, z.B. eine Vergewaltigung.

Sadistisch: Gebrauch exzessiver Gewalt, Zufügen von körperlichem Schmerz, Dominanz und Erniedrigung der Frau als vorrangiges Ziel während der Vergewaltigung.

Nicht Sadistisch: Fantasie bezieht sich auf nicht einvernehmlichen Geschlechtsverkehr mit einer Frau, wobei nur soviel Gewalt angewendet wird wie nötig ist, um den Widerstand des Opfers zu brechen. Das hauptsächliche Charakteristikum ist der sexuelle Kontakt gegen den Willen der Frau, der Hauptaspekt ist nicht die Gewalt/Macht.

Ad VI. Soziale Funktion (nach Smith und Taylor, 1999b; Green, 1996)

Soziale Isolation: Keine regelmäßigen Beziehungen außerhalb des engen Familienkreises, wie z.B. Eltern, Geschwister)

Befriedigende Freundschaften: Regelmäßiger sozialer Kontakt mit mindestens zwei männlichen Freunden.

Ausführende Funktion: Prozesse, die beteiligt sind an der Motivation, Planung und Ausführung von Aufgaben, abstraktem Denken und der Bewertung von Verhalten. Dies führt sowohl zur Initiation und Ausführung angemessener Verhaltensweisen wie auch zur Hemmung unangemessener Verhaltensweisen.

Ad VII Psychosexuelle Variablen (nach Sahota und Chesterman, 1998b)

Kognitive Verzerrung: Rechtfertigung, Abwertung und Verleugnung der Tat sowie des Risikos und Schadens, welches das Opfer ausgesetzt war.

Mangelnde Empathie: fehlendes Bewusstsein der Konsequenzen der Tat für das Opfer, Ausmaß des Verständnisses der Bedeutung des Übergriffs für das Opfer.

Mangelnde soziale Fertigkeiten: Soziale Isolation und Mangel an befriedigenden sozialen Freundschaften.

Deviante sexuelle Fantasie: Sexuelle Fantasie, die den sexuellen Kontakt mit einer Frau gegen ihren Willen beinhaltet. Sadistische wie nicht sadistische sexuelle Inhalte der Fantasien nicht nur während der Tat.

Sexuelle Obsessionen: Sexuelle Zwänge. Permanentes Beschäftigtsein mit sexuellen Themen.

Mangelndes sexuelles Wissen: Fehlendes sexuelles Wissen bezüglich Anatomie und Physiologie.

Emotionale Labilität:

Impulsivität: Unberechenbare, unangemessene Gefühlsäußerungen bzw. Reaktionen auf einen Reiz.

Offene Aggressivität: Körperliche oder verbale Aggressionen im Sinne von tätlichen oder versuchten Angriffen, verbale Beschimpfungen und Drohungen.

Latente Aggressivität: Misstrauische Zurückgezogenheit, Feindseligkeit, hohe körperliche Anspannung im Sinne von einem lauernden Zustand.

Ad VIII Neurokognitive Funktion (nach AMDP, Green, 1996)

Konzentrationsstörungen: Unfähigkeit zur Ausrichtung, Sammlung und Hinordnung auf einen Gegenstand. Störung der Fähigkeit „bei der Sache“ zu bleiben, seine Aufmerksamkeit ausdauernd einer bestimmten Tätigkeit oder einem bestimmten Gegenstand zuzuwenden.

Antriebsarm: Subjektiv vom Patienten erlebt und/oder dem Untersucher, z.B. sichtbar an der spärlichen spontanen Motorik und der mangelnden Initiative im Gespräch. Der passiv ruhende Kranke, der nicht von einem Gesprächspartner angeregt wird, versinkt in sich selbst.

Antriebsgehemmt: Die Initiative und Energie wird vom Patienten als gebremst erlebt. Außerdem kann dem Untersucher das Bemühen des Kranken, die Hemmung zu überwinden, deutlich werden. Die Hemmung zeigt sich im Psychomotorischen, Sensorischen und in den Denkleistungen.

Antriebsgesteigert: Zunahme der Aktivität und Initiative im Rahmen einer geordneten (zielgerichteten) Tätigkeit.

Abstraktes Denken bzw. begriffliches Denken:

bezeichnet einen Denkprozess, der bestimmte Eigenschaften von nicht-dinglichen und dinglichen Einheiten (Entitäten) zur Begriffsbildung in sprachliche Beschreibungen fasst.

Verbales Gedächtnis

Gedächtnis, also das Speichern und die Wiedergabe von verbalen Instruktionen, Zahlen und Geschichten.

Ad IX. S Positivsymptomatik (nach Smith und Taylor, 1999a)

Direkter Wahn: Wahn, der ein sexuelles Element der betrachteten Straftat/sexuellen Übergriffs enthält (z.B. der sexuelle Übergriff musste als Teil einer Mission ausgeführt werden, um eine Weltkatastrophe abzuwenden).

Indirekter Wahn: Der Wahnhalt hat entweder eine sexuelle Komponente, die nicht direkt kongruent mit dem sexuellen Übergriff ist (z.B. die Überzeugung, dass er bei allen Frauen beliebt ist und bewundert wird oder dass er einen anderen Penis entwickelt hat) oder hat keine sexuelle Komponente, war aber in bestimmter Weise mit dem Übergriff verbunden (z.B. Verfolgungswahn bezogen auf das Opfer, der zu einem Vergeltungsschlag führte).

Vorhandener Wahn: Der Wahnhalt weist keinen Zusammenhang zur Ausführung der sexuellen Straftat auf (z.B. die Überzeugung, dass er vom Geheimdienst überwacht wird).

Direkte Halluzination: Eine imperative akustische Halluzination, die ihm die Vergewaltigung oder den sexuellen Übergriff befohlen hat.

Indirekte Halluzination: Die akustische Halluzination hat einen sexuellen Inhalt, der nicht direkt auf den sexuellen Übergriff bezogen ist (z.B. Stimmen, die über sexuelle Themen diskutieren; Stimmen, die ihm befehlen, eine Körperverletzung zu begehen, allerdings keine sexuelle; eine taktile Halluzination, die vom Täter als sexuell stimulierend wahrgenommen wird, z.B. Berührung der Genitalregion).

Vorhandene Halluzination: Der Inhalt der Halluzination erscheint ohne Verbindung zum begangenen sexuellen Übergriff.

Ad IX.T Negativsymptomatik/Residualsymptomatik (nach ICD-10)

Unter der Negativsymptomatik der Schizophrenie werden Einbußen in der sozialen, emotionalen und kognitiven Funktion verstanden, die in der frühen Phase und akuten Exazerbationsphase der Schizophrenie zu finden sind und oftmals nach der floriden Phase in Form eines schizophrenen Residuums lebenslang bestehen bleiben. Hierzu gehören psychomotorische Verlangsamung, verminderte Aktivität, Affektverflachung, Passivität und Initiativmangel, qualitative und quantitative Sprachverarmung, geringe nonverbale Kommunikation durch Blickkontakt, Gesichtsausdruck, Modulation der Stimme und Körperhaltung, Vernachlässigung der Körperpflege und nachlassende soziale Leistungsfähigkeit.

Ad IX. V.2 Aggressivität (nach Smith, 2000b)

Ausreichende Gewaltanwendung: Der Täter wendet gerade soviel Gewalt an, um den Widerstand des Opfers zu brechen und Kontrolle über dieses zu erlangen, um den sexuellen Übergriff zu beginnen oder fortzusetzen (z.B. Halten, Drücken, unregelmäßiges Schlagen oder stoßen).

Exzessive Gewaltanwendung: Exzessives Ausmaß an Gewalt entweder als Bestrafung für Widerstand oder offenkundig grundlose Gewaltanwendung (z.B. wiederholte Schläge, Würgen, Treten).

Ad IX. V. 3 Täter-Opfer-Interaktion (nach Smith, 2000b)

Kommunikation unpersönlich: Täter gibt auf sachliche Art Anweisungen.

Kommunikation inquisitorisch: Ausfragen des Opfers über Vergangenheit, Adresse, Beziehungen.

Kommunikation abwertend: Beleidigende und abwertende Äußerungen.