

# Psyche – Soma – Delinquenz

Zu Empirie und Klinik psychosomatischer Störungen bei Rechtsbrechern:  
eine Übersicht

Ulrich Kobbé

## *Psyche – Soma – Delinquency Empirical and Clinical Datas of Psychosomatic Disturbed Delinquents: Discussion and Survey*

### Zusammenfassung

Psychosomatische Störungen bei Rechtsbrechern sind ein wenig untersuchtes klinisches Phänomen. Der Beitrag präsentiert empirische Ergebnisse einer unausgelesenen Feldstudie an n = 202 psychisch kranken Rechtsbrechern der forensischen Psychiatrie, von denen für n = 48 Probanden psychosomatische Störungen diagnostiziert wurden. Die Auswertung der durchgeführten multi- und bivariaten Analysen weist unter anderem auf einen iatrogenen Einfluss des Freiheitsentzugs hin: Die Störungen lassen sich als autoplastische Konfliktabwehr und -bewältigung auf der Grundlage struktureller Persönlichkeitsmerkmale und korrespondierender Ichfunktionsschwächen (Impulskontrolle, Angsttoleranz, Sublimierungs- und Kommunikationsfähigkeit) beschreiben. Hierbei lassen sich psychosomatische von perversen Strukturierungen der Persönlichkeit abgrenzen. Das psychosomatische Symptom kann strukturell als autoplastisch-autoaggressive Reaktion von alloplastisch-fremdaggressivem Agieren unterschieden werden, doch ist es von einer forensisch-psychologisch als deliktrelevant zu beurteilenden Dynamik unterlegt.

### Abstract

Psychosomatic disorders of delinquents are current clinical phenomena, but they are rarely examined and discussed. The contribution presents empirical-statistical results of a field-study with n = 202 unselected forensic patients in disciplinary measures. Psychosomatic diseases have been diagnosed in n = 48 cases. The interpretation of multi- and bivariate statistics hints at an iatrogenic influence on detainees: Their psychosomatic disorders can be described as forms of autoplasmic defence which must be considered in the context of specific basic personality structures and corresponding disturbed ego functions (control of impulses and anxiety, competence of communication and sublimation). This psychosomatic structure can be differentiated from perverse structured personalities. Characterised as an autoplasmic and auto-aggressive reaction, the psychosomatic symptom can be distinguished from alloplasmic and hetero-aggressive acting. Nevertheless these psychodynamics seem to be forensic-psychological predictors for anticipated delinquent relapses.

### Key words

Forensic psychiatry · Defence mechanisms · Alloplasticity versus autoplasmicity · Psychosomatic personality structure

### Psychosomatik und Delinquenz – ein Überblick

Der vorliegende Beitrag stellt empirische Ergebnisse zur Psychosomatik im Kontext forensisch-psychiatrischer Unterbringung psychisch kranker/gestörter Rechtsbrecher dar. Wenngleich es sich um Spezialgebiete der Medizin wie der Klinischen Psychologie handelt, finden sich lediglich sehr vereinzelt Arbeiten zur

Prävalenz psychosomatischer Störungen bei dieser Patienten-Gruppe und zum Zusammenhang von Psychosomatik und Delinquenz. Zwar erwähnt In der Beek [1] die Psychosomatik als im forensischen Gebiet noch nicht tätige Disziplin, doch wird in anderen Berichten [2–6] gefordert, sie explizit für – psychisch kranke – Straftäter zu thematisieren. Dennoch liegen nach Durchsicht der Literatur weiterhin keine empirischen Daten zur

**Institutsangaben**  
Universität Essen

#### Korrespondenzadresse

Dr. Ulrich Kobbé · Universität Essen · Fachbereich 2 · 45117 Essen · E-mail: ulrich.kobbe@uni-essen.de

**Eingegangen:** 24.7.2000 · **Angenommen:** 12.11.2001

#### Bibliografie

Psychother Psych Med 2002; 52: 256–264 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0937-2032

psychosomatischen Belastung von Tätern im Strafvollzug vor. Die Abstinenz der klinisch-forensisch tätigen Ärzte und Psychologen ist insbesondere befremdlich, weil die freiheitsentziehende Unterbringung von Rechtsbrechern unmittelbar auf Körper und Psyche einwirkt. Wenngleich die „peinlichen“ Körperstrafen absolutistischer Herrschaft (Züchtigung, Tätowierung, Brandmarkung, Verstümmelung, Marter, Hinrichtung) mit der Zeitstrafe des Freiheitsentzugs durch ein scheinbar „körperloses“ Strafsystem ersetzt wurden, beinhaltet dieses dennoch eine Disponibilität des Körpers.

Als eines der Ergebnisse dieser neuen, individualisierten Strafmechanismen konstatiert Foucault [7] lapidar: „Die Seele tritt auf die Bühne der Justiz.“ Dieser Aspekt der „Konfiszierung von Lebenszeit als der nunmehr sich durchsetzenden Form strafen den Eingreifens“ [8] führt dazu, dass mancher Rechtsbrecher dem strafenden Staat, konkret dem Richter, aber auch dem forensischen Psychologen oder Psychiater, entgegenhält: „Meine Seele gehört mir! [9]“. Denn diese „Seele“ sei nicht nur „Effekt und Instrument einer politischen Anatomie“ [7] geworden, sondern stelle zugleich die gemeinsame Matrix des Strafrechts und der Wissenschaften der Medizin oder Psychologie dar [54].

### Psychosomatisch gestörte Rechtsbrecher

Hinsichtlich der Persönlichkeit und Psychodynamik psychosomatisch gestörter Straftäter kommt dem psychosomatischen Symptom nicht primär Ausdruckscharakter zu, sondern es stellt häufig eine „nichtkonfliktspezifische Reaktionsform“ der „Reparation narzisstischer Lücken“ dar [6]. Ein vom Täter noch nicht bewusst erlebter Konflikt wird nunmehr – neben dem delinquenten Agieren im Sozialen – als somatisches Symptom im Sinne (noch) nicht mitteilbarer, präverbaler Erlebnisinhalte artikuliert.

Von der psychodynamischen Interpretation her sind „körperliche Beschwerden und Anpassung („gute Führung“)“ in der Fantasie des Delinquenten unter Umständen „die einzigen Möglichkeiten, die (...) eine gewisse Freiheit garantieren“ [10], so dass Konflikte in der freiheitsentziehenden Unterbringung (Strafhaft, Maßregelvollzug) zwar durch Somatisierung ausgedrückt, aber eben auch ausgeblendet werden. Zum meist nur am Rande [11] bemerkten Zusammenhang von psychosomatischer Reaktion und delinquentem Verhalten sind für psychosomatisch Gestörte wie für Straftäter erheblich gestörte Objektbeziehungen feststellbar: Wenn die Objekte bei beiden vorwiegend zur Bedürfnisbefriedigung dienen, klammert sich der psychosomatisch Gestörte unbewusst an das Partialobjekt, wogegen der Straftäter unbewusst dazu tendiert, seine – vermeintliche – Unabhängigkeit vom Objekt zu demonstrieren und zugleich in der Hoffnung auf Befriedigung an dieses frühe Objekt gebunden bleibt [2]. So genannte „primitive“ Abwehr- und Bewältigungsmechanismen (Projektion, projektive Identifikation, Verleugnung) dienen der Aufrechterhaltung von Größenfantasien und einer Allmacht der Gedanken, wobei die psychosomatisch Gestörten sich in ihrer größeren Objektabhängigkeit autoplastisch der psychosozialen Realität anzupassen suchen, während Straftäter zur Bewältigung von Unlustgefühlen den alloplastischen Modus des delinquenten Agierens wählen.

Analog dazu beschreibt Stemmer-Lück [12] bei Straftätern eine „erhebliche Symptomatik mit psychosomatischen Beschwerden,

Depressivität, Aggressivität und Erregbarkeit“ in Verbindung mit geringem Problembewusstsein und geringer Behandlungsbereitschaft.

### Psychosomatik als autoplastische Bewältigung

Für den psychisch kranken Straftäter im Freiheitsentzug bedeutet dies, dass er seine unbewussten Fantasien und Triebtendenzen nicht (mehr) alloplastisch im sozialen Raum agieren kann. Vielmehr wird ihm „eine besondere Anpassungsleistung (...) an normative Verhaltenserwartungen“ abverlangt [13], zu der er nicht oder nur bedingt in der Lage ist. Angesichts der Unmöglichkeit zu objektbezogenen Selbststabilisierungsakten im Delikt neutralisiert die psychosomatische Selbstobjektwahl die Kränkung, „die von der Diskrepanz zwischen dem Selbstentwurf und der faktisch eingeschränkten Subjektivität des Subjektes ausgeht“ [14]. Damit muss der Übergang vom alloplastischen zum autoplastischen Geschehen von Personen, die sich bislang primär durch fremdaggressive Handlungen stabilisierten und denen dies nun unmöglich ist, als mitunter ichfremd empfunden und höchst irritierend erlebt werden [15]. Denn zwar ist das Ich potenziell entlastet, doch hat es sich um den Preis einer Beeinträchtigung seines – narzisstisch besetzten – Körpers (und Körper selbst) nur „arrangiert“ [16]. Eine derartige Präferenz des Körpers impliziert einerseits für die narzisstische Objektwahl

- in der Version des Körperinneren eine Disposition zu psychosomatischen Erkrankungen,
- mit dem Referenzpunkt der Körperperipherie und mit gelungener Sexualisierung hingegen verschiedene Formen der Perversionsentwicklung [17].

Hiervon abzugrenzen sind perverse Zwangsstrukturen, bei denen das Handlungsselbst Objekt der Autonomieregulierung ist und insofern der Wille „und nicht der Körper per se“ erotisiert wird: „Sexuell erregend ist, falls es überhaupt dazu kommt, die Ausübung von Willen am anderen oder sich selbst“, das heißt, die „Überwindung des als gegensätzlich erlebten Willens des anderen oder des eigenen Körperwollens“.

Dabei resultiert die ichdystone Verarbeitung des psychosomatisch gestörten Rechtsbrechers aus einem Nichtverstehen der eigenen „Organsprache“, da Menschen auf der präverbalen Kommunikationsebene auf ein – zumindest empathisches/intuitives – Verstehen der damit einhergehenden „occurring emotions“ als körperlich verankerten Affektanteilen angewiesen bleiben [14], um diese als sinnhaft wahrnehmen, dechiffrieren und verstehen zu können [18]. Hinsichtlich Körpersubjekt und Körperobjekt als Doppelaspekte sozialer Interaktion und psychodynamischer Prozesse wird soziale Kontrolle über individuelles Verhalten „dadurch ausgeübt, dass das Individuum zu sich als Körperobjekt Stellung nimmt: Soziale Normen und kulturelle Werte gehen in Erwartungen an das individuelle Verhalten ein, normierte Erwartungen, die greifbare Anweisungen für die Teilnahme an der sozialen Interaktion enthalten“ [14]. Diese „Differenz von Körper und Körper“ [19] hebt nicht nur die – illusionäre – Einheit von Soma und Psyche auf: Zwischen Körpersubjekt und -objekt „schiebt“ sich zugleich die Ordnung des Symbolischen als Verkettungs- und Tauschsystem der Dinge und der sprachlichen Zeichen. Mit diesem „Einschreibsystem“ von Zivilisation und Kultur entsteht auf der Matrix der oben genannten Differenz – als Verdrängtes – das sprachlich strukturierte Unbewusste, „denn unser Verhältnis zum Unbewussten ist aus unserem Imaginären ge-

webt, ich will sagen aus unserem Verhältnis zu unserem eigenen Körper“ [20].

Institutionell stellt die freiheitsentziehende Unterbringung im Straf- oder Maßregelvollzug eine normative, infrage stellende und repressive Praxis, einen soziale Angst und symptomerzeugenden Raum dar [21]. „Ist der normative Druck, der durch die soziale Kontrolle auf das individuelle Verhalten ausgeübt wird, stark, und die Chance der Neuintegration von Verhaltensmustern durch die Individuen gering, dann laufen jene generativen Leistungen des Ichs, durch welche die Doppelaktivität von Körperobjekt und Körpersubjekt vereinbart wird, zu unbewusst ab. Es muss angenommen werden, dass dies die Bedingung ist, aufgrund derer der psychosomatisch Kranke einen psychodynamischen Konflikt so verarbeiten kann, dass neurotische Symptombildung und Teilnahme an der sozialen Interaktion miteinander vereinbar bleiben. In der Preisgabe der Reflexionsfähigkeit um der Teilhabe an der sozialen Interaktion willen liegt offenbar der subjektive Sinn und der intentionale Gehalt der psychosomatischen Symptomwahl“ [14].

Darüber hinaus ist für die sich in Behandlung befindlichen Rechtsbrecher eine (psycho-)therapeutische Reaktivierung deliktrelevanter Konflikte (Scham, Schuld) und deren Abwehr beschreibbar. Insofern haben sowohl der Freiheitsentzug für sich als auch die Behandlung unter Bedingungen gesellschaftlichen Ausschlusses iatrogenen Charakter [22].

### Untersuchungsprojekt zur Psychosomatik und Delinquenz

Die vorliegenden empirischen Daten sind Teil eines umfangreicheren Forschungsprojekts [23], bei dem unterschiedliche Aspekte der klinischen Praxis eines forensisch gebräuchlichen Screening- und Ratinginstruments untersucht wurden [24–26]. Das Verfahren ermöglicht die Fremdbeurteilung unterschiedlicher anamnestischer, deliktbezogener, diagnostischer, klinisch-therapeutischer und verhaltensabhängiger Eigenschaften des jeweiligen Patienten [23]. Ziel ist die Gewinnung eines standardisierten Querschnitts prognoserelevanter Daten in halbjährlichem Abstand anlässlich der Behandlungsplanfortschreibungen.

Angesichts der Tatsache, dass sich psychosomatische Symptome einerseits als Korrelate verschiedenster Affekte – insbesondere von Angst und Aggression – beschreiben lassen und andererseits „autoaggressive Prozesse über das Immunsystem unmittelbar mit den Affekten verbunden sind“ [17], erschien eine Untersuchung der psychosomatischen Angaben im vorgenannten Beurteilungsbogen indiziert. Bedeutsam erschien darüber hinaus, dass die psychosomatischen Beschwerden auf die subjektive Struktur, damit auf die innere Wirklichkeit von symbolisiertem Verhalten und Bedeutung, verweisen. Das betreffende Item fragt nach Angaben zu „körperlichen Beschwerden“, wobei einerseits als Klartextfeld nach der Art der Beschwerden gefragt und andererseits auf einer 5-stufigen Skala ein Rating zwischen „ausgeprägt“ und „keine“ gefordert wird.

### Feldforschung in der forensischen Psychiatrie

In die Gesamtuntersuchung gingen n = 202 Beurteilungsbogen mit max. 61 Items ein, so dass die erfragten somatischen und psychosomatischen Störungen bzw. Erkrankungen nur einen

von zahlreichen Datensätzen darstellten [23]. Auf der Basis der grundsätzlichen theoretischen Überlegungen zum Zusammenhang psychosomatischer Manifestationen und Störungen/Erkrankungen mit Straffälligkeit als auch delinquentem Agieren erfolgte eine Durchsicht des Items hinsichtlich der Klartexteintragungen. Für die statistische Verrechnung wurden eine Aufbereitung, Rekodierung, Transformation und Selektion der Daten vorgenommen: Anhand der Klartextangaben zur Art der Beschwerden wurden entsprechend den von Hollingshead u. Redlich [27] vorformulierten Kriterien alle psychogenen Reaktionen aufgenommen und hieraus ein neues Item „Psychosomatische Störungen“ – PSYSOM – gebildet, für das im Rahmen der Evaluationsstudie des Westfälischen Arbeitskreises „Maßregelvollzug“ [24,25] zuvor bereits ein signifikanter Zusammenhang mit der Prognoseentscheidung errechnet wurde. Die Rekodierung der Fälle ergab folgende Verteilung der Ausgangsdatsätze (Tab. 1).

Tab. 1 Verteilung somatische – psychosomatische – keine Störungen.

	n	%	korr. %
somatisch erkrankt	53	26,2	28,0
<b>psychosomatisch gestört</b>	48	23,8	<b>25,4</b>
ohne Beschwerden	88	43,6	46,6
keine Angaben	13	6,4	–
Σ	202	100,0	100,0

### Fragestellung und statistische Methode

Wie ersichtlich, war die Anzahl der psychosomatischen Fälle (n = 48) zu gering, um einzelne oder spezifische Störungen untersuchen zu können, da die jeweiligen Diagnosen zu kleine Fallzahlen aufgewiesen hätten<sup>1</sup>. Die Fallzahlen ermöglichten jedoch die explorative statistische Analyse der Beziehungen zwischen dem Item PSYSOM und anderen Items mit Hilfe der Diskriminanzanalyse.

### Ergebnisse der Diskriminanzanalysen

In einer multivariaten Analyse von n = 189 Fällen mit 37 unabhängigen Variablen ergab sich diskriminanzanalytisch ein Modell mit acht Variablen, das knapp 41 % der Streuung erklärt und zugleich hochsignifikant ist.

*Interpretation:* Erwartungsgemäß hat das Item für rein somatische Krankheitssymptome den stärksten diskriminatorischen Stellenwert. Daneben ist das Alter des Patienten keine Einfluss-

<sup>1</sup> Die Krux der statistischen Auswertung zu geringer Untersuchungsfälle wird beispielhaft an einem neueren Beitrag zur psychosomatischen Erkrankung psychisch gestörter Rechtsbrecher deutlich [28]: Zwar umfasst die Studie „zu Beginn“ n = 62 Patienten, doch wird weder die Zahl der dann psychosomatisch Erkrankten angegeben noch ist die Gesamtpopulation für mehr als deskriptiv-statistische Angaben geeignet. Bereits die vorgenommene Zuordnung zu verschiedenen Persönlichkeitsstörungen führt mit der Berechnung von Prozentangaben anstelle von Rohwerten zur zwangsläufigen Überinterpretation der Daten. Wissenschaftlich-statistisch höchst problematisch – und insofern selbst als hypothetische Aussage methodentheoretisch gewagt – wird dann erst recht die Interpretation, unterschiedliche Persönlichkeitsstörungen wiesen „spezifische Somatisierungsmuster“ [28] auf.

Tab. 2 Diskriminanzanalyse PSYSOM.

standard. Diskriminanzkoeffizient	Variable/Item
0,87690	somatische Erkrankung
- 0,36433	Eltern als Bezugspersonen
- 0,36232	Alter bei Beurteilung
0,34521	Selbstaggressionen
0,29540	Bestehen einer tragfähigen therapeutischen Beziehung
0,27872	Beziehungsstörung als zentrale Problematik
- 0,25949	sexuelle Verhaltensabweichungen und Störungen (ICD-9: 302)
- 0,25237	Vorliegen einer psychotischen oder hirnorganischen Dauerveränderung (Defekt)

variable für die Entwicklung psychosomatischer Symptome, das heißt, diese sind – wie sich im Folgenden zeigen lässt – altersunabhängig von ichstrukturellen Dispositionen und abhängig von aktuellen psychodynamisch-affektiven Verarbeitungsmöglichkeiten. Im Weiteren folgt die Diskussion der anderen erklärenden Variablen.

### Selbstaggressionen

Die in der vorgenannten Diskriminanzanalyse enthaltene Variable der „*Neigung zu Selbstaggressionen*“ forderte lediglich ein Rating, so dass sich mangels Klartextangaben keine inhaltliche Auswertung vornehmen lässt. Mit lediglich 17,4% als „eher hoch“ oder „mittel“ selbstaggressiv eingeschätzten Patienten ist die Neigung zu manifest autoaggressiven Handlungs- und Reaktionstendenzen insgesamt gering.

*Interpretation:* Unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten kann die autoaggressive Kompromissbildung sowohl Abwehr als auch Triebaspekte beinhalten, durch den Konflikt inkompatibler, verleugener Scham- und Schuldaffekte bedingt sein und/oder von masochistischen Triebbedürfnissen bestimmt werden. Auf die Struktur der Persönlichkeit bezogen, kann sie einen Versuch der Spannungsregulation darstellen, vor dem Hintergrund von Störungen des Selbst- und Körperbildes eine narzisstische Selbststabilisierung bzw. Selbststimulierung sein und/oder eine Abwehr von Selbstfragmentierung zum Ziel haben.

Auf den Freiheitsentzug bezogen, lassen sich Selbstaggressionen aber auch als Ausdruck eines reaktualisierten Widerstandes „gegen die Zumutungen der herrschenden Realität“ auf vorsprachlicher Reaktionsebene verstehen, das heißt als „unterhalb der Sprache liegendes autonomes Sinn- und Wirksystem“ [29] sowie als körperbezogene Interaktionsformen der Geste, des Verhaltens oder der Handlung [30] mit einer spezifischen „Grundspannung in der Subjektivität“ [31].

### Elternbeziehungen

Weiterhin enthält das diskriminanzanalytische Modell die Variable fehlender Elternkontakte, wobei lediglich für 33% der untersuchten Population (n = 67 Patienten) Beziehungen zu Eltern angegeben werden.

*Interpretation:* Diskutiert werden können zwei prinzipiell unterschiedliche Interpretationsmöglichkeiten, die jede für sich bedeutsame Auswirkungen auf die strukturelle Ichentwicklung haben:

Erstens sind Patienten – wie überdurchschnittlich viele forensisch-psychiatrische Patienten [32,33] – bereits in früh(est)er Kindheit in Broken-home-Situationen mit emotionaler Distanz bzw. Vernachlässigung oder im Säuglings- bzw. Kinderheim aufgewachsen, so ist von allgemein traumatisierenden Bedingungen im Sinne eines konstanten traumatogenen Umfeldes mit traumatogenen Objektbeziehungen auszugehen. Als Aufeinanderfolge von Ereignissen und Situationen, die den Reizschutz des Kindes in ihrer Kombination nachhaltig durchbrechen und Störungen der Spannungsregulation bedingen, führt diese Dynamik wegen abrupt erforderlicher Introjektionen zu Störungen der Objektbeziehungen sowie wegen forciert Selbstständigkeitserfordernisse zu nachhaltigen Beziehungsstörungen [34]. Dabei wird der Zusammenhang von familiären Sozialisationsmerkmalen mit späterer Delinquenz für die Fälle belegt [35], in denen in der frühen Kindheit manifeste Verwahrlosung herrschte und/oder Bezugspersonen der frühen Kindheit selbst manifest deviantes Verhalten aufwiesen und/oder die in den ersten sechs Lebensjahren Konflikte und Gewalt erlebten [36].

Zweitens ist die „*Beziehungsunfähigkeit*“ forensisch-psychiatrischer Patienten weder monokausal auf die fehlende Präsenz noch auf emotionale Qualitäten der frühen Bezugspersonen noch auf ein allgemeines Klima der Herkunftsfamilie mit Gewalt, Konflikten, Verwahrlosung und/oder emotionaler Vernachlässigung noch auf ein schwaches soziales Netz außerhalb der Familie zurückzuführen [37]. Als wesentlicher Faktor stellt sich eine Persönlichkeitsstörung heraus, die zwar einerseits Effekt der zuvor genannten Bedingungen ist, andererseits offensichtlich aber auch auf andere Bedingungen zurückgeht und zugleich auf einen Teil der aufgelisteten Bedingungen einwirkt.

Zusätzlich finden sich unter den forensisch-psychiatrischen Patienten auch Personen, für die eine real zwar nicht (mehr) mögliche, jedoch emotional weiterhin existierende Abhängigkeitsbeziehung zu den Eltern zu beschreiben ist, deren symbiotischer Charakter reifere Formen der Affektverarbeitung ebenso wenig zuließ wie eine Aufnahme anderer enger zwischenmenschlicher Beziehungen. Beziehungsabbruch zu den Eltern – wie unter Umständen auch Straffälligkeit – sind bei diesen Personen als inadäquate Autarkiebeweise zu verstehen, die sie allerdings umso mehr an diese fantasmatistische Beziehung binden. Unter Berücksichtigung von Arbeiten zur „*pensée opératoire*“ psychosomatischer Patienten [38,39] auf den symbiotisch beeinflussten – autonomiebehinderten – Prozess der Strukturbildung des Kindes deutet die psychosomatische Symptomatik in einigen Fällen dementsprechend auf frühkindliche familiäre Interaktionsformen und -erfahrungen symbiotischer Art hin.

### Therapeutische Beziehungen

Die in diskriminanzanalytischen Modell ebenfalls enthaltene Variable der „*tragfähigen therapeutischen Beziehung*“ zeigt nicht nur an, dass der psychosomatisch erkrankte, psychisch gestörte Rechtsbrecher noch behandlungsbedürftig ist und sich in Behandlung befindet. Offensichtlich ist er auch in hinreichendem Maß bindungs- und frustrationsfähig, da die „*Tragfähigkeit*“ a

priori dadurch definiert ist, dass die Patient-Therapeut-Beziehung ein „Nein“, eine Versagung, ertragen können muss, ohne dass dieses Arbeitsbündnis hierdurch infrage gestellt wird. Tatsächlich ergeben sich für diese Variable

- regressionsanalytisch ein signifikanter Zusammenhang mit dem Item des „*kooperativen Gesamtverhaltens*“ und
- bivariat eine signifikante Korrelation mit dem Item „*Kommunikationsfähigkeit*“.

*Interpretation:* Die sich in tragfähigen Behandlungsbeziehungen befindlichen Patienten werden als kooperativ eingeschätzt, wobei diese basale Kooperationsfähigkeit aber andererseits Grundlage der Entwicklung dieser therapeutischen Gestalt ist. Diesbezüglich wird die therapeutische Beziehung in ihrer Tragfähigkeit maßgeblich von der Kommunikationsfähigkeit des Patienten beeinflusst, wogegen sich der umgekehrte Bedingungs Zusammenhang nicht findet. Kooperatives Gesamtverhalten hängt, wie die weitergehende regressionsanalytische Untersuchung zeigt, mit der Fähigkeit zur Impulskontrolle und ebenfalls der Kommunikationsfähigkeit zusammen. Zugleich aber hat „*Kooperation*“ einen negativen Zusammenhang mit der Aufenthaltsdauer, nimmt also mit zunehmender Unterbringungs- und Behandlungszeit ab. Insofern hat kooperatives Gesamtverhalten unter Umständen auch kontraphobische Funktion und wäre dementsprechend mitnichten Ergebnis kommunikativer Kompetenz, sondern fallweise gegebenenfalls auch Resultat interpersoneller Abwehr durch Anpassung und Unterwerfung [10]. Abnehmende Kooperation kann gleichzeitig aber auch – therapeutisch gewünschter – Effekt zunehmender Autonomieentwicklung sein, die neben Compliance zwangsläufig zu Infragestellungen und Kritik institutionell geforderter Mitarbeit führt [40].

### **Beziehungsstörung**

Die weitere Beziehung der Variable PSYSOM zum Item „*Beziehungsstörung als zentrale Problematik*“ lässt sich anhand der Daten inhaltlich nur wenig aufklären, da diese Attribution in über 50% aller Fälle vorgenommen wird. Demgegenüber wurden unter Berücksichtigung der Zweit- und Drittdiagnosen jedoch nur bei max. 26,5% der Patienten Persönlichkeitsstörungen als klassisches Paradigma von Beziehungsstörung diagnostiziert.

*Interpretation:* Vermutlich handelt es sich bei dieser Angabe zur zentralen Problematik nicht um eine klinische Diagnose, sondern um den Versuch, in den jeweiligen Differenzialdiagnosen nicht enthaltene oder aus diesen nicht mehr ersichtliche Zusatzinformationen zu erhalten. Soweit beurteilbar, wird die Beziehung des Patienten zu sich, zu seinem Körper und/oder zu seiner Umwelt als im weitesten Sinne gestört wahrgenommen – dies immerhin so ausgeprägt, dass dies als ein wesentliches Problem der Person und der Behandlung beurteilt wird.

Die Variable „*Beziehungsstörung als zentrale Problematik*“ lässt sich unter Bezug auf weitergehende Analysen weiter konkretisieren: Bei Durchführung einer explorativen faktorenanalytischen Untersuchung des Beurteilungsbogens ergab sich ein varimaxrotiertes Faktorenmodell, das 42,6% der Gesamtvarianz erklärte. Auf Faktor 1 dieses Modells laden nicht nur die Diagnose der Persönlichkeitsstörung und die Attribution von Beziehungsstörung, sondern es lässt sich anhand der Faktorstruktur auch herausarbeiten, dass es sich hierbei nicht um ein Oberflächengeschehen des Verhaltens, sondern um strukturelle Persönlich-

keitsdispositionen handelt. Psychosomatische Störung ist unter diesem Aspekt mit strukturell bedingten – also in Modellen der Objektbeziehungstheorie beschreibbaren – Beziehungsstörungen in Verbindung zu bringen.

Neben der Tatsache, dass dieses Item erneut auf den interaktionellen Aspekt der psychosomatischen Symptomatik verweist, erlangt diese Variable zusätzliche Bedeutung, da für  $n = 36$  Patienten der Gesamtpopulation (18,1%) definitiv eine Beziehungstat – ein aggressiver Lösungsversuch eines Beziehungskonflikts also – als Tatcharakterisierung angegeben wird.

### **Sexualstörungen**

Als weitere erklärende Variable werden negative Zusammenhänge mit Sexualstörungen im Sinne sexualisierten und/oder aggressivierten Beziehungsverhaltens festgestellt, das heißt es bestehen keinerlei inhaltliche Beziehungen zwischen Sexualstörung und Psychosomatik.

*Interpretation:* Hinsichtlich der affektiven Struktur psychosomatischer und perverser Patienten handelt es sich bei der psychosomatischen Struktur um die „Veräußerlichung eines im Körper lokalisierten malignen Objekts“ mit dem korrespondierenden negativen Leitaffekt des Ekels, wogegen bei der perversen Struktur eine Besetzung des Handlungselbst mit entsprechenden Abwehrvorgängen der Projektion und projektiven Identifikation als „Veräußerlichung vermeintlichen eigenen Handlungswillens auf die Partner“ vorliegt [17]. Indem es sich um zwei strukturell zu unterscheidende Formen der – kompensatorischen – Objektwahl handelt, lassen sich die psychosomatischen Störungen auf diesen „intimsten Kern der Subjektivität“, auf spezifische Formen der Ausdifferenzierung von aggressiven und sexuellen Impulsen bzw. Bedürfnissen als hier genetisch frühgestörtem Fundament der Persönlichkeit beziehen [29].

Dennoch ist nicht davon auszugehen, dass die klassifikatorischen ICD-Diagnosen der sexuellen Verhaltensabweichungen und Störungen diese persönlichkeitsstrukturellen Charakteristika hinreichend erfassen. In der oben genannten faktorenanalytischen Untersuchung des Beurteilungsbogens ließ sich unter anderem ein weiterer Faktor berechnen, der weitgehend durch Sexualdevianz und Sexualaggression charakterisiert ist [23]. Da die auf dem Faktor ladenden Variablen primär die Symptom- und Verhaltensebene und nur indirekt kausale Bedingungen der Störung bzw. Delinquenz betreffen, bestätigt dies die kritisierte unzureichende Erfassung der Strukturbildung. Die Items dieses Faktors beziehen sich folglich primär auf die Oberfläche des Verhaltens, erfassen allenfalls indirekt die Tiefenstruktur pervers strukturierter Persönlichkeiten.

Insofern finden durchaus auch Wechsel von alloplastisch sexualdelinquentem Agieren zu autoplastisch-psychosomatischem Reagieren statt, sofern es sich nicht um eine perverse Persönlichkeitsstruktur im genannten Sinne handelt. Dies betrifft narzisstisch gestörte Personen, die dazu neigen, ihre Angst vor subjektiv drohendem Objektverlust beispielsweise in Gewaltinteraktionen mit extrem raschen Wechseln zwischen selbst- und fremdaggressivem Drohen abzuwehren bzw. zu bewältigen. Auslösende Bedingungen hierfür sind unter anderem ein Sich-Zurückziehen des Objekts, nicht ausreichende Beherrschbarkeit des Objekts, zu große Aktivität oder Anziehung des Objekts mit der Gefahr sym-

biotischer Vereinnahmung [41]. In diesem Sinne beschreiben auch Schorsch et al. [42] in der Auswertung eines Therapieforschungsprojekts bei Sexualstraftätern, eine Gruppe von Patienten habe ihre inneren Spannungen „extrapsychisch“ in Form von antisozialen Ausbrüchen ausagiert und/oder als psychosomatische Symptome erlitten. Da diese fremdaggressiven Kompensationsmuster innerhalb der freiheitsentziehenden Unterbringung nicht mehr zur Verfügung stehen, muss die Angst bzw. narzisstische Bedrohung durch Regression auf autoplastische Selbststabilisierungsmechanismen – durch Wendung gegen sich selbst – abzuwenden versucht werden, was im Übrigen parallel zu klassischen psychosomatischen Erkrankungen auch im Sinne von „heimlichen Selbstmisshandlungen“ geschieht bzw. geschehen kann [43].<sup>2</sup>

### Psychosomatische Störung als institutioneller Effekt

In den theoretischen Überlegungen zur narzisstischen Stabilisierungsfunktion des psychosomatischen Symptoms wurde zuvor bereits mehrfach behauptet, diese Dynamik werde durch den Freiheitsentzug induziert oder aber mindestens aktualisiert. Aus einem Vergleich der in der Unterbringung festgestellten psychosomatischen Störungen mit den diesbezüglichen Angaben in den Unterbringungsgutachten über den Befund vor der Unterbringung müssten sich diesbezüglich Rückschlüsse ziehen lassen.

Tab. 3 Verteilung der psychosomatischen Störungen vor und während Freiheitsentzug.

	aktueller Befund in der Unterbringung			Vorbefunde in Unterbringungsgutachten		
	n	%	korr. %	n	%	korr. %
somatisch erkrankt	53	26,2	28,0	33	16,3	16,9
<b>psychosomatisch gestört</b>	48	23,8	<b>25,4</b>	13	6,4	<b>6,6</b>
ohne Beschwerden	88	43,6	46,6	150	74,3	76,5
keine Angaben	13	6,4	–	6	3,0	–
Σ	202	100,0	100,0	202	100,0	100,0

Anhand der deutlichen Differenz von 6,6% psychosomatischen Störungen vor und 25,4% während der freiheitsentziehenden Unterbringung wird deutlich, dass es sich durchaus auch um ein zugleich iatrogenes Geschehen handelt.

*Interpretation:* Versteht man den Körper als Objekt strafender wie heilender Anwendung von Macht, sind psychosomatische Symptome als Zeichen einer Verwerfung, als Ausschluss von Symbolen aus der Psyche zu verstehen: „Der Körper wird nur symbolisch, wenn er anstelle von etwas Verdrängtem in ein Bedeutungsverhältnis mit anderen psychischen Repräsentanzen tritt“ [44]. Mithin weist das Körpersymptom als „Zeichen“ –

<sup>2</sup> Wie dramatisch die Dynamik dieser heimlichen Selbstverletzungen zur Spannungsabfuhr sein können, zeigt das Beispiel eines Patienten, der schamhaft unter Schmerzen mit einer Verletzung am Penis den diensthabenden Arzt aufsuchte und die Einreißen in Praeputium und Glans – diese symbolische, angedeutete Selbstkastration – erst mit „Lösungsversuchen von Verklebungen der Vorhaut“, dann mit „herunterfallendem Toilettendeckel“ zu erklären suchte.

nicht jedoch Signifikant – auf nicht bearbeitete Konflikte hin: Es „stellt diese Konflikte aber nicht dar“ [45]. Das heißt, dass die Symbole vom ursprünglich Bezeichneten getrennt und damit zu so genannten affektiv-leeren Zeichen werden, indem das Phänomen „nur noch die Spur, ein Teil der Struktur“, ist, die durch die Signifikanten konstituiert wird [46]. Diese Leerstelle wird durch Abwehrmechanismen der Rationalisierung, Verschiebung – und damit auch der Somatisierung – geschlossen, so dass es zu einer „privatistischen Verzerrung“ der Zeichen, zu einer Regression des Individuums auf eine „partielle Privatsprache“ kommt [47], die die subjektive Struktur des Patienten deutlich macht.

Diskursanalytisch sind diese Zeichen auch als Ausdruck von Disziplinierung(sversuchen) des Körpers zu interpretieren, die in Form von Einschreibsystemen „den delinquenten Körper einander überlagernd zeichnen“ [19]. Gleichzeitig wird aber ebenso deutlich, dass Subjekte weder der strukturalen Ordnung der Signifikanten noch der institutionellen Bedingungen deterministisch unterworfen sind, sondern dass diese von aktiven Subjekten des Diskurses verwirklicht werden, deren Eigenschaft sie zugleich sind und deren Struktur, wie Sartre transitiv formuliert, „von jedermann, in jeder und durch jede (...) Beziehung existiert“ wird [48].

### Psychose – Hirnorganik – Defekt

Die achte Variable der psychotischen und/oder hirnorganisch bedingten Dauerveränderung fragt pauschal nach dem Nichtvorliegen eines Defekts: Die Feststellung manifester hirnorganischer Veränderungen wie chronifizierter psychotischer Zustände oder Veränderungen markiert die Variable PSYSOM im negativen Sinne; sie weist also auf sich ausschließende Bedingungen hin. Da diese Tatsache offensichtlich weder alle als psychotisch erkrankt noch alle als hirnorganisch beeinträchtigt klassifizierten Patienten der Untersuchungspopulation betrifft, bedarf dieser Befund einer weiteren Untersuchung. In der zuvor bereits zitierten faktorenanalytischen Untersuchung des Beurteilungsbogens ergab sich als erster Faktor ein Faktorenmuster mit elf Variablen [23], von denen allein fünf Variablen inhaltlich mit denen des aktuellen diskriminanzanalytischen Modells in Tab. 2 zusammenhängen bzw. in einem Fall mit ihr identisch sind.

*Interpretation:* Das faktorenanalytische Modell gibt einen Unterschied zwischen der Dynamik eines aktuell eingesetzten Abwehr- und Bewältigungsmechanismus und persistierender Störung oder chronifizierter Beeinträchtigung an. Auf das Ergebnis der diskriminanzanalytischen Untersuchung der Variable PSYSOM bezogen, verweist dies auf die Differenz von Symptomatik und Struktur, indem defizitäre Entwicklungen oder Zustände der Persönlichkeitsstruktur im Sinne einer narzisstischen Überbesetzung des Körper selbst wie „von einem fremden ‚Willen‘ gesteuert“ erscheinen und bei den Betroffenen unter Umständen zu „Maschinenfantasien“ führt. Die psychosomatische Symptombildung hingegen ist – als ebenfalls narzisstische Besetzung des Körper selbst – eine Regression auf eine präverbale Funktions- und Kommunikationsebene. Gerade dies „macht den Unterschied zwischen den Perversionen und Psychosomatosen einerseits und den Psychosen andererseits aus“ [17].

### Güte der Diskriminanzfunktion PSYSOM

Nach Berechnung der Diskriminanzfunktion ist als Bestimmungsmaß für die Güte der Matrix danach zu fragen, wie sie in

Tab. 4 Kreuztabellierung der Diskriminanzfunktion PSYSOM mit tatsächlicher Klassifikation.

	Diskriminanzfunktion		Σ
	psychosomatisch gestört	psychosomatisch nicht gestört	
psychosomatisch gestört	34 70,8	14 29,2	48
psychosomatisch nicht gestört	14 9,9	127 90,1	141
nicht gruppierte Fälle (keine Angaben)	1 7,7	12 92,3	13
Σ	49	153	202

ihrer aktuellen Form zwischen psychosomatisch gestörten und nicht gestörten Patienten zu unterscheiden ist:

Das auf der Grundlage der Diskriminanzfunktion erstellte Rechenmodell ist in der Lage, insgesamt 85,19% der Fälle richtig zu gruppieren, nämlich knapp 71% der psychosomatisch gestörten Patienten zu identifizieren und etwas über 90% psychosomatisch nicht gestörter Fälle richtig zu klassifizieren.

#### Ergebnis bivariater statistischer Analysen

Ergänzend zu multivariaten Verfahren wurden korrelationsstatistische Zusammenhänge auch auf bivariatem Korrelationsniveau berechnet, sofern sie auf 1%- bzw. 5%-Fehlerniveau signifikant waren. Es ergeben sich Zusammenhänge der Variable PSYSOM mit den Items

- der Einnahme von Medikamenten,
- der Impulskontrolle,
- der Bearbeitung der zentralen Problematik und
- einer vorliegenden Sexualproblematik.

#### Medikation

Die gesicherten Zusammenhänge von Medikation und psychosomatischer Störung lassen sich wie folgt näher aufschlüsseln:

- Bei allen PSYSOM-Fällen bestanden eine Verordnung und regelmäßige Einnahme von Medikamenten,
- wogegen die beschwerdefreien Patienten zwar überwiegend, jedoch nicht durchgängig ohne Medikation blieben
- und es sich bei dieser medikamentösen Behandlung ebenfalls um eine regelmäßige Verschreibung und Einnahme handelt.

Diese Befunde sind insofern von Bedeutung, als sich bei Eingehen einer statistischen Fehlerwahrscheinlichkeit von 10% in weiteren Analysen zeigte, dass gelegentliche Medikamentengaben bei Patienten mit einer zentralen Aggressionsproblematik (56% gelegentliche Medikation) und einer zentralen Suchtproblematik (42,5% gelegentliche Medikation) überzufällig häufig erfolgen.

*Interpretation:* Die Daten zeigen an, dass der unregelmäßige, das heißt situative, Bedarf einer Medikation den Charakter einer Krisenintervention hat und damit – im Gegensatz zu regelmäßiger Verordnung – prognostisch als Hinweis auf weiterhin bestehende Instabilität des Patienten zu werten ist.

#### Impulskontrolle

Erwartungsgemäß findet sich auf bivariatem Niveau ein enger Zusammenhang zwischen schlechter Impulskontrolle und dem erhöhten Anteil psychosomatischer Störungen, wobei sich für die Variable der Impulskontrollfähigkeit auf regressionsanalytischem und bivariatem Korrelationsniveau unter anderem auf persönlichkeitsstruktureller Ebene Zusammenhänge mit Ichstärkevariablen der Fähigkeit zur Angsttoleranz, der Sublimierungsfähigkeit und der Kommunikationsfähigkeit berechnen ließen. In handlungs- und verhaltensbezogener Hinsicht finden sich Zusammenhänge mit der Neigung zu Selbstaggressionen und „gravierenden Reaktionen“ in Abgrenzung zu manifesten Fremdaggressionen und Delikten.

*Interpretation:* Die Entwicklung psychosomatischer Symptome weist demzufolge auf strukturelle Störungen sog. Ichfunktionen hin und kann in diesem Kontext als Abwehr- und Bewältigungsmodus beschrieben werden, der nicht als Oberflächenphänomen des Verhaltens, sondern im Kontext einer Tiefenstruktur und als Funktion der Gesamtpersönlichkeit beschrieben werden muss. So beschreiben Schorsch et al. [42] psychosomatische Störungen als ein Charakteristikum für „das strukturlos Chaotische“ schwer gestörter, sozial desintegrierter Patienten. Insofern geht es um Strukturmerkmale der Persönlichkeit, die im Kontext der narzisstischen Besetzungen des Körpers als Differenz von inneren Affekten (Angst, Schuld, Scham, Depression) mit internalisierenden Symptombildern (Suizidalität, Psychosomatik) versus außen gerichteten Affekten (Aggression, Verachtung, Neid, Eifersucht, Wut, Hass) mit externalisierenden Symptombildern (abweichendes Verhalten, Gewalt, Delinquenz) erscheinen [49]. Dennoch handelt es sich bei den psychosomatischen Formen nicht nur um eine intrapsychische, sondern als Affektumkehr immer auch um eine interpersonelle Form der Abwehr.

Hierbei ist gerade für die Untersuchungspopulation psychisch gestörter Rechtsbrecher die Verbalisierungs- und Kommunikationsfähigkeit für die intrapsychische Verarbeitung von Konflikten insofern von Belang, als erst „die Identifizierung einer Erregungsquelle (durch sprachliche Kommunikation)“ dem Individuum „den Weg für die Entdeckung einer Quelle der Abhilfe (öffnet)“. Durch diese Prozesse lernt ein Individuum, seine Impulse zu beherrschen“ [50]. Zu diesem Verhältnis von Körper und Sprache stellt dementsprechend Delenze [51] fest: „Der Körper ist Sprache, weil er im tiefsten Grunde ‚Flexion‘ ist. In der Reflexion ist die körperliche Flexion gleichsam verdoppelt, geteilt, sich selbst gegenübergestellt, auf sich reflektiert; sie erscheint schließlich für sich, befreit von allem, was sie gewöhnlich verbirgt. (...) Wenn aber der Körper Flexion ist, so ist es Sprache auch. Und es bedarf einer Reflexion der Wörter, einer Reflexion in den Wörtern, damit am Ende der flexionelle Charakter der Sprache, befreit schließlich von allem, was ihn zudeckt, erscheint.“

Bleibt nachzutragen, dass es sich bei dem Klientel der Untersuchungspopulation in überdurchschnittlich vielen Fällen um Personen mit schlechten Bildungschancen, aus sozial randständigen Lebenszusammenhängen handelt, die in ihrer verbalen Kommunikationskompetenz wie in ihrer Introspektions- und Abstraktionsfähigkeit zum Teil deutlich eingeschränkt sind. Die Unterbringung im Freiheitsentzug verunmöglicht Konfliktlösungen auf der Handlungsebene, sie „erzwingt“ Impulskontrolle und

eine Auseinandersetzung mit den fast unausweichlichen Affekten, Fantasien, Gedanken, Impulsen und Träumen. Abgesehen von dem gegebenenfalls krankmachenden Charakter dieser unfreiwilligen Selbstkonfrontation fordert dies dem Rechtsbrecher – insbesondere in der Behandlung – neben anderen Fähigkeiten auch verbale Kommunikationsleistungen ab, deren Anspruch häufig unterschätzt wird.

### Behandlungsstand

Weiterhin ist für Patienten mit als gering angegebener Bearbeitung ihrer zentralen Problematik (noch) ein signifikant erhöhter Prozentsatz psychosomatischer Störungen festzustellen. Wenngleich dieses Ergebnis einerseits nicht erstaunt und insofern wenig aussagekräftig erscheint, ist dieser Zusammenhang im Kontext weitergehender statistischer Analysen des Datenmaterials näher dahingehend angebar, dass diese Variable mit der oben diskutierten „Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung“ und der „Kommunikationsfähigkeit“ zusammenhängt. Dass die Behandlung psychosomatisch gestörter forensischer Patienten eine diffizile Aufgabe ist, wird an einer Therapieerfolgs- und Katamneseuntersuchung von Schorsch et al. [42] deutlich, die folgende Statistik publizieren:

Tab. 5 Psychosomatische Symptome bei Therapieende und Katamnese im Vergleich zum Therapiebeginn ([42], S. 152, Tab. 18).

Merkmal	Therapieende (n = 86)		Katamnese (n = 51)	
	n	%	n	%
psychosomatische Symptome				
vorher und nachher unauffällig	48	74	30	77
verschlechtert	2	3	2	5
unverändert problematisch	12	18	6	15
leicht oder deutlich verbessert	3	5	1	3
nicht einschätzbar	21	–	12	–
Σ	86	100	51	100

Schorsch et al. [42] kommentieren dieses Resultat knapp dahingehend, psychosomatische Symptome hätten im Rahmen ihrer deliktspezifischen Behandlung „kaum beeinflusst“ werden können.

**Interpretation:** Das Ergebnis deutet erwartungsgemäß darauf hin, dass es sich bei den psychosomatischen Erkrankungen forensischer Patienten nicht um ein neurotisches Konversionsgeschehen im Sinne einer zweiphasigen Abwehr handelt, sondern dass dies ein persönlichkeitsstrukturell bedingtes Geschehen darstellt, das durch „soziale Instabilität, schwere Persönlichkeitsstörungen, die sich (...) bei den Unterschichtspatienten häufiger finden“ [42], bedingt ist und für das der Einfluss sozialer Faktoren auf die Herausbildung psychischer Strukturen [52] beschrieben wurde.

### Sexualproblematik

Für die zentrale Sexualproblematik ergibt sich der für die diagnostizierten Sexualstörungen bereits berichtete Zusammenhang: Bei den forensisch-psychiatrischen Patienten mit psychosomatischen Beschwerden sind Sexualprobleme deutlich überrepräsentiert; umgekehrt besteht jedoch kein derartiger Zusam-

menhang, das heißt, bei bestehenden Sexualproblemen haben 42,6% der Patienten psychosomatische Störungen, 57,6% hingegen keine psychosomatischen Beschwerden.

**Interpretation:** Das Auftreten von sexuellen mit psychosomatischen Störungen bestätigt den interpersonellen Aspekt der Abwehr, bei der es sich sowohl um eine Regression als auch eine Abwehr durch Umkehrung in der Regression handelt.

### Zusammenfassung

Über die Bedingungen und Prävalenz psychosomatischer Störungen bei Rechtsbrechern liegen bislang nur vereinzelt Daten vor. Die Literatur weist jedoch wiederholt darauf hin, dass es sich um ein ernst zu nehmendes psychodynamisches Geschehen handelt, das weiterer Untersuchung und Aufklärung bedarf. Die anhand eines anwendungsorientierten Beurteilungsbogens an n = 202 psychisch kranken Rechtsbrechern in der forensischen Psychiatrie vorgenommene statische Aufbereitung und explorative Untersuchung der Daten erhellt die Psychosomatik dieser Population dahingehend,

- dass es sich um einen auch iatrogenen, das heißt auch durch den Freiheitsentzug bedingten, autoplastischen Abwehr- und Bewältigungsmodus handelt,
- der theoretisch-modellhaft vor dem Hintergrund einer narzisstischen Besetzung des Körperselbst verstanden werden kann,
- insofern auf strukturelle Persönlichkeitsmerkmale und korrespondierende Ichfunktionsschwächen der Impulskontrolle, Angsttoleranz, Sublimierungs- und Kommunikationsfähigkeit verweist,
- von perversen Strukturierungen der Persönlichkeit abgegrenzt werden kann,
- sich strukturell als autoplastische und autoaggressive Reaktion von alloplastisch-fremdaggressiven Agieren unterscheidet,
- hierbei allerdings die psychosomatische Reaktualisierung dennoch als gefährlichkeitsprognostisch und deliktrelevante Dynamik unterscheidet und definiert<sup>3</sup> sowie
- behandlungsprognostisch eine gegebenenfalls nur bedingt erfolgreich therapierbare Störung darstellt.

### Literatur

- <sup>1</sup> In der Beek M. Die Parasozialen. Beitrag zur Tätertypologie. Kriminologie 1981; 7/8: 1–5
- <sup>2</sup> de Boor C. Psychosomatische Symptome und delinquentes Verhalten. Überlegungen zur Spezifitätstheorie. Psyche 1976; 30 (7): 625–641
- <sup>3</sup> Guze SB. A study of recidivism based upon follow-up of 217 consecutive criminals. J nerv ment Dis 1964; 138: 575–580
- <sup>4</sup> Guze SB. Conversion symptoms in criminals. Am J Psychiatry 1964; 121: 580–583
- <sup>5</sup> Guze SB, Woodruff RA, Clayton PJ. Psychiatric disorders and criminality. J Amer Med Ass 1974; 227: 641–642
- <sup>6</sup> Rauchfleisch U. Dissozial. Entwicklung, Struktur und Psychodynamik dissozialer Persönlichkeiten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1981
- <sup>7</sup> Foucault M. Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1977

<sup>3</sup> Zur Attribution von „Gefährlichkeit“ bei diesem Klientel vergleiche [53].



- <sup>8</sup> Stangl W. Irritierende Anmerkungen zu M. Foucault. Kriminologische Bibliothek 1978; 5 (4): 53 – 58
- <sup>9</sup> Volckart B. Buchbesprechung von W. Hassemer u. a., Alternativkommentar zum Strafgesetzbuch. Recht & Psychiatrie 1990; 8 (4): 182 – 183
- <sup>10</sup> Rauchfleisch U. Die Verwendung des Thematischen Apperzeptions-tests (TAT) in der Psychotherapie von Delinquenten. Psyche 1986; 40 (8): 735 – 754
- <sup>11</sup> Mirsky A. Körperliche, seelische und soziale Faktoren bei psychosomatischen Störungen. Psyche 1961/2; 15 (1): 26 – 37
- <sup>12</sup> Stemmer-Lück M. Die Behandlungsindikation bei Straffälligen. Eine Studie zur Klassifizierung nach Kriterien der subjektiven Befindlichkeit. Göttingen: Schwartz, 1980
- <sup>13</sup> Zepf S. Zur Theorie der psychosomatischen Erkrankung. Frankfurt a. M.: Fischer, 1973
- <sup>14</sup> Brede K. Sozioanalyse psychosomatischer Störungen. Frankfurt a. M.: Athenäum, 1972
- <sup>15</sup> de Boor C, Mitscherlich A. Verstehende Psychosomatik. Ein Stiefkind der Medizin. Psyche 1973; 27 (1): 1 – 20
- <sup>16</sup> Mitscherlich A. Freiheit und Unfreiheit in der Krankheit. Hamburg: Claassen, 1945
- <sup>17</sup> Krause R, Steimer-Krause E, Ullrich B. Anwendung der Affektforschung auf die psychoanalytisch-psychotherapeutische Praxis. Forum Psychoanal 1992; 8: 238 – 253
- <sup>18</sup> Zander E, Zander W. Das psychosomatische Konzept von Harald Schultz-Hencke. In: Rudolf G, Rüger U (Hrsg): Die Psychoanalyse Schultz-Henckes. Stuttgart, New York: Thieme, 1988
- <sup>19</sup> Zons RS. Literaturgeschichte am Leitfaden des Leibes. Wunderblock 1980; 4: 50 – 59
- <sup>20</sup> Lacan J. „Hamlet“. Wo es war. 1986; 2: 33 – 39
- <sup>21</sup> Mitscherlich A. Die Krankheit der Gesellschaft und die psychosomatische Medizin. In: Mitscherlich A (Hrsg): Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin I. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1969: 11 – 34
- <sup>22</sup> Lazarus A. Prison et psychiatrie. Centre national d'art et de culture. In: Georges Pompidou/CCI (éd): Folie et environnement. London, Paris: ICC, 1983: 21 – 23
- <sup>23</sup> Kobbé U. Zwischen gefährlichem Irresein und gefährvollem Irrtum. Determinanten, (Kon)Texte, Praxis des Entscheidungsverhaltens im reformierten Maßregelvollzug. Lengerich: Pabst Science Publ, 1996
- <sup>24</sup> Westfälischer Arbeitskreis. „Maßregelvollzug“. Lockerungen im Maßregelvollzug (§ 63 StGB) – ein „kalkuliertes Risiko“? Neue Zeitschrift für Strafrecht 1991; 11 (2): 64 – 70
- <sup>25</sup> Westfälischer Arbeitskreis. „Maßregelvollzug“. Mehrdimensionale Persönlichkeitsbeurteilung im Maßregelvollzug. Ein Beurteilungsbogen als Entscheidungsgrundlage zur Gefährlichkeitsprognose. Psychiat Prax 1993; 20 (1): 9 – 14
- <sup>26</sup> Kobbé U. Lockerungen im Maßregelvollzug am Beispiel des Westf. Zentrums für Forensische Psychiatrie Lippstadt. Ergebnisse eines Forschungsprojekts aus therapeutischer Sicht. In: Albrecht P-A, Schumann V (Hrsg): Das Risiko kalkulieren... Patientenbeurteilung und Lockerungsentscheidung als implizite Gefährlichkeitsprognose. Werkstattsschriften zur Forensischen Psychiatrie, 1992; 4: 39 – 61
- <sup>27</sup> Hollingshead AR, Redlich F. Der Sozialcharakter psychischer Störungen. Eine sozialpsychiatrische Untersuchung. Frankfurt a. M.: Fischer, 1975
- <sup>28</sup> Flesch M. Zum Einfluss der öffentlichen Meinungsbildung auf die Somatisierungstendenzen der Patienten in der Forensischen Psychiatrie. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie 1999; 5 (2): 75 – 84
- <sup>29</sup> Butzer RJ. Zur Dechiffrierung des Freud'schen Triebbegriffs. Z Sexualforsch 1991; 4 (1): 1 – 32
- <sup>30</sup> Bonnet G. Les perversions sexuelles. Paris: Presses Universitaires de France, 1983
- <sup>31</sup> Lorenzer A. Kritik des psychoanalytischen Symbolbegriffs. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1970
- <sup>32</sup> Mescher M, Janowski N. Biographische Merkmale. In: Dimmek B: Vom ungeliebten Kind zum psychisch kranken Rechtsbrecher? Delinquenz als Reinszenierung eigener früher Gewalterfahrung. Lengerich: Pabst Science Publ, 1997: 35 – 58
- <sup>33</sup> Mönningmann K, Schindler J. Der familiäre Hintergrund von Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs. In: Dimmek B: Vom ungeliebten Kind zum psychisch kranken Rechtsbrecher? Delinquenz als Reinszenierung eigener früher Gewalterfahrung. Lengerich: Pabst Science Publ, 1997: 59 – 78
- <sup>34</sup> Trescher H-G, Finger-Trescher U. Setting und Holding-Function. Über den Zusammenhang von äußerer Struktur und innerer Strukturbildung. In: Finger-Trescher U, Trescher H-G (Hrsg): Aggression und Wachstum. Mainz, Grünwald: 1993: 90 – 116
- <sup>35</sup> Testrot A. Ist Devianz eine Folge „gestörter“ Sozialisation? In: Dimmek B: Vom ungeliebten Kind zum psychisch kranken Rechtsbrecher? Delinquenz als Reinszenierung eigener früher Gewalterfahrung. Lengerich: Pabst Science Publ, 1997: 155 – 171
- <sup>36</sup> Esser G, Dinter R, Jörg M, Rose F, Villalba P, Laucht M, Schmidt MH. Bedeutung und Determinanten der frühen Mutter-Kind-Beziehung. Zsch psychosom Med 1993; 39 (3): 246 – 264
- <sup>37</sup> Krüger A, Plöger R. Vom ungeliebten Kind zum beziehungsunfähigen Menschen? In: Dimmek B: Vom ungeliebten Kind zum psychisch kranken Rechtsbrecher? Delinquenz als Reinszenierung eigener früher Gewalterfahrung. Lengerich: Pabst Science Publ, 1997: 173 – 190
- <sup>38</sup> Marty P, de M'Uzan M. La pensée opératoire. Rev Franç Psychanal 1963; 27: 347 – 355
- <sup>39</sup> Stephanos S. Das Konzept der „pensée opératoire“ und das „psychosomatische Phänomen“. In: von Uexküll T (Hrsg): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. München: 1981: 217 – 241
- <sup>40</sup> Kobbé U. Kooperation: Compliance – Anpassung – Unterwerfung? Zur Dialektik von Verhaltensattribution und -erwartung: Ergebnisse einer empirischen Felduntersuchung. Kriminologisches Journal 2001; 33 (4): 266 – 288
- <sup>41</sup> Duncker H. Gewalt zwischen Intimpartnern. Liebe, Aggressivität, Tötung. Lengerich: Pabst Science Publ, 1999
- <sup>42</sup> Schorsch E, Galedary G, Haag A, Hauch M, Lohse H. Perversion als Straftat. Dynamik und Psychotherapie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1985
- <sup>43</sup> Plassmann R, Wolff B, Freyberger H. Die heimliche Selbstmißhandlung, eine psychosomatische Krankheit. Z Psychosom Med 1986; 32: 316 – 336
- <sup>44</sup> McDougall J. Plädoyer für eine gewisse Anormalität. Frankfurt a. M.: 1985
- <sup>45</sup> Küchenhoff J. Die Funktion der Verwerfung in der Entstehung psychosomatischer Krankheiten. Fragmente 1989; 31: 17 – 33
- <sup>46</sup> Kress J-J. Die Übermittlung des Begriffs der Struktur. In: Schmitt W, Hofmann W (Hrsg): Phänomen – Struktur – Psychose. Regensburg: Roderer, 1992: 57 – 63
- <sup>47</sup> Fischer HR. Sprache und Lebensform: Wittgenstein über Freud und die Geisteskrankheit. Heidelberg: Auer, 1991
- <sup>48</sup> Laing RD. „Kritik der dialektischen Vernunft“. In: Cooper DG, Laing RD (Hrsg): Vernunft und Gewalt. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1971: 89 – 141
- <sup>49</sup> Inman DJ. Differentiation of intropunitive from extrapunitive female inmates. J clin psychol 1977; 33: 95 – 98
- <sup>50</sup> Grossbard H. Ego deficiency in delinquents. Social Casework 1962; 43: 171 – 178
- <sup>51</sup> Deleuze G. Pierre Klossowski oder Die Sprache des Körpers. In: Klossowski P, Bataille G, Blanchot M, Deleuze G, Foucault M u. a.: Sprachen des Körpers. Marginalien zum Werk von Pierre Klossowski. Berlin: Merve, 1979: 39 – 66
- <sup>52</sup> Hoffmann SO, Trimborn W. Die Bedeutung sozialer Faktoren für die Entstehung psychischer Substrukturen (Instanzen). Z Psychosom Med Psychoanal 1979; 25 (2): 141 – 152
- <sup>53</sup> Kobbé U. Eklektische Gefährlichkeitskonzepte: Inhalts- und Bedingungsanalyse sozialer Wahrnehmung und Kognition. Psychologische Beiträge 2000; 42 (4): 614 – 633
- <sup>54</sup> Foucault M. Räderwerke des Überwachens und Strafens. In: Foucault M (Hrsg): Mikrophysik der Macht. Über Strafjustiz, Psychiatrie und Medizin. Berlin: Merve, 1975: 31 – 47