Sexuologie 2 (3) 1996: 106–114 / © Gustav Fischer Verlag, Stuttgart

Fortbildung

Koprophilie und Koprophagie

Coprophilia and Coprophagia

C. Weitze, N. Konrad, Berlin

Zusammenfassung

Koprophile und koprophage Handlungen erscheinen in unserem Kulturkreis normalpsychologisch unverständlich. In der vorliegenden Arbeit wird ein Überblick über die Literatur zu diesem Thema gegeben und deren Anwendbarkeit auf einen Fall aus der forensischen Begutachtungspraxis diskutiert. Es handelt sich dabei um einen 34 jährigen Mann, dem u.a. vorgeworfen wurde, den achtjährigen Sohn seiner Lebensgefährtin zum Koten in den Mund des Beschuldigten genötigt zu haben. Aus klassisch - psychiatrischer Sicht liegen nur wenige Publikationen vor, wobei koprophiles Verhalten im Zusammenhang mit hirnorganischen oder psychotischen Erkrankungen beschrieben wird, welche im vorliegenden Fall ausgeschlossen werden konnten . Auch lerntheoretische Ansätze liefern nur unbefriedigende Hypothesen für das Zustandekommen dieser Symptomatik. Die umfassendsten Überlegungen zur Koprophilie finden sich in psychoanalytischen Arbeiten, wo sie meist im Zusammenhang mit Homosexualität oder als Teil eines perversen Symptomkomplexes beschrieben werden. Eine spezifische Persönlichkeitsstruktur ist aus den genannten Arbeiten nicht abzuleiten, wiederholt wird jedoch die Nähe zu den Zwangsneurosen und depressiven Störungen postuliert. Als Ausgangspunkt der koprophilen Impulse wird in den psychoanalytischen Arbeiten überwiegend die Hypothese eines das narzißtische Äquilibrium bedrohenden Konfliktes formuliert. Diese Faktoren sind aus tiefenpsychologischer Betrachtungsweise auch für den vorliegenden Fall zu diskutieren, wobei sich gleichzeitig jedoch keine Hinweise für eine Einschränkung der Schuldfähigkeit ergaben.

Schlüsselwörter: Koprophilie, Koprophogie, Sexuelle Deviation, Perversion, Paraphilie

Abstract

In our culture coprophagic or coprophilous behaviour seems incomprehensible. Therefore psychiatric experts are especially asked to give psychopathological explanations for these phenomenons as far as they occur in the context of pedophile and sadistic motivated offences for example. This paper gives a survey of the literature on this subject and discusses its use for the explanation of a forensic case concerning a 34 - year -old man, who was accused to urge the eight - year - old- son of his spouse to defecate into the mouth of the defendant. There exist only few publications from the traditional psychiatric point of view, in which coprophagia and coprophilia are described in the context of organic brain disorder or psychoses which could be excluded in our case. Behaviourist theories also give an only insufficient approach to the explanation of these phenomenons. The most complex ideas are given in psychoanalytic works, in which they are mostly described in the context of homosexuality or as part of a complex of perverse symptoms. There is no personality - structure which is described as specific for patients with coprophilia or coprophagia, but mostly it is mentioned to occur in cases of compulsive and depressive neuroses. Most psychoanalytic authors suppose a conflict threatening the narcisstic equilibrium as releasing factor for the onset of coprophilous symptoms. These aspects come also into question for the case presented in this paper, whereas they were no indications of a diminished responsibility of the accused.

Key words: Coprophilia, Coprophagia, Deviation, Perversion, Paraphilia

Im Rahmen forensisch - psychiatrischer Begutachtungen insbesondere von sadistisch und pädophil motivierten Straftätern stößt man zuweilen auf Tatelemente des Einkotens, Kotschmierens und Kotessens. Zur Thematik der Koprophilie und Koprophagie finden sich jedoch nur wenige Publikationen. Die vorliegende Arbeit soll einen Überblick der hierzu vorhandenen Literatur geben und die Anwendbarkeit bisheriger Erklärungsmodelle auf ein forensisch-psychiatrisches Fallbeispiel diskutieren.

Obwohl koprophile Handlungen im Zusammenhang mit schizophrenen Psychosen, dementiellen Erkrankungen und Oligophrenien in der klinischen Praxis geläufig sind (Karpman 1948), finden sich aus klassisch - psychiatrischer Sicht hierzu kaum Publikationen. Ghazziudin und McDonald (1985) konnten bei 14 allgemeinpsychiatrischen Patienten mit koprophager Symptomatik, welche an ätiologisch unterschiedlichen hirnorganischen Störungen litten, die aus tierexperimenteller Forschung entwickelte Hypothese eines Thiamin - Mangels im Blut oder einer Läsion des Corpus amygdaloideum nicht stützen. Nissen und Haggag (1987) beschreiben den Fall koprophagen Verhaltens in der manischen Phase einer Patientin mit affektiver Psychose in Verbindung mit Pica, psychosexuell auffälligem und aggressivem Verhalten. Hirnorganische Defizite bestanden bei der Patientin nicht, sie wird im Remissionsstadium als unauffällig beschrieben. Angesichts des Vorliegens einer affektiven Erkrankung verweisen die Autoren auf eine mögliche Stützung der Hypothese von Störungen in den oben genannten Bereichen des limbischen Systems, schließen im vorliegenden Fall aber auch die Möglichkeit einer spezifischen psychosexuellen Symbolisierung nicht aus. Im Zusammenhang mit dem Gilles- de- la -Tourette Syndrom, wird von Robertson et al. (1988) aus deskriptiv-phänomenologischer Perspektive ein signifikanter Zusammenhang koprophilen Verhaltens mit depressiven, aggressiven und Zwangssymptomen beschrieben.

Allen (1969) untermauert in seinem eklektizistisch ausgerichteten Buch über sexuelle Störungen die enge Verbindung zwischen exkrementellen und sexuellen Funktionen anhand von Beobachtungen an Primaten. Er verweist auf den gängigen Konsum von Körpersekreten und -produkten bei Völkern wie den Aborigines und Eskimos „wohl eher aus gustatorischen, denn sexuellen Motiven". Koprophagie im Sinne einer Perversion führt er auf die Tendenz des Kindes zurück, frühere Erfahrungen auf das Verhalten in neuen Situationen zu übertragen. Das Neugeborene schenke seinen Körperausscheidungen zunächst keine Aufmerksamkeit; sobald die Mutter das Kind im Rahmen der Sauberkeitserziehung dazu dränge, greife das Kind auf seine Erfahrungen mit der ersten bedeutsamen Substanz, der Muttermilch, zurück und neige daher dazu, die Exkremente wie alle anderen Substanzen dem Mund zuzuführen. Bezüglich der Persistenz derartigen Verhaltens verweist er auf die Modelle der Fixierung und Regression, ohne die Ursachen näher auszuführen. Lerntheoretiker nehmen für die Entwicklung von Deviationen die Idee einer Prägung durch ein zwar entscheidendes, möglicherweise aber zufälliges sexuelles Erlebnis an (siehe z.B. Mc Guire 1977). Sowohl von Behaviouristen (z.B. Mc Guire) als auch deren Kritikern (z.B. Stoller 1985) werden jedoch Erklärungsdefizite festgestellt: Unklar bliebe, warum ein Deviant nicht einfach auf gängigere Formen des Sexualverhaltens konditioniert werde; über einen rein lerntheoretischen Ansatz hinaus werden hierfür biologische, soziale und/oder psychodynamische Einflüsse verlangt.

Die umfassendsten Überlegungen zur Koprophilie und verwandten Erscheinungen, insbesondere im Zusammenhang mit sexuellen Deviationen bzw. perversen Symptombildungen, finden sich in psychoanalytischen Arbeiten.

Im Modell der Analerotik entwickelt sich in der psychoanalytischen Literatur der Gedanke einer prägenitalen Organisation der Libido (Laplanche 1972). Freud beschreibt in den „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie" (1905) wie die Afterzone, ähnlich der Lippenzone, geeignet sei, eine „Anlehnung der Sexualität an andere Körperfunktionen" zu vermitteln. Vergleichbar zum späteren Sexualakt diene der Darminhalt als Reizkörper für eine sexuell empfindliche Schleimhautoberfläche. Der Kot habe daneben für das Kind aber auch die Bedeutung des ersten „Geschenkes", durch dessen Entäußerung Gefügigkeit und durch dessen Verweigerung Trotz gegen die Umgebung ausgedrückt werden könne.
1913 stellt Freud zusammenfassend fest, daß die Einstellung des Menschen zu seinen Exkrementen entwicklungsgeschichtlich einem kulturell bedingten Wandel unterliege: Die koprophilen Triebe und Neigungen des Kindes, welches insbesondere die Exkremente als Teile seines Körpers und Leistungen seines Organismus hoch schätze und sie im Dienste der Selbstbehauptung gegen die Erwachsenen verwende, verfielen unter dem Einfluß der Erziehung der Verdrängung und würden auf andere Objekte übergeleitet. Die ursprünglich fehlende Trennung zwischen exkrementellem und sexuellem Interesse entstehe ebenfalls erst im Laufe der Entwicklung, bliebe aber unvollkommen, da die ursprüngliche, durch die Anatomie festgelegte Gemeinschaft auch beim normalen Erwachsenen noch hervortrete. Die Anthropologie zeige, wie unterschiedlich die Verdrängung der koprophilen Neigungen bei verschiedenen Völkern und zu verschiedenen Zeiten ausfalle und sich der infantilen Behandlung exkrementeller Funktionen annähere.
1924 entwickelte Abraham im „Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido" die bereits von Freud postulierte triebdynamisch enge Verbindung von Analerotik und sadistischen Antrieben weiter. Innerhalb der anal-sadistischen Stufe seien im Hinblick auf das Objekt zwei Phasen gegensätzlicher Verhaltensweisen zu unterscheiden: In der ersten symbolisiere Entleerung die sadistische Zerstörung des Objektes, in der zweiten Phase sei sie an das Zurückhalten gebunden und der sadistische Trieb an die Beherrschung des Objektes. Abraham interpretiert die koprophagen Impulse eines Patienten als einen der Introjektion vergleichbaren Akt der depressiven Position; das zunächst mit anal-sadistischen Triebregungen der Vernichtung besetzte Liebesobjekt werde mit dem Projekt der Ausstoßung, dem Kot, identifiziert, der Antrieb zum Kotessen sei als kannibalistischer Impuls zum Verzehren des getöteten Liebesobjektes symbolisch zu verstehen und verknüpft mit der Vorstellung der Strafe für eine schwere Schuld.
Nach Fenichel (1945) beweist der Erwachsene, der über Ausscheidungsfunktionen und zwar sowohl durch die eigenen, wie auch die eines Liebesobjektes zu erregen ist, eine Regression auf ein infantiles Entwicklungsniveau, das der Abwehr genitaler Triebwünsche dient. Die Koprophilie entspreche dem Versuch der Leugnung der Kastrationsangst durch die Feststellung eines fehlenden Geschlechtsunterschiedes in den analen Funktionen. Der Voyeur, der Frauen bei der Defäkation zuschaue, gebe dem Wunsch nach, einen symbolischen Penis in Form des Kotes auch aus dem weiblichen Körper wachsen zu sehen. Hinsichtlich der Koprophagie verweist Fenichel, ähnlich wie Abraham, auf die Stellung des Kotes als etwas, das zunächst Teil des eigenen Körpers ist, dann aber in ein äußeres Objekt verwandelt wird. Der Antrieb zur Koprophagie sei erogenen Ursprungs und stelle den Versuch dar, ein bedrohtes narzißtisches Gleichgewicht wieder herzustellen, indem das Ausgeschiedene einverleibt werde.
Umfassende Übersichten über die weitere Entwicklung psychoanalytischer Theorien zu koprophilen Phänomenen bieten die Arbeiten von Tarachow (1966) und Socarides (1985),

die den geschichtlichen Wandel von den triebtheoretischen über die objektbeziehungstheoretischen Ansätze bis zur Selbstpsychologie widerspiegeln.
Tarachow (1966) geht in seiner Definition der Koprophagie verwandter Symptome soweit, auch das Verzehren von Körperbestandteilen wie Haut, Haaren oder Nasensekret und sämtliche Formen der Beschäftigung mit der Darmentleerung als verwandte Symptome zu bezeichnen und konstatiert deren Vergesellschaftung mit Symptomen des Zögerns, Grübelns, Tagträumens und Störungen des Zeiterlebens, wobei er eine enge Verwandtschaft zu den Zwangsstörungen und Depressionen postuliert. Wie bereits Abraham (1912) beschreibt Tarachow anhand eines seiner zahlreichen Fallbeispiele die Verbindung von Kotschmieren und Einkoten mit fetischistischen und transvestitischen Elementen, ähnlich wie sie auch im forensischen Kontext multipler sadistisch motivierter Tötungsdelikte festzustellen waren (Fall S., Mauz 1992). Im Gegensatz zu den Fallbeispielen von Abraham, Fenichel und Socarides beschreibt Tarachow ausschließlich Patienten mit einer Neigung zur Beschäftigung mit eigenen Ausscheidungsfunktionen bzw. Körperprodukten. Hinsichtlich der Interpretation der psychodynamischen Bedeutung der Koprophagie distanziert sich Tarachow von der Möglichkeit der Betrachtung des Stuhlganges als Repräsentant von Objektbeziehungen oder eines Übergangsobjektes im Winnicott'schen Sinne des phantasierten Fragments eines real existierenden Liebesobjektes. Die Beschäftigung mit dem Stuhlgang stelle vielmehr einen narzißtischen Rückzug dar und den Versuch der Erhaltung bzw. Wiederherstellung narzißtischer Größenphantasien der analen Entwicklungsstufe, die sich durch das Gefühl von Lust, Macht und Großartigkeit in der Produktion und Retention des Kotes nährten. Im Mittelpunkt stehe die Wiedervereinigung mit dem eigenen Körper und nicht die Introjektion eines zuvor externalisierten Objektes. Die enge Verbindung koprophager und koprophiler Phänomene mit Perversionen, Tagträumen, Isolation, Selbstbezogenheit, die Tarachow als herausragende narzißtische Merkmale deutet, unterstreiche dies.
Bach und Schwartz (1972) postulieren, daß die Konstitution eines grandiosen Selbst um den „analen Kern" entstehe: in der Beschäftigung des Kindes mit Kot und der Reaktion der Eltern darauf erlebe es erstmals seine Vollkommenheit und seine Macht, aber auch die erste Desillusionierung. Im Rahmen einer pathologischen Regression könne das Selbst gezwungen sein, auf eine Stufe zurückzugehen, auf der diese Desillusionierungen geleugnet werden. Der Fall des Marquis de Sade wird anhand seiner Schriften als exemplarisch für die enge Verbindung von koprophagen mit sadomasochistischen und megalomanen Impulsen im Dienste der Aufrechterhaltung eines narzißtischen Gleichgewichts dargestellt. Durch die Idealisierung des Kotes als Exempel der Schönheit und Perfektion einerseits und die Besetzung herkömmlicher Werte mit Kot andererseits, beispielsweise in den zahlreichen koprophilen und koprophagen Szenen seines Buches „Die 120 Tage von Sodom...", werde der Kot zum „Kitt", der die Lücken des grandiosen Selbst schließe. Die sadistischen Phantasien fungierten bei de Sade als der Versuch, der 'Enttäuschung' des Größenselbst zu entrinnen sowie ein Nachgeben oder Unterordnen, das in der Phantasie mit dem Tod gleichgesetzt sei, zu verhindern. Die masochistischen Phantasien repräsentierten den Versuch, eine ideale Elternimago wiederzubeleben und das zunehmend verzweifelte Bemühen, ihre Nähe zu erfahren, sich ihrer Macht zu fügen. In diesem Buch de Sades wandeln sich die perversen Handlungen vom Masochismus als Ringen um die Wiederherstellung eines idealisierten Selbstobjektes über den Sadismus als Versuch der Wiederstellung eines nicht entidealisierten grandiosen Selbst zum Mord. Die Sexualisierung dient

dabei dem Versuch, die Erfahrungen der Selbstfragmentation und der Zerstörung des Selbst ungeschehen zu machen bzw. zu leugnen.
Socarides (1988) schildert den Fall eines homosexuellen Mannes, der die sexuell besetzte Phantasie entwickelte, seine Mutter würde gezwungen werden, auf sein Gesicht zu defäzieren und urinieren. Socarides beschreibt den starken Wunsch des Patienten von seiner Mutter - ihrem Körper, ihren Brüsten, ihrem fiktiven, analen Penis gefüttert zu werden. Vom Aspekt des Masochismus dienten die Vorstellungen des Patienten insofern der Nährung von Größenphantasien, als daß er phantasierte, er ertrage jede Erniedrigung und Grausamkeit, die ihm durch einen anderen zugefügt werde. Socarides entwickelt die Hypothese, daß Koprophilie, Koprophagie und ähnliche Symptome ihre Fremdheit verlören, wenn man alle Perversionen als Versuch der Wiedervereinigung mit einem narzißtisch besetzten Objekt verstehe. In seinen theoretischen Ausführungen verweist er allgemein auf eine traumatische Sauberkeitserziehung als mögliche Ursache für eine inadäquate Aufgabe infantiler Größenideen durch das Kind, was zur Prädisposition für die Entwicklung eines kompensatorischen Größenselbst führe. Der Kot sei symbolisch mit den Eltern und das Verhältnis des Patienten zu ihm einer Objektbeziehung gleichzusetzen. Der Verlust des Kotes stelle damit einen doppelten Verlust dar - sowohl den der Körpersubstanz als auch des symbolisierten Objektes - und produziere damit Gefühle der Unzulänglichkeit sowie narzißtische Impulse. Die klinische Erfahrung zeige, daß die Funktion der Koprophilie und Koprophagie darin bestehe, Gefühle der Einsamkeit zu überwinden, „Neues" mit Hilfe des eigenen Körpers zu schaffen. Sie stelle darüber hinaus den Rückzug aus einer Welt dar, die für die Aufrechterhaltung des Selbst zu gefährlich geworden sei. Koprophagie sei damit zu verstehen als Versuch der Wiederherstellung eines narzißtischen Equilibriums.

Kasuistik

Der 1961 geborene Herr A. wuchs zusammen mit seinem 3 Jahre jüngeren Bruder bei den Eltern auf. In den ersten Lebensjahren wurden wiederholt Bluttransfusionen wegen einer nicht näher eruierbaren Bluterkrankung notwendig. Die Beziehung zum Vater wird bei strenger, harter Erziehung als negativ getönt beschrieben mit autoritär-unterdrückendem Umgangsstil gegenüber Mutter und Kindern sowie unberechtigter Gewaltanwendung; die Mutter wird eher positiv-beruhigend geschildert, ohne daß eine stärkere emotionale Beziehung zu Herrn A. spürbar wurde oder ein anhaltend ausgleichender Schutz von ihr ausging. Aufgrund von "Nervosität" ohne eigentliche neurotische Primordialsymptomatik erfolgte bis etwa zum 11. Lebensjahr eine kinderärztliche Behandlung mit Sedativa. Bei zunehmendem Alkoholmißbrauch des Vaters kam es zu Gewalttätigkeiten sowie Beschimpfungen der Mutter. In zeitlichem Zusammenhang ließen bei Herrn A. die schulischen Leistungen nach; er erreichte gleichwohl den 10-Klassen-Abschluß ohne Klassenwiederholung. Nach einer Berufsausbildung zum Elektromonteur und Absolvierung der Militärzeit arbeitete Herr A. bis zu seiner Inhaftierung kontinuierlich in seinem Beruf mit mehrfachen Arbeitsstättenwechseln, die mit Schließung des Betriebes, Ortswechsel und finanziellen Verbesserungsmöglichkeiten begründet wurden. Ab dem 16. Lebensjahr masturbierte er ca. einmal wöchentlich, wobei er Frauen aus pornographischen Zeitschriften als neue Freundin phantasierte. Seinen ersten sexuellen Kontakt hatte Herr A. 1982 mit seiner späteren Ehefrau, die er nach Geburt des gemeinsamen Sohnes 1984 heiratete.

Wenngleich Herr A. einräumte, in der sexuellen Beziehung zur Ehefrau sich möglicherweise "ein bißchen überfordert gefühlt" zu haben, führte er die von seiner Ehefrau ausgehende Trennung 1989 im wesentlichen auf ungünstige materielle Umstände zurück. Über eine Annonce lernte er 1991 eine gleichaltrige Frau und deren Sohn B. im Alter seines leiblichen Sohnes kennen, der nach der Scheidung von der Ehefrau bei dieser geblieben war. B. empfand er als "Ersatz". Ein halbes Jahr später zog Herr A. in die Wohnung seiner Partnerin (Februar 1992). Nach zunächst regelmäßigen, mehrmals pro Woche stattfindenden sexuellen Kontakten soll er nach einer Unterleibsoperation der Partnerin zwischen April 1992 und November 1992 beim Intimverkehr nicht mehr zum Orgasmus gekommen sein, wobei über sexuelle Kontakte zwischen den Ehepartnern "wenig gesprochen" wurde. Zwischen November 1992 und Juli 1993 konnte überhaupt kein Geschlechtsverkehr mehr stattfinden, weil bei Herrn A. berührungsschmerzhafte Blasen am Penis aufgetreten waren, die als Lichen sclerosus et atrophicus des Präputiums diagnostiziert wurden und längerer ambulanter und stationärer Behandlungen mit Zirkumzision im Januar 1993 bedurften. In der ersten Jahreshälfte 1992 ergab sich, daß Herr A. und B. (8/9 Jahre alt) das Badezimmer seiner Lebensgefährtin zusammen benutzten, B. in das Badewasser urinierte und gesagt haben soll, er wolle auch ins Wasser "kackern". Herr A. habe B. erklärt, daß dies zu weit gehe und er ihm lieber in den Mund "kackern" solle. B. habe dann mit den Beinen nach außen auf dem Badewannenrand gesessen und Herr A. sei mit seinem Mund an den After des Jungen herangegangen, wobei dieser Kot abgelassen habe; diese Handlungen hätten manchmal ein- bis zweimal pro Woche, mitunter - insbesondere in den Schulferien - längere Zeit nicht stattgefunden. Frühere homosexuelle und/oder (homo-)pädophile Episoden wurden verneint. Weitere gegen Herr A. im Ermittlungsverfahren wegen sexuellen Mißbrauchs von Kindern erhobene Tatvorwürfe wurden von ihm bestritten: etwa, daß er den Jungen im Kinderzimmer auf dem Fußboden liegend aufgefordert haben soll, ihm in den Mund zu koten, wonach Herr A. den Stuhl des Jungen zunächst im Mund behielt, teilweise auch den Kot in die Hand nahm und zum Reinigen des Mundes später Toilettenpapier benutzte. Bestritten wurde ebenfalls, daß B. im Badezimmer wiederholt auf das Gesicht von Herrn A. urinieren mußte, Herr A. einmal den Penis des Jungen in den Mund nahm, um Urin aufnehmen zu können und er aus einem Plastikbecher Urin des Jungen trank. Nach den Urteilsfeststellungen zogen sich die sexuellen Handlungen zwischen Oktober 1992 und Juli 1993 mindestens zweimal pro Monat hin. Dabei wurde von dem Jungen eine Peniserektion bei Herrn A. wahrgenommen sowie nach den Geschehnissen eine gelöste Stimmung.

Die körperlich-neurologische Untersuchung bei der Begutachtung im Mai 1994 war ohne auffällige pathologische Befunde. Die Explorationssituation war zunächst durch eine beklemmend-unruhige Distanz gekennzeichnet. Im psychischen Befund fiel eine verkrampfte Körperhaltung mit einem tickartigen Blinzeln im Bereich des linken Auges und einem gequält anmutenden Lächeln auf, ohne daß Veränderungen in den psychopathologischen Kategorien imponierten. Im HAWIE-R erreichte Herr A. einen IQ von 129, das DCS (Weidlich) ergab einen unauffälligen Befund. Im FPI-A1 fanden sich Abweichungen auf den Skalen spontane Aggressivität, reaktive Aggressivität, Dominanzstreben, Maskulinität und Offenheit (ST jeweils = 3), im 16 PF waren die Skalen H (Zurückhaltung ST = 3), M (Pragmatismus ST = 3) und Q2 (Gruppenverbundenheit ST = 2) normabweichend. Dagegen ergaben sich im Gießentest auf keiner der 6 Standardskalen signifikante Abweichungen von der Bezugsnorm. Im Rosenzweig-Picture-Frustration-Test (PFT) schilderte sich Herr A. als unsicher-gehemmt, stimmungslabil, nur bedingt durchset-

zungsfähig und um soziale Kontakte bemüht. Koprophilie und Koprophagie werden in der bisher vorliegenden Literatur nicht als isolierte Verhaltensauffälligkeiten beschrieben (z.B. Karpman 1948). Sie finden sich in der psychiatrischen Literatur im Kontext hirnorganischer Veränderungen oder psychotischer Erkrankungen, welche im vorliegenden Fall ausgeschlossen werden können. Lerntheoretische Ansätze, die auf frühkindlich prägende Erlebnisse (Ellis 1942) oder Gewohnheiten (Allen 1969) verweisen, liefern keine befriedigenden Erklärungsansätze für die spezielle deviante Fixierung oder Koppelung (Stoller 1985, Mc Guire 1977).

Die in den psychoanalytisch orientierten Arbeiten überwiegend in Form von Phantasien und Zwangvorstellungen dargestellte Koprophagie bzw. Koprophilie wird im Zusammenhang mit Homosexualität oder als Teil eines perversen Symptomkomplexes mit sadomasochistischen oder transvestitischen, fetischistischen und voyeuristischen Impulsen beschrieben (Karpman 1948).

Im vorliegenden Fall ist diagnostisch von einer sexuellen Abweichung (Paraphilie) pädophil-koprophiler Stilbildung auszugehen. Die im Vordergrund stehenden Praktiken sind gemäß ICD-10 als „sonstige Störungen der Sexualpräferenz" zu klassifizieren. Dabei ist auch das im DSM-III(-R) und DSM-IV genannte Zeitkriterium von mindestens 6 Monaten für die Annahme einer Paraphilie erfüllt.

Eine spezifische Persönlichkeitsstruktur, die den Rückschluß auf eine derartige Symptomatik zuließe, ist aus den genannten Arbeiten nicht abzuleiten. Wiederholt wird jedoch die Nähe zu den Zwangsneurosen und depressiven Störungen postuliert (Tarachow 1966), wobei hier eine Verbindung zu Befunden aus der biologischen Psychiatrie bei Gilles- de- la-Tourette-Patienten (Robertson 1988) erkennbar ist. Als Ausgangspunkt der koprophilen Impulse wird in den psychoanalytischen Arbeiten überwiegend die Hypothese eines das narzißtische Äquilibrium bedrohenden Konfliktes formuliert.

Als psychodynamisch bedeutsame Belastungsfaktoren der Kindheit können beim vorgestellten Probanden die frühe Bluterkrankung sowie die atmosphärischen Beeinträchtigungen im Elternhaus angesehen werden. Angesichts der Schilderung des väterlich unberechenbaren und autoritär-unterdrückenden Umgangsstils kann davon ausgegangen werden, daß die für die Herausbildung eines stabilen männlichen Selbstwertgefühls wichtige positive Identifikation mit einer männlichen Identifikationsfigur erschwert und die Bewältigung des ödipalen Konfliktes sicher beeinträchtigt gewesen sein dürfte. Angesichts der beschriebenen Koalierung mit der zurückhaltenden, aber weder Schutz noch emotionale Wärme bietenden Mutter und der Beeinträchtigung durch die Bluterkrankung kann die Entwicklung adäquater expansiver, aggressiver und selbstbehauptender Strebungen infrage gestellt werden, die Erikson (1965) unter der Formel „Autonomie gegen Scham und Zweifel" und Mahler (1978) als Individuationsprozeß zusammenfaßt. Hieraus kann sich sowohl die Einmündung in eine depressive wie auch zwangsneurotische Entwicklung (Mentzos 1989) ergeben. Da das vorliegende Material über den Fall nicht aus einer psychotherapeutischen Behandlung sondern den Explorationen im Rahmen einer forensisch-psychiatrischen Untersuchung stammt, bestehen nur begrenzte Informationen zur Charakterstruktur sowie Wünschen, Phantasien und Träumen des Angeklagten oder zur Frage weiterer Symptomatik. Die von dem Probanden ohne nähere Erläuterung vorgebrachte Einschätzung, er habe sich -anders als bei der zweiten Frau- in seiner Beziehung zur Ehefrau "ein bißchen überfordert gefühlt", konnte nicht im Kontext fremdanamnestischer Angaben betrachtet werden, da angesichts der heiklen rechtlichen (Aufklärungs-)Problema-

tik der "Angehörigen"-Befragung auf eine solche während der Exploration verzichtet wurde; in der Hauptverhandlung beschrieb die Lebensgefährtin sexuelle Kontakte mit dem Beschuldigten pauschal als "normal".
Zwangssymptome im engeren Sinne ließen sich nicht eruieren, die von Freud beschriebene Trias einer zwanghaften Charakterstruktur ist aus den vorliegenden Angaben ebenfalls nicht abzuleiten; depressive Phasen entsprechend den Kriterien der ICD-10 konnten nicht eruiert werden. Die Selbstbeschreibung als „ganz, ganz ruhig", die von ihm gegenüber der ersten Frau geschilderte „Unfähigkeit zum Neinsagen" sowie die testpsychologischen Befunde sprechen strukturell für das Vorliegen einer depressiven Charakterstruktur.
Die Beziehung zu dem neunjährigen Sohn der Partnerin mit dem die genannten Handlungen stattgefunden haben, läßt auf narzißtische Elemente schließen, da diesem einerseits die Rolle des Ersatzes für den verlorenen Sohn zugeschrieben wurde, andererseits im Umgang mit ihm seitens des Probanden die Tendenz bestand, eigene kindliche Wünsche nach Zuwendung und Verständnis projektiv zu erfüllen. Dem entspricht auch der ursprüngliche Berufswunsch des Probanden, Unterstufenlehrer zu werden.
Den devianten Handlungen ging im geschilderten Falle eine Unterleibsoperation der Partnerin voran, in deren Folge der Proband beim partnerschaftlichen Verkehr nicht mehr zum Orgasmus kam und später einen schmerzhaften Lichen sclerosus am Penis entwickelte, der auch Selbstbefriedigungshandlungen unmöglich machte. Bereits zuvor bestand im Kontakt mit der Freundin eine Erektionsunfähigkeit.
Gerade angesichts der Interaktion in einem pädophilen Kontext kann im vorliegenden Fall die Regression auf ein infantiles Entwicklungsniveau als Folge eines konflikthaften Geschehens angenommen werden. Folgt man der Hypothese Fenichels, so wäre denkbar, daß die Unterleibserkrankung bei der Partnerin durch den depressiv strukturierten Probanden unbewußt schuldhaft verarbeitet wurde, der als „Strafe" die symbolische Kastration in Form von Impotenz und Peniserkrankung folgte. Durch die intensive Betrachtung der Defäkation des Jungen könnte auf dem Boden der symbolischen Gleichung Kot = Penis die Kastrationsangst geleugnet werden, was in Erweiterung der Hypothese Fenichels durch die orale Aufnahme des Kotes durch den Probanden eine weitere Bestärkung erführe. In der mit dem Verzehr unterstrichenen Idealisierung des Kotes als genußvoll, schön etc. (wie beschrieben von Bach 1972) könnten in projektiver Identifizierung mit dem Jungen narzißtische Größenphantasien kompensatorisch zu den vorhandenen Minderwertigkeitsgefühlen wiederbelebt werden.
Denkbar wäre im vorliegenden Fall auch das Ausagieren von Impulsen des Strafens und Erniedrigens, wobei der Proband einerseits zunächst die masochistische Position des für seine schuldhaften Handlungen Demütigungen Ertragenden einnähme (Rolle des zu strafenden bösen Kindes sowie in Identifikation mit dem Vater die des männlichen Aggressors gegenüber der Partnerin), aber auch in der projektiven Identifikation mit dem Jungen die Aggression ausübende sadistische Position.
Die forensisch-psychiatrische Beurteilung muß bei der Einschätzung der Fähigkeit zum einsichtsgemäßen Handeln auf die Frage der Schwere einer eventuell vorhandenen Persönlichkeitsstörung eingehen. Auf der Basis einer tiefenpsychologischen Betrachtungsweise bieten sich Hinweise für die Erfassung relevanter Persönlichkeitsdimensionen, die hierbei von entscheidender Bedeutung sein können. Im vorliegenden Fall lassen sich Faktoren einer depressiven Persönlichkeitsstruktur herausarbeiten, die Erklärungsansätze für die Genese des devianten Verhaltens bieten können. Im Längsschnitt ließen sich jedoch

keine Anhaltspunkte dafür gewinnen, daß die devianten Verhaltensweisen des Probanden in eine progredient verlaufende sexualpathologische Entwicklung eingelagert waren und damit die Qualität von Krankheit (Rasch 1986) angenommen hatten. Deshalb wurde im vorliegenden Fall nicht vom Vorliegen der psychiatrischen Voraussetzungen gemäß §§ 20/ 21 StGB ausgegangen.

Literaturverzeichnis

Abraham, K.: Bemerkungen zur Psychoanalyse eines Falles von Fuß - und Korsettfetischismus (1912) . Gesammelte Schriften. Bd II. Frankfurt/ Main: Fischer 1982.

Abraham, K : Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido (1924) Gesammelte Schriften. Bd II. Frankfurt/ Main: Fischer 1982.

Allen, C.: A textbook of psychosexual disorders. London: Oxford University Press 1969.

Bach, S., Schwartz, L.: A Dream of de Sade. The Journal of the American Psychoanalytic Association 1972; 20: 451 - 475.

Ellis, H.: Studies in the Psychology of Sex New York: Random House 1942.

Erikson, E.H.: Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart: Klett 1957.

Fenichel, O.: The psychoanalytic Theory of Neuroses (1945). Psychoanalytische Neurosenlehre, Band II. Olten: Walter 1980.

Freud, S.: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie (1905) in: Gesammelte Werke, Band V. Frankfurt/ Main: Fischer 1905.

Freud, S.: Geleitwort zu Der Unrat in Sitte, Brauch, Glauben und Gewohnheitsrecht der Völker von John Gregory Bourke (1913) in: Gesammelte Werke, Band X. Frankfurt/ Main: Fischer 1905.

Ghazziuddin, N., McDonald, C.: A Clinical Study of Adult Coprophagics. British Journal of Psychiatry 1985; 147: 312-313.

Karpman, B.: Coprophilia: A Collective Review. Psychoanal. Rev. 1948; 35: 253-272.

Laplanche, J., Pontalis, J.-B.: Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/Main: Suhrkamp 1972.

Mauz, G.: Keine Fragen an den Psychiater. Der Spiegel 1992; 50: 98-103

Mahler, M.S., Pine F., Bergman, A.: Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation. Frankfurt / Main: Fischer 1978.

Mc Guire, R.J., Carlisle, J.M., Young, B.G.: Sexuelle Deviation als konditioniertes Verhalten: Eine Hypothese. In: Kockott, G. (Hrsg.): Sexuelle Störungen. Müchen: Urban und Schwarzenberg 1977.

Mentzos, S.: Neurotische Konfliktverarbeitung. Frankfurt/Main: Fischer 1989.

Nissen, T., Haggag, A.: Coprophagic behaviour in major affective disorder. Nordisk psychiatrisk tidsschrift. 1987; 42: 219-221.

Rasch, W.: Forensische Psychiatrie. Stuttgart: Kohlhammer 1986.

Robertson, M.M., Trimble, M.R., Lees, A.J.: The Psychopathology of the Gilles de la Tourette Syndrome. British Journal of Psychiatry 1988; 152: 383 - 390.

Socarides, C.W.: The Preodipal Origin and Psychoanalytic Therapy of Sexual Perversions. Madison: International University Press 1985.

Stoller, R.J.: Observing the erotic Imagination. New Haven: Yale University Press 1985.

Tarachow, S.: Coprophagia and allied Phenomena. The Journal of the American Psychoanalytic Association 1966; 14: 685 - 699.

Anschrift der Autoren

Dr.med. Cordula Weitze, Prof. Dr. med. Norbert Konrad. Freie Universität Berlin, Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Institut für forensische Psychiatrie, Limonenstraße 27, D-12203 Berlin