

## PSYCHIATRIE HEUTE

### Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

---

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

## AGGRESSION, GEWALT UND PSYCHISCHE STÖRUNG

### Erkennen – Verstehen – Verhindern

Aggressionen werden zum wachsenden Problem in unserer Zeit und Gesellschaft. Dabei kommt im Meinungsbild der Allgemeinheit den Bedrohungen und Gewalttaten durch psychisch Kranke eine besondere Bedeutung zu. Dies ist zwar eine Verzerrung der Realität. Trotzdem sollte man sich immer wieder die Fragen stellen: Wie äußern sich Gewalttaten bei psychischen Störungen, durch wen sind sie zu erwarten und vor allem: auf was muss man achten und was kann man dagegen tun?

Nachfolgend deshalb eine komprimierte Übersicht zu: Begriff und Definitionen, neuere Erkenntnisse, Häufigkeit, spezifische Aspekte wie Vorhersage-Kriterien, Geschlecht, ethnische Minderheiten u. a. – Ursachen und Risikofaktoren, psychodynamische Erklärungen, Entstehung aggressiver Impulse und ihrer Verarbeitung: Frustration, Lernen aus Erfahrung, Lernen am Modell, Verminderung von Hemmungen, Aggression als Kontaktaufnahme, instrumentelle Aggression, Angst, Rivalität, Verschiebung von Aggression usw. – Charakteristische Aggressions-Muster bei psychischen Krankheitsbildern: Schizophrenie, wahnhafte Störungen, geistige Behinderung, hirnorganische Beeinträchtigungen (z. B. Stirnhirn-Syndrom, Epilepsie u. a.), Persönlichkeitsstörungen, d. h. dissoziale, paranoide, schizoide, schizotypische, Borderline-Persönlichkeitsstörungen usw., Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), manische Zustände, Depressionen, Suchtkrankheiten, d. h. Alkoholismus, Rauschdrogen-Abhängigkeit, Medikamenten-Sucht, Mehrfach-Abhängigkeit, nicht-stoffgebundene Suchtkrankheiten. – Andere Aggressions-Quellen: Behinderung, Dauer-Schmerzen, Schlafstörungen, Haftreaktionen, pathologischer Rausch, bösartiger Narzissmus, Amok, Sadismus, Stalking, Schädel-Hirn-Traumen, raum-fordernde oder infektiöse Hirn-Prozesse usf.

Dazu epidemiologische Erkenntnisse, konkrete Hinweise zur Einschätzung eines Aggressions-Risikos (unmittelbar oder kurzfristig, mittelfristig bis langfristig drohende Gewalttätigkeit), vorbeugende, therapeutische und rehabilitative Möglichkeiten und Grenzen, Sicherheitsaspekte, spezifische therapeutische Strategien

(verhaltenstherapeutisch, soziotherapeutisch, pharmakotherapeutisch u. a.), Aggressions-Theorien auf bio-psycho-sozialer Basis u.a.m.

### **Erwähnte Fachbegriffe:**

Aggression – Gewalt – tätlicher Angriff – verbaler Angriff – affekt-geladenes Angriffsverhalten – Gewalt-Fachbegriffe – Gewalt-Definitionen – Häufigkeit von seelischen Störungen allgemein – Häufigkeit von Gewalt allgemein – Häufigkeit von Gewalt durch seelisch Kranke – Gewalt und Geschlecht – Gewalt und ethnische Minorität – Gewalt und Migration – Wetter und Aggressivität – Klima und Aggressivität – Wetter, Klima und Kriminalität – Wetter, Klima und seelische Störung – psychische Krankheit und Gewalt – Drohung – feindseliges Verhalten – verbale Angriffe – Körperverletzung – Risikofaktoren für aggressive und gewalttätiges Verhalten – Gewalttaten-Risiko – Geisteskrankheiten und Gewalt – Psychose und Gewalt – Erregungszustände in psychosozialen Konflikt-Situationen – Schizophrenie und Gewalt – Depression und Gewalt – Manie und Gewalt – schizoaffective Psychose und Gewalt – manisch-depressive Psychose und Gewalt – Wahn und Gewalt – Persönlichkeitsstörungen und Gewalt – geistige Behinderung und Gewalt – Belastungs-Reaktionen und Gewalt – psychosoziales Trauma und Gewalt – Alkohol-Missbrauch und Gewalt – Alkoholismus und Gewalt – Entzugs-Syndrom und Gewalt – Delir und Gewalt – Gehirn-Erkrankung und Gewalt – Enzephalitis und Gewalt – Gehirnblutung und Gewalt – körperliche Störung und Gewalt – pathologischer (krankhafter) Rausch und Gewalt – psychodynamische Aspekte und Gewalt: Frustration, Lernen am Modell, Verminderung von Hemmungen, Aggression als Kontaktaufnahme, instrumentelle Aggression, Angst und Aggression, Rivalität und Aggression, Aggressions-Verschiebung, Aggression aus vermeintlich idealistischen Motiven u. a. – Aggressions-Muster bei psychischen Erkrankungen – wahnhaftige Störung und Gewalt – schizotypische Persönlichkeitsstörung und Gewalt – paranoide Persönlichkeitsstörung und Gewalt – schizoide Persönlichkeitsstörung und Gewalt – Borderline-Persönlichkeitsstörung und Gewalt – katatone Erregungszustände und Gewalt – Raptus und Gewalt – Eifersuchtswahn und Gewalt – Querulantenwahn und Gewalt – psychotische Angst und Gewalt – Verfolgungswahn und Gewalt – Beeinträchtigungswahn und Gewalt – Wahnsystem und Gewalt – wahnhaftige Missdeutung und Gewalt – wahnhaftige Fremdsteuerung und Gewalt – Halluzinationen (Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen) und Gewalt – Größenwahn und Gewalt – Liebeswahn und Gewalt – geistige Behinderung und Gewalt – hirnorganische Störung und Gewalt – Demenz und Gewalt – Schädel-Hirn-Trauma und Gewalt – hirnlokales Psychosyndrom und Gewalt – organische Persönlichkeitsänderung und Gewalt – Epilepsie und Gewalt – Persönlichkeitsstörungen, Psychopathien oder Soziopathien und Gewalt: dissoziale, asoziale, antisoziale Persönlichkeitsstörung, paranoide (wahnhaftige) Persönlichkeitsstörung, schizoide Persönlichkeitsstörung, schizotypische Persönlichkeitsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung, narzisstische Persönlichkeitsstörung, hysterische Persönlichkeitsstörung u. a. – Persönlichkeitsstörung mit Alkoholismus und Gewalt – Persönlichkeitsstörung mit Rauschdrogenkonsum und

Gewalt – Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS/ADS) und Gewalt – Suizid und Gewalt – erweiterter Suizid – Mitnahme-Suizid – Homizid-Suizid – Suchtkrankheiten und Gewalt: Alkoholismus, Rauschdrogen-Abhängigkeit, Medikamenten-Missbrauch, Polytoxikomanie/Mehrfach-Abhängigkeit u. a. – nicht stoffgebundene Suchtkrankheiten und Gewalt – Verhaltens-Süchte und Gewalt – Behinderung und Gewalt – Schmerzen und Gewalt – Schlafstörungen und Gewalt – Alpträume und Gewalt – Pavor nocturnus und Gewalt – Schlafwandeln und Gewalt – Verhaltensstörungen im Schlaf und Gewalt – psychogene Haftreaktion und Gewalt – pathologischer Rausch und Gewalt – Sadismus und Gewalt – Stalking und Gewalt – Narzissmus und Gewalt – maligner Narzissmus – narzisstische Wesensart und Gewalt – narzisstische Persönlichkeitsstörung und Gewalt – Amok und seelische Störung – Amok-Typen und Gewaltform – sonstige Aggressions-Quellen und Gewalt – verminderte Aggressivität – gehemmte Aggressivität – Einschätzung des Aggressionsrisikos: kurzfristig, mittelfristig, langfristig – Beurteilungskriterien für Gewalttätigkeit – Vorhersage-Kriterien für Gewalt – psychobiologische Aggressions-Komponenten – Früh-Warnzeichen zur Gewalt – Vorhersage-Skalen zur Gewalt – Gewalt gegen Ärzte – Gewalt gegen Pflegepersonal – bio-psycho-soziale Ursachen und Gewalt – vorbeugende, therapeutische und rehabilitative Möglichkeiten und Grenzen bei Gewalt – akute Gewalttätigkeit: Sicherheits-Aspekte, Klinikaufnahme, entspannende Interventionen, Pharmakotherapie – wiederholtes gewalttätiges Verhalten: allgemeine und spezielle therapeutische Strategien, Pharmakotherapie – bio-psycho-soziale Hypothese – Neurotransmitter (Botenstoffe) und Gewalt – Funktionsstörung des Gehirns und Gewalt – Substanzstörung des Gehirns und Gewalt – u.a.m.

Aggressionen und damit Gewaltbereitschaft, Fremd- und Selbstgefährdung werden zum wachsenden Problem in unserer Zeit und Gesellschaft. Nachfolgend deshalb eine thematisch begrenzte Übersicht mit Schwerpunkt auf alltags-relevante Probleme aus psychiatrischer Sicht. Oder verkürzt dargestellt: Gewalt durch seelisch Kranke?

## **ALLGEMEINE ASPEKTE**

### **BEGRIFF UND DEFINITIONEN**

Im Grunde scheint es einfach, hier eine allseits akzeptierte Definition anzubieten. Auf breiter Ebene, möglichst viel erfassend, würde sie lauten:

- Aggression oder aggressives Verhalten ist verbaler oder tätlicher Angriff auf Lebewesen oder Dinge.
- Aggressivität ist die Bereitschaft oder Gestimmtheit zu Aggressionen.

Allerdings umfasst Aggression ein erstaunlich weites Spektrum: von der konstruktiven Auseinandersetzung (vom Lat.: *aggredi* = nicht nur angreifen, sondern auch herangehen) bis zur feindseligen Gewalttätigkeit, von der raffinierten non-verbale bis zur schweren körperlichen Gewalt.

So auch die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von Gewalt: „Der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation (z. B. zwischenmenschliche Einbußen) führt“.

Trotzdem existiert bis heute noch nicht eine allseits akzeptierte Definition (bzw. wissenschaftliche Operationalisierung, wie dies in Forscherkreisen heißt) von Aggression und Gewalt, auch wenn umgangssprachlich in der Regel weitgehende Übereinstimmung herrscht.

Im deutschen Sprachgebrauch bezeichnet man mit „Aggression“ ein meist *affektgeladenes Angriffsverhalten*, das nach außen gegen andere Menschen oder Gegenstände, aber auch gegen die eigene Person gerichtet sein kann (dann als Autoaggression = Selbst-Aggression bezeichnet). Außerdem gibt es neben den psychiatrisch relevanten Aspekten teilweise biologisch erklärbare Formen der Aggression (z. B. Beute-Verhalten, Revier-Verteidigung u. a.) sowie – was am meisten irritiert, weil offenbar ständig zunehmend – eine instrumentelle, zielgerichtet eingesetzte Aggression (z. B. bei kriminellen Handlungen). Und eine spontane, impulsive bzw. emotional induzierte Aggression, die zwar aus der jeweiligen Wesensart oder Situation erklärbar ist, ohne jedoch eindeutig psychopathologische (seelisch krankhafte) Ursachen zu streifen.

- *Gewalt* wird in der Regel als Unterkategorie von Aggression mit engerem Begriffsfeld verstanden. Darunter fallen Handlungen, die die direkte Absicht einschließen, Personen oder Gegenständen physischen/real zerstörerischen Schaden zuzufügen.

Definitionen aus dem englisch-sprachigen psychiatrischen Bereich beziehen „aggression“ auf die Absicht, jemanden gegen seinen Willen zu schaden oder ihn zu verletzen. Dazu gehören beispielsweise Erschrecken oder Drohungen. Unter dem Begriff „violence“ werden ähnlich wie unter dem deutschen Begriff „Gewalt“ Handlungen verstanden, die die direkte Absicht enthalten, jemanden körperlichen Schaden zuzufügen. Die geringere Ausprägung wird mit „agitation“ bezeichnet, d. h. eine offensive verbale, stimmliche oder motorische (Bewegungs-)Aktivität, die der jeweiligen Situation nicht angepasst (Fachbegriff: situativ inadäquat) ist. Als Einteilungsgrade werden vorgeschlagen: Ruhe → Ängstlichkeit → Agitation → Aggression → Gewalt. Nicht völlig identisch mit dem englischen Begriff „agitation“ ist der deutsche des „psycho-motorischen Erregungszustandes“, der auch offenkundig gewalttätiges Verhalten einschließen kann.

Doch sei in diesem Zusammenhang gleich zu Beginn festgehalten:

Das meiste Aufsehen erregen auch heute noch Gewalttaten von offensichtlich psychisch Erkrankten. Doch die Mehrheit der gewalttätigen Menschen in unserer Gesellschaft ist weder psychisch noch anderweitig krank. Aggression ist also auch ein allgemeines, ein zeit- und gesellschaftstypisches Phänomen.

Auch kommen – entgegen landläufiger Meinung und trotz spektakulärer Medienberichte – schwere(!) Gewalttaten Geistesgestörter und Geistesschwacher gesamtgesellschaftlich gesehen letztlich nicht öfter vor, als es ihrer Verteilung in der Gesamtbevölkerung entspricht. Allerdings gibt es psychiatrische Krankheitsbilder mit erhöhtem Gewalttaten-Risiko. Und es gibt nicht nur widersprüchliche Untersuchungsergebnisse, sondern auch eine objektivierbare Änderung im Spektrum der Gewalt in den letzten Jahren. Einzelheiten siehe später.

## **HÄUFIGKEIT UND PSYCHOSOZIALE FOLGEN VON GEWALT GENERELL**

Die Fachliteratur zur Gewalt – national wie international – ist kaum mehr zu überblicken (eine begrenzte deutschsprachige Auswahl entsprechender Fachbücher siehe Literaturverzeichnis). Das spricht für sich, und die Zahlen steigen, notgedrungen. Allerdings wird hier das Gesamtbild durch eine sehr uneinheitliche wissenschaftliche Ausgangslage getrübt. Das liegt zum einen an der Heterogenität der Definitionen, allein des Gewalt-Begriffs, der Operationalisierung der Gewalt-Erfahrung (schlicht gesprochen: den Untersuchungs-Vorgang z. B. in allseits akzeptierte und überprüfbare Einzelstücke zerlegen), des Befragungszeitraums, der untersuchten Stichproben, des nationalen, ja regionalen Umfelds u. a. Daraus resultieren sehr unterschiedlichen Prävalenz-Ergebnisse (Häufigkeit), die eine adäquate Vergleichbarkeit der Studien erschweren.

Gleichwohl gibt es aktuelle Schätzungen, z. B. der Weltgesundheitsorganisation (WHO), in der weltweit(!) jede 3. Frau von körperlicher und/oder sexueller Gewalt durch den aktuellen Partner bzw. den Ex-Partner betroffen sei. Die Erhebungsergebnisse der Agentur der Europäischen Union der Grundrechte (FRA) sprechen davon, dass etwa 8 % der interviewten Frauen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung körperliche und/oder seelische Gewalt erfahren hätten und dass jede 3. Frau seit ihrem 15. Lebensjahr eine Form des körperlichen und/oder sexuellen Übergriffs erlebt habe. Bei den befragten Männern gaben etwa 61 % der Männer an, körperliche oder psychische Gewalt in der Kindheit und Jugend und 23 % körperliche oder sexuelle Gewalt in ihrem Erwachsenenleben erfahren zu haben. Mit anderen Worten: Frauen und Männer scheinen im ähnlichen Maße betroffen zu sein, auch wenn die öffentliche Wahrnehmung hier deutliche Unterschiede macht. Und vor allem die Stigmatisierungs- und Diskriminierungs-Angst der Männer eher zu scham-besetzter Verschwiegenheit und damit statistischer Verzerrung sorgen.

Umfangreichere Studien, z. B. zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS I-Studie) bestätigen allerdings diese Erkenntnisse, ja drehen sie sogar

noch um: Unterteilt nach Geschlecht ergab die Daten-Analyse eine insgesamt signifikant höhere Prävalenz *körperlicher* Gewaltopfer-Erfahrung bei Männern (6,2 %) im Gegensatz zu Frauen (3,3 %). Im Bereich der psychischen Gewalt fanden sich keine Unterschiede.

Interessant auch die Erkenntnis, dass Frauen offenbar weitaus häufiger von häuslicher Gewalt (Stichwort: sozialer Nah-Raum), Männer eher von körperlicher Gewalt im öffentlichen Raum (meist von unbekanntem Tätern) betroffen sind.

Die vorläufigen Daten des Modell-Projektes „Gender Gewaltkonzept“ an der Universitäts-Klinik Aachen deuten sogar auf eine insgesamt hohe Prävalenz von Gewalterfahrungen bei Patienten einer solchen Klinik hin (nach A. Evler u. Mitarb.: Gendergerechte Versorgung von Gewaltopfern. *Nervenarzt* 7 (2016) 746): Sie liegt bei über 40 % (38 % der Männer und 43 % der Frauen), was körperliche und seelische Gewalterfahrung anbelangt. Von sexueller Gewalt sind eher Frauen betroffen, von körperlicher eher Männer. Interessant auch die Folgen in Form von problematischen Verhaltensweisen und Erkrankungen. Frauen scheinen dabei eine erhöhte Vulnerabilität (Verwundbarkeit) für so genannte internalisierende Störungen zu entwickeln (z. B. Depressionen), während Männer mehr externalisierende Reaktionen zeigen (z. B. Alkoholmissbrauch). Das bestätigt frühere Erkenntnisse, die als die wichtigsten Folgen von Gewalt angeben: Angst- und Schlafstörung, Beziehungs- und Sexualitätsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung, Depressionen bis hin zur Suizidalität, Missbrauch und Sucht sowie chronische Schmerz-Syndrome (z. B. Magen-Darm und chronische Beckenschmerzen).

Und auch die wirtschaftlichen Folgen sind erwähnenswert: Nach entsprechenden Schätzungen sollen allein in Deutschland pro Jahr gesundheits-ökonomische Folgekosten in Höhe von 14,5 Milliarden Euro auflaufen, z. B. Ausfallzeiten am Arbeitsplatz, Polizei, Justiz u. a.

Schlussfolgerung: Gewalt ist so alt wie die Menschheit, wird offenbar erst jetzt detailliert beforscht, wissenschaftlich, politisch und öffentlich konkreter diskutiert und scheint mehr und mehr zum beherrschenden Themen in unserer Zeit und Gesellschaft zu werden, auch in der – gemessen an anderen Kriegsregionen (derzeit eher konflikt-bedingt überschaubaren – westlichen Welt. Wie aber steht es nun zur Frage:

## **PSYCHISCHE KRANKHEIT UND GEWALT?**

Zur Frage *psychische Krankheit und Gewalt* stehen sich im Wesentlichen noch immer zwei Meinungsbilder gegenüber, was sich in absehbarer Zeit wohl auch nicht ändern dürfte:

- In der *Allgemeinheit* einschließlich der intellektuellen Ober- und Mittelschicht ist man nach wie vor der Ansicht, dass seelisch Kranke im Allgemeinen und „Geisteskranke“ im Speziellen (eine Art verschärfender Laienbegriff, was das Krankheitsbild anbelangt) eine besondere Bedrohung darstellen. Dies ist nach-

vollziehbar. Wer über keine eigenen Erfahrungen aus dem näheren und weiteren Umfeld verfügt (was nebenbei für seelisch Kranke generell nicht immer nur positive Auswirkungen hat), bezieht seine Informationen und damit Ängste aus den Medien. Und diese berichten selten über die erfolgreiche Rehabilitation und Integration von „Geisteskranken“ (was kaum interessiert), dafür aber grundsätzlich und leider noch immer in bestimmten Bereichen sensations-geleitet über entsprechende Gewalttaten.

Diese sind zwar im Vergleich zur „normalen Kriminalität“ selten, bleiben aber als Horror-Bild üblicherweise stärker haften als alles andere. Dazu kommen die Entweichungen aus forensischen Kliniken oder Abteilungen zur Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher, die zwar zumeist zu keinen (ernsteren) Folgen führen, durch die Fahndungsaufrufe und -berichte aber ebenfalls (nachvollziehbare) Ängste wecken. Meist handelt es sich ja in der Tat um Kranke mit durchaus beunruhigender Vorgeschichte. Kurz: Die Bevölkerung ist unverändert irritiert und man kann ihr das auch nicht verdenken.

- Die *Fachwelt* scheint bzw. schien sich ebenso sicher zu sein: Psychisch Kranke sind nicht häufiger gewalttätig als „klinisch Gesunde“. Schließlich war dies das Ergebnis einer großen deutschen Untersuchung aus den 1970er Jahren, die sehr detailliert, fundiert und für alle in der Psychiatrie Tätigen wegweisend war. Allerdings wurden schon damals im Hinblick auf Psychose-Kranke (heute auch Psychose-Erfahrene genannt) gewisse Einschränkungen gemacht. So wurde beispielsweise das um den Faktor fünf erhöhte Risiko von Patienten mit Schizophrenie in dieser Studie nur sehr zurückhaltend referiert und damit in der Fachwelt diskutiert. Das hat sich erst in den letzten Jahren geändert (s. u.). So sind berechtigte Zweifel aufgekommen, ob man das alles heute noch so einfach übernehmen kann. Offensichtlich ist eine differenziertere Sichtweise notwendig, wie auch die internationale Fach-Literatur nahelegt:

- Zum einen war das Thema „Gewalt psychisch Kranker“ im Allgemeinen und gegen Ärzte und Pflegepersonal im Speziellen kein Thema in Forschung und Lehre, bestenfalls randständig erwähnt (obgleich schon Ende des 19. Jahrhunderts statisch fundiert Stellung genommen wurde). Offenbar ging man noch in den 1970er-Jahren davon aus, dass man – wenn schon in psychiatrischen Institutionen tätig – entsprechende Aggressionen bis hin zu körperlichen Übergriffen zu tolerieren hat. Diese Einstellung kam von den Leitungs-Etagen und wurde in der Tat bis in den Stationsalltag gelebt. Oder wie es der Experte T. Steinert formuliert:

„Die Aggressionen der Patienten in der Klinik wurde vor dem Hintergrund des noch paternalistischen Verständnisses der psychiatrischen Behandlung quasi als „familien-intern“ erlebt. Gleichzeitig bestand eine Quasi-Doktrin, dass von psychisch Kranken *kein* erhöhtes Gewalttätigkeitsrisiko ausgehe. (...) Hintergründe waren sicher die damals noch völlig unzureichend aufgearbeiteten Verbrechen gegen psychisch Kranke in der Zeit des Nationalsozialismus und die Furcht vor einer weiteren Stigmatisierung psychisch Kranker und der psychiatrischen Institutionen. Es bestand damit eine gewisse Tabuisierung des Themas, die eine rationale

Auseinandersetzung erschwerte. Entsprechend dieser Perspektive erfolgte bis ca. 1990 relativ wenig wissenschaftliche Aufmerksamkeit, aber auch eine zurückhaltende Strafverfolgung gegen psychisch Kranke“.

- Zum anderen sind seit der Veröffentlichung der damaligen Gewalttätigkeits-Studie mehr als 40 Jahre vergangen. In dieser Zeit hat sich nicht nur in der Bevölkerungsstruktur, sondern auch in psychosozialer Hinsicht einiges gewandelt: Zunahme von Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit und Mangel an sozialer Unterstützung, nicht zuletzt bei psychisch Kranken; Zunahme und z. T. bedrohliche Ausbreitung des sekundären Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmissbrauchs, nicht zuletzt als Ausdruck und Folge unzureichender Nachsorge und mangelnder sozialer Unterstützung; Zunahme der Gewalttätigkeit generell mit z. T. unzureichend ausgestatteten und (damit gelegentlich) hilflos wirkenden Behörden und Ordnungsorganen u. a. Vor allem hat sich die psychiatrische Forschung in den letzten Jahrzehnten international vernetzt, was dann nicht nur zu rein zahlenmäßig größeren Übersichten führte, sondern auch die unterschiedlichen Gegebenheiten je nach Region bzw. ethnischen und kulturellen Voraussetzungen deutlich macht. Einzelheiten siehe die Auswahl entsprechender Studien aus aller Welt in dem späteren Kapitel über Häufigkeiten von Aggression und Gewalttaten bei psychisch Kranken im Kasten.

Da also Aggressionen lange Zeit sehr uneinheitlich begrifflich konkretisiert und unterschiedliche Wertmaßstäbe für die Erfassung von Aggressionen verwendet wurden, ist es nicht verwunderlich, dass die erhobenen Daten oft nicht vergleichbar sind, von der hohen Dunkelziffer nicht erfasster aggressiver Durchbrüche ganz zu schweigen. Deshalb täte eine einheitliche und allseits akzeptierte Definition von gewalttätigen Übergriffen und deren Operationalisierung mit einem sinnvollen, methodisch einheitlichen Erfassungs-Instrument not (wobei selbst hier noch ein hoher Unsicherheitsgrad eingerechnet werden muss). Fortschritte und Einzelheiten zu dieser Frage siehe später.

Zudem hat sich auch auf fachpsychiatrischer Ebene so manches geändert, z. B. die gewollte und sinnvolle, wenn mit Augenmaß praktizierte Umorientierung von der Anstaltspsychiatrie zur gemeindenahen und verstärkt ambulanten Versorgung; aber auch die drastische Verkürzung der Verweildauer (mitunter allerdings nur aus Kostengründen, wie das immer deutlicher wird); ferner die Stärkung der Rechte jener Kranker, die die Behandlung verweigern (und das durchaus nicht immer zu ihrem Vorteil).

- Und was die besagte Studie 1973 anbelangt, die (fast) alle psychisch Kranken als nicht häufiger gewalttätig sieht wie mutmaßlich Gesunde, so bezog sie sich auf Gewalttaten im engeren Sinne, also auf Mord und Totschlag bzw. versuchte Tötungsdelikte und ließ beispielsweise gefährliche Bedrohungen, leichtere Verletzungen und andere Aggressionshandlungen in der Regel unberücksichtigt, ganz zu schweigen von verbalen oder gestischen Drohungen oder starken bzw. andauernden Beschimpfungen, wie sie heute wissenschaftlich als Gewalt-Ausdruck durchaus einbezogen werden.



Vor allem aber blieb eines weitgehend ausgeklammert: die Gewalt von psychisch kranken Menschen innerhalb einer Klinik im Rahmen ihrer stationären Behandlung und die Gewalt innerhalb einer Familie oder Angehörigengruppe mit oder ohne ambulanter Betreuung.

Diese Untersuchungen werden heute nachgeholt – und verändern das Bild nicht unerheblich. Beispiele: So scheinen sich – und zwar nicht nur generell, wie schon beschrieben, sondern auch hier – Bedrohung, tätliche Angriffe und Körperverletzungen bei Männern überwiegend im öffentlichen Raum (und damit eher registrierbar), bei Frauen vor allem zu Hause zu ereignen. Überhaupt sind die häufigsten Opfer jene Personen, die den Kranken am nächsten stehen. Das sind vor allem Mütter (z. B. bei schizophren Erkrankten nicht selten in ein schweres und vor allem dauerhaft belastendes Los verstrickt). Ferner Geschwister, Väter und andere Angehörige in den eigenen vier Wänden. Und in der Klinik trifft es die Therapeutinnen und Therapeuten jeglicher Disziplin (s. später).

Im öffentlichen Leben sind es besonders jene Personen, die vor allem beruflich mit auffälligem Verhalten konfrontiert werden wie Polizeibeamte, andere Beauftragte der Ordnungsbehörden, aber auch Verkäufer, Angehörige von Verkehrsbetrieben usw., die vermehrt entsprechenden Konfrontationen ausgesetzt sind.

Weitere Einzelheiten siehe die Hinweise in dem erwähnten Kasten über Aggression und Gewalt psychisch Kranker. Im Übrigen auch auf nachfolgende Standardwerke:

Kurz, prägnant, wissenschaftlich auf dem aktuell überschaubaren Stand und dabei praxis-bezogen ist nach wie vor das empfehlenswerte Buch von

*Tilman Steinert:*

**Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie**

aus der Reihe Basiswissen des Psychiatrie-Verlags Bonn, 2008. 128 S., € 14,95. ISBN 978-3-88414-457-2

Professor Dr. Tilmann Steinert, Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Weissenau des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg in Ravensburg-Weissenau, gilt als einer der derzeit wichtigsten Experten zu diesem Thema. Auch die nachfolgenden Ausführungen stützen sich u. a. auf seine wissenschaftlichen Publikationen, Fach- und Sachbücher zum Thema, nicht zuletzt auch das unter seiner Federführung entstandene Fachbuch:

*Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde – DGPPN (Hrsg.):*

**Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten**

aus der Reihe S2: Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie des Steinkopff-Verlags/Springer Science & Business-Media, Heidelberg 2010. 143 S., € 29,95. ISBN 978-3-7985-1899-5

## WIE HÄUFIG SIND PSYCHISCHE STÖRUNGEN GENERELL?

Über die Häufigkeit von Gewalttaten psychisch Erkrankter gibt es trotz zahlreicher nationaler Studien keine einheitliche Meinung. Gerade weil eine differenziertere Sichtweise notwendig und zunehmend praktiziert wird, sind widersprüchliche Ergebnisse die Regel, teils aus methodischen Gründen, teils wegen unterschiedlicher kultureller Hintergründe und sogar unterschiedlicher Definitionen von „Gewalttätigkeit“.

Dazu erst einmal die ebenfalls nicht einfach und vor allem allseits befriedigend klärbare Frage: 1. Wie häufig sind überhaupt *psychische Störungen* in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland und 2. Wie viele Menschen in Deutschland sind als schwer psychisch krank einzustufen? Dazu eine kurz gefasste Übersicht im Kasten.

### Wie häufig sind psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung? \* \*\*

Die so genannte 12-Monats-Prävalenz (Erkrankungsfälle innerhalb von 12 Monaten) beträgt 27,7 %, wobei große Unterschiede in verschiedenen Gruppen (Geschlecht, Alter, sozialer Status) zu verzeichnen sind. Dabei gibt es folgende Einteilung nach Störung bzw. Störungsgruppe (ICD-10-Code) nach F. Jacobi u. Mitarb., 2014):

- Psychische Störung aufgrund einer medizinischen Ursache oder substanzinduzierte Störung: 0,9 bis 1,6 % (geschlechtsspezifisch weitgehend gleich): etwa 0,8 Millionen Betroffene
- Störung durch Substanzgebrauch: 15,4 bis 17,9 % (häufiger Männer): 10,6 Millionen
- Störung durch Substanzgebrauch ohne Nikotin-Abhängigkeit: 5,0 bis 6,6 % (mehr Männer): 3,7 Millionen
  - - Alkoholmissbrauch: 1,4 bis 2,3 % (mehr Männer): 1,2 Millionen
  - - Alkoholabhängigkeit: 2,5 bis 3,6 % (mehr Männer): 1,9 Millionen
  - - Medikamentenmissbrauch: 1,2 bis 2,0 % (annähernd gleich verteilt): 1,0 Millionen
  - - Medikamentenabhängigkeit: 0,3 bis 0,8 % (mehr Frauen): 0,3 Millionen
  - - Nikotinabhängigkeit: 12,1 bis 14,3 % (mehr Männer): 8,4 Millionen

- Psychotische Störungen: 2,1 bis 3,2 % (mehr Frauen): 1,7 Millionen
- Affektive Störungen (z. B. Depressionen und manische Hochstimmung): 8,3 bis 10,3 % (mehr Frauen): 6,0 Millionen
  - - Unipolare Depression (nur depressive Episoden): 6,9 bis 8,6 % (mehr Frauen): 4,9 Millionen.
  - - Major Depression (entspricht in etwa der früheren „endogene“ Depression): 5,2 bis 6,8 % (mehr Frauen): 3,9 Millionen
  - - Dysthyme Störungen (entspricht in etwa der früheren „neurotischen“ Depression): 1,6 bis 2,4 % (mehr Frauen): 1,3 Millionen.
  - - Bipolare (manisch-depressive) Störung: 1,1 bis 2,0 % (ausgeglichen): 1,0 Millionen
- Angststörungen: 14,2 bis 16,6 % (mehr Frauen): 9,8 Millionen
  - - Panikstörung: 1,6 bis 2,5 % (mehr Frauen): 1,3 Millionen
  - - Agoraphobie: 3,4 bis 4,7 % (mehr Frauen): 2,6 Millionen
  - - Soziale Phobie: 2,2 bis 3,4 % (mehr Frauen): 1,7 Millionen
  - - Generalisierte Angststörung: 1,8 bis 2,8 % (mehr Frauen): 1,4 Millionen
  - - Spezifische Phobien: 9,3 bis 11,3 % (mehr Frauen): 6,6 Millionen
- Zwangsstörung: 3,1 bis 4,4 % (ausgeglichen bis mehr Frauen): 2,3 Millionen
- Posttraumatische Belastungsstörung: 1,8 bis 2,8 % (mehr Frauen): 1,5 Millionen
- Somatoforme Störung (früher psychosomatisch genannt): 2,9 bis 4,1 % (mehr Frauen): 2,2 Millionen
- Schmerzstörung: 2,6 bis 3,8 % (mehr Frauen): 2,1 Millionen
- Ess-Störung: 0,7 bis 1,3 % (mehr Frauen): 0,6 Millionen
  - - Anorexia nervosa: 0,5 bis 1,1 % (mehr Frauen): 0,5 Millionen
  - - Bulimia nervosa: 0,1 bis 0,3 % (ausgeglichen): 0,1 Millionen
  - - Bing eating-Störung (unkontrollierte Ess-Anfälle): 0,0 bis 0,2 % (ausgeglichen): 0,1 Millionen

Wieviel sind nun in Deutschland als schwer psychisch krank einzustufen? \*\*

Von den rund 51 Millionen deutschen Erwachsenen zwischen 18 und 65 Jahren sind also etwa 28 % Erwachsene (in diesem Fall zwischen 18 und 79 Jahren untersucht) seelisch krank, d. h. 17,8 Millionen.

Davon gelten 1 bis 2 % als psychisch *schwer* krank, d. h. ca. 500.000 bis 1 Million. Etwa 0,7 % mit anerkannter Schwerbehinderung, d. h. mehr als 370.000 Betroffene.

\* Aus F. Jacobi u. Mitarb.: Psychische Störung in der Allgemeinbevölkerung. Der Nervenarzt 1 (2014) 77

\*\* Aus Uta Gühne u. Mitarb.: Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank? Psychiatrische Praxis 42 (2015) 415

*Zusammenfassung:* Neuere Erkenntnisse weisen also nicht nur auf ein hohes Maß an individuellem Leid der Betroffenen, sondern auch auf eine große gesellschaftliche Krankheitslast hin, auch und zunehmend folgenreicher als viele körperliche Erkrankungen. Oder kurz: mehr als jeder vierte Deutsche im Alter von 18 bis 79 Jahren. Fast die Hälfte der Patienten berichtet dabei aktuell wegen psychischer Probleme in Behandlung zu stehen.

1 bis 2 % der Bevölkerung müssen als schwer psychisch krank eingestuft werden, 0,7 % mit anerkannter Schwerbehinderung durch eine psychische Störung. Dies klingt eher moderat, was sich aber bei der Umrechnung in Zahlen bedenklicher anhört: 500.000 bis 1.000.000 Erwachsene. Über 370.000 haben allein deshalb einen Schwerbehinderten-Ausweis.

## **WIE HÄUFIG SIND AGGRESSIONEN UND GEWALTTATEN PSYCHISCH KRANKER?**

Und nun um zum eigentlichen Thema zurückzukehren die Frage: Wie häufig sind Aggressionen und Gewalttaten psychisch Kranker?

Auch dabei gibt es – je nach Untersuchung (in den verschiedenen Ländern) – durchaus beunruhigende Zahlen, die von einer Erhöhung aggressiver Handlungen in Form von tätlichen Angriffen und Bedrohungen um das Mehrfache gegenüber der Durchschnittsbevölkerung ausgehen. Natürlich steht ein nicht geringer Teil in Zusammenhang mit Auseinandersetzungen mit der Polizei, z. B. nach sozial auffälligem Verhalten unter Alkoholeinfluss. Ferner wegen Ladendiebstahl und sonstigen Delikten, vor allem aber in Verbindung mit Alkoholkrankheit und Drogenabhängigkeit, den bedeutsamsten Risikofaktoren für aggressives oder gewalttätiges Verhalten mit und ohne zusätzliche psychische Krankheit. Und es taucht immer wieder das Problem der unzureichenden Betreuung und vor allem Nachsorge auf.

So ist die Gefahr, erneut gewalttätig zu werden, im ersten Jahr nach der Entlassung nicht nur bei psychisch weitgehend unauffälligen Straftätern aus der Vollzugsanstalt, sondern auch bei psychisch Kranken aus der psychiatrischen Klinik um ein Mehrfaches erhöht. Das größte Problem ist dabei nicht nur die mangelhafte Nachbetreuung, sondern auch eine zeit- und therapiemäßig ungenügende Klinikbehandlung (wie sie in einigen Nationen bei Behandlungsunwilligkeit vorgegeben ist). Mit anderen Worten: Man könnte mehr tun und wäre dazu auch in der Lage, doch die äußeren(!) Bedingungen lassen es offenbar nicht zu.

Und schließlich ist die Frage „hohe, mittlere oder niedrige Gewalttaten-Rate“ auch eine Frage des nationalen Aggressivitäts-Niveaus. So sind aggressive Handlungen und Gewalttaten psychisch kranker Menschen in jenen Ländern statistisch besonders auffällig, in denen die allgemeine Bereitschaft zur Gewalt ansonsten niedriger ist (z. B. in Skandinavien). In Gesellschaften mit größerer allgemeiner Gewaltbereitschaft hingegen relativiert sich das eher (z. B. in den USA).

Gleichwohl: Vor allem neuere Studien aus den USA und aus Skandinavien mit seinem spezifischen und damit sehr erfolgreichen Erfassungssystem belegen eine zwar mäßige, aber nicht übersehbare Erhöhung des Gewalttaten-Risikos durch psychisch Kranke. Dies trifft im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung übrigens auch Frauen. Und es nimmt mit zunehmendem Lebensalter *nicht* ab, was erst einmal erstaunt.

Allerdings ist das Risiko moderat. Es liegt etwa in der Größenordnung von anderen gesellschaftlichen Risiko-Gruppen wie gesunde junge Männer(!) und ist abhängig von zahlreichen individuellen Umständen. Beispiele: angepasste medikamentöse Behandlung und psychosoziale Betreuung.

Die ausgeprägteste Erhöhung des Risikos für gewalttätige Handlungen bei psychisch Kranken findet sich in allen Untersuchungen für Patienten mit Substanz-Missbrauch, insbesondere *Alkohol* (z. B. um den Faktor 5 oder gar 10 gegenüber der Allgemeinheit). Aber auch dies muss – wie erwähnt – zur jeweiligen Grund-Rate allgemein-gesellschaftlicher Gewalt-Kriminalität in Rechnung gestellt werden.

Als individuelle Risiko-Faktoren bei seelisch Erkrankten gelten vor allem *Wahn-Vorstellungen*, in die das spätere Opfer einbezogen wird, insbesondere im Sinne einer Beeinträchtigung oder Fremd-Steuerung sowie die *Personen-Verkennung*. Weitere Risiko-Faktoren sind *spannungsreiche Beziehungen* und *unzureichende Behandlung* (s. o.). Und noch einmal: Prädestinierte Opfer im Falle psychotischer Erkrankungen sind vorwiegend Familien-Angehörige, aber auch Autoritätspersonen. Und bei *Substanz-Missbrauch* entweder nahestehende Menschen oder – zumeist gleichfalls alkoholisierte oder intoxikierte – Zufalls-Bekanntschaften.

Die Häufigkeit tötlich-aggressiver Übergriffe von Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern wurde – wie erwähnt – erstaunlich spät von den Psychiatern selber untersucht, möglicherweise auch ein wenig scham-besetzt, wirft es doch kein

gutes Bild auf Klinik-Rahmen, Behandlungs-Voraussetzungen und vor allem Therapie-Erfolg. Solche Studien-Ergebnisse hängen allerdings besonders stark von den gewählten Definitionen, Erhebungs-Methoden und Einschluss-Kriterien ab, wie es die Wissenschaftler ausdrücken.

Längerfristige Studien, wissenschaftlich fundiert und vor allem mit aussagekräftigen Stichproben, die mehr als Trends erkennen lassen, sind bisher aber kaum in Sicht. Jedenfalls müssen bei Untersuchungen zu pathologisch (seelisch krankhaft)-aggressivem Verhalten folgende Bedingungen erfüllt sein:

1. Personen, die offenkundig oder wahrscheinlich an einer psychischen Erkrankung leiden.
2. Personen, die intoxikiert (in einem Vergiftungszustand durch Alkohol, Rauschdrogen, Medikamente u. ä.) sind oder sich in einem Entzugs-Syndrom (Abstinenz-Symptome) befinden.
3. Patienten mit einer organischen Erkrankung mit direkter oder indirekter Beteiligung des Zentralen Nervensystems und damit Seelenlebens.
4. Patienten, die ihr gewalttätiges Handeln als ich-dyston (d. h. als fremd und unerwünscht) erleben und deshalb psychiatrische/psychotherapeutische Hilfe aufsuchen.

In allen *anderen* Fällen ist ein gewalttätiges Handeln kein medizinisches, sondern ein allgemein-menschliches und ggf. kriminologisches und dann juristisches Problem und fällt nicht in den Aufgabenbereich des Psychiaters. Allerdings dürfte es nicht wenige Grenzfälle geben, in denen eine Beurteilung erschwert ist und einer professionellen Differenzierung bedarf.

Nachfolgend im Kasten nun eine Auswahl internationaler Studien in Stichworten, die zwar einerseits die erwähnten epidemiologischen Schwierigkeiten untermauern, andererseits doch einen Trend widerspiegeln, der sich durch praktisch alle Studien zieht und damit auch die nachfolgend diskutierten Probleme beleuchtet. Der fortlaufende Text beginnt wieder auf Seite 23.

### **Aggression und Gewalt psychisch Kranker (Auswahl)\***

- Psychiatrischer Bericht über 17 Ärzte, die durch gewalttätige Patienten getötet worden sind (H. Laehr, 1889).
- Bericht über 773 Fälle, in denen es in psychiatrischen Kliniken zu schweren Aggressionen von Patienten gekommen war (H. Stierlin, 1956).

- Umfangreiche epidemiologische Studie zu Gewalttaten Geistesgestörter, bei denen man ein um den Faktor fünf erhöhtes Risiko von Patienten mit Schizophrenie feststellte (W. Böker, H. Häfner, 1973).
- Eine Umfrage unter Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern an vier psychiatrischen Fachkrankenhäusern ergab, dass über die Hälfte der Befragten im Verlauf ihrer beruflichen Laufbahn schon einmal ernsthaft körperlich angegriffen worden war, ein Drittel mehrfach. Angriffe oder Bedrohungen innerhalb der letzten 12 Monate hatten 29 % erlebt. Ärzte waren tendenziell häufiger betroffen als andere Berufsgruppen, Männer mehr als Frauen (T. Steinert u. Mitarb., 1995).
- In einer großen Schweizer Stichprobe an zwei Kantonsspitalern von ehemals stationär behandelten Patienten ergab sich im Vergleich mit dem nationalen Kriminalregister für affektive Störungen für sich alleine im Vergleich zu Kontrollen ein signifikant erhöhtes Kriminalitäts-Risiko. Bei Alkoholismus und Drogenmissbrauch (auch in Kombination mit affektiven Störungen) wurden aber deutlich erhöhte Risiken festgestellt (J. Modestin, R. Ammann, 1995).
- Auswertung der Basisdokumentation des Bezirkskrankenhauses Regensburg (1989 bis 1994) mit dem Ergebnis, dass 8,3 % der stationär aufgenommenen Patienten vor der Aufnahme aggressiv waren; zu aggressiven Handlungen während des Krankenhaus-Aufenthaltes kam es allerdings nur bei 2,8 % (H. Spießl u. Mitarb., 1998).
- Eine kontrollierte Querschnitts-Studie bei stationären Patienten mit Depression unterschied zwischen offener Aggressivität (zwischenmenschlich ausgeübte Gewalt) und verdeckter Aggressivität (indirekte Aggressivität, was sich z. B. in Oppositionsverhalten äußert). Ergebnis: Depressionen sind im Vergleich zu Kontrollen verstärkt mit verdeckter, nicht aber mit offener Aggressivität verbunden (M. Wolfersdorf, A. Kiefer, 1999).
- In dem nationalen Kriminalitätsregister von Schweden überprüfte man bei allen registrierten Tötungstatbeständen das Vorliegen psychiatrischer Diagnosen aufgrund des landesweiten Fallregisters (Beanspruchung medizinischer Dienste generell) sowie forensischer Gutachten. Es zählte dabei jede Diagnose, was zu einer größeren Häufigkeit psychischer Störungen unter den Tätern führt. D. h. über 90 % erhielten eine Diagnose einer psychischen Störung. Konkret: 20 % Psychosen (inklusive 8,9 % Schizophrenie), 19,7 % Suchtmittel-Missbrauch oder -Abhängigkeit, 11,3 % Persönlichkeitsstörungen, 2,3 % nicht-psychotische Depression und 2,8 % Anpassungsstörung. Bei 12 % blieb die festgestellte psychiatrische Diagnose unspezifiziert (S. Fazel, M. Grann, 2004).
- Im „National Household Survey“ in England zeigten affektive Erkrankungen und Angststörungen ein erhöhtes relatives Risiko gegenüber der psychisch gesunden Allgemeinbevölkerung von 2,3 für Gewalttaten (wobei die affektiven Erkrankungen, vor allem Depression und Manien nicht von den Angsterkrankungen unterschieden wurden). Außerdem basiert diese Untersuchung auf einem

Selbst-Rating, was die Aussagekraft der Studie relativiert (J. Coid u. Mitarb., 2006).

- In einer US-amerikanischen Studie wurde der Einfluss so genannter subklinischer Einzelsymptome (also eine Art leichterer Krankheitszeichen) untersucht. Dabei waren psychose-ähnliche Erfahrungen (also ohne eigentliche psychotische Erkrankung) bei 5 % der Allgemeinbevölkerung festzustellen. Bei diesen Betroffenen war das relative Gewaltrisiko für Tötung anderer Personen um den Faktor 5 erhöht, also ebenso hoch wie bei psychotischen Erkrankung in dieser Studie selber (R. Mojtabai, 2006).
- Deutsche Studie, nach der es bei 7,7 % der stationär aufgenommenen Patienten zu aggressiven Ereignissen kam (R. Ketelsen u. Mitarb., 2007).
- Große Interview-basierte prospektive Studie in der US-amerikanischen Allgemeinbevölkerung (NESARC des NIAAA) ergab: Lediglich eine Minderheit der registrierten zwischenmenschlichen Gewaltanwendungen wurde von Personen mit der Vorgeschichte einer seelischen Erkrankung begangen (36%). Die überwiegende Mehrzahl mit psychischen Störungen verübte im 3-jährigen Beobachtungszeitraum keine kriminellen Handlungen (95 % im Vergleich zu 98 % bei Menschen ohne psychische Störungen). Dabei ergab sich zwar eine Häufung gerichtlich verfolgter krimineller Handlungen bei Personen mit psychischen Erkrankungen, doch betraf diese Risiko-Steigerung ausschließlich Personen, die bereits früher Gewalttaten verübt hatten. Nach Kontrolle dieses Faktors (d. h. frühere Gewaltanwendung oder nicht u. a.) zeigten Personen mit schweren psychischen Erkrankungen (darunter auch Depressionen, manisch-depressive Störungen und sogar Schizophrenien) keine erhöhte Neigung zu Gewalt. Das Gewaltrisiko bei Suchterkrankungen war lediglich grenzwertig (beim Fehlen einer früheren Gewalterfahrung) erhöht. Wichtige Zusatz-Erkenntnis: Eigener körperlicher Missbrauch in der Vergangenheit (so genannte Viktimisierung, d. h. selbst Opfer von Gewalt zu sein) ist bei psychisch Kranken für ihre eigene Gewaltanwendung nicht zu unterschätzen (E. B. Elbogen, S. C. Johnson, 2009).
- Aus einem systematischen Review von 20 methodisch profunden Einzeluntersuchungen ergab sich, dass das durchschnittliche Risiko für Tötungsdelikte bei psychotisch erkrankten Menschen bei 0,3 % liegt, und zwar im Vergleich zu 0,02 % in der allgemeinen Bevölkerung. D. h. trotz der niedrigen absoluten Prävalenz-Ziffern ist die Steigerung des relativen Risikos bei Diagnose einer psychotischen Störungen beträchtlich (S. Fazel u. Mitarb., 2009).
- In einer deutschen Untersuchung bei entlassenen stationär behandelten Patienten mit der Diagnose „affektive Erkrankungen“ zeigte sich, dass es laut Polizei- bzw. Gerichts-Register bei nur 1,4 % zu entsprechenden Gewalttaten kam. Entsprechende Risiko-Hinweise für Gewalttaten waren männliches Geschlecht, Leben allein und die Diagnose „bipolare Störung“, d. h. depressive und manische Episoden. Fazit: Bei bipolaren Störungen, vor allem in manischen Phasen,



sind deutlich stärkere Gewalt-Risiken als bei unipolaren Depressionen mit ausschließlich depressiven Episoden gegeben. Das Ausmaß des Risikos variiert jedoch je nach Studie bzw. methodischen Voraussetzungen (C. Graz u. Mitarb., 2009).

- Die Datenlage für Tötungshandlung mit anschließender Selbsttötung (Homizide - Suizide) ist begrenzt (S. Eliason, 2009).
- Meta-analytisch (d. h. systematische statistische Auswertung der vorhandenen Literatur) ergibt sich für die Schizophrenie ein erhöhtes Risiko für registrierte Straftaten mit zwischenmenschlicher Gewaltanwendung; bei nicht-schizophrenen Psychosen ist das relative Risiko offenbar geringer. Ein Teil dieser Risiko-Erhöhung ist durch Ko-Morbidität (d. h. zusätzliche Krankheits-Belastung) mit Suchterkrankungen erklärbar: Während bei Schizophrenie und anderen Psychosen ohne Substanzmittel-Gebrauch oder -Abhängigkeit das relative Risiko beispielsweise bei 2,1 lag, war es für komorbide Erkrankungen, d. h. Schizophrenie bzw. andere Psychosen zusammen mit Substanzmittel-Missbrauch oder -Abhängigkeit 8,9. Personen mit ausschließlichem Substanzmittel-Missbrauch oder -Abhängigkeit, d. h. ohne psychotische Diagnose, zeigen eine etwa gleiche Risiko-Erhöhung von 9,8. Die Risiko-Steigerung für Gewalthandlungen bei psychotisch Erkrankten ist also ganz wesentlich auf zusätzliche Substanzgebundene Erkrankungen zurückzuführen (S. Fazel u. Mitarb., 2009 sowie S. Fazel u. Mitarb., 2010).
- In einer schwedischen Studie, bei der die Behandlungsregister und Polizei-/Gerichtsregister bei bipolaren (also manisch-depressiven) Störungen verglichen wurden, fanden sich bei einer Eingrenzung auf mehrfach(!) stationär behandelte Patienten mit dieser Diagnose bei 8,4 % der Patienten schwere zwischenmenschliche Gewalttaten, und zwar im Vergleich zu 3,6 % bei der Allgemeinbevölkerung. Das relative Risiko mit bipolarer Störung liegt deshalb bei 2,3, wobei begleitende Suchtmittel-bezogene zusätzliche Krankheiten einen starken Einfluss haben. Denn bei bipolaren Störungen ohne Substanzmittel-Missbrauch oder -Abhängigkeit war das relative Risiko gegenüber der Allgemeinheit kaum mehr erhöht (S. Fazel u. Mitarb., 2010).
- In einer US-amerikanischen Untersuchung ergab sich, dass 5 % der Täter von Tötungsdelikten durch Waffengebrauch psychisch erkrankte Menschen waren (Centers for Disease Control and Prevention, 2013). In einer anderen Studie berichtete man sogar von 5 bis 18 % (E. F. Torrey, 2011). In früheren Jahrzehnten geringere Raten (derselbe Autor).
- Die Daten zur Häufigkeit von aggressiven und gewalttätigen Patienten schwanken international zwischen 0,4 und 59,9 Übergriffen im Jahr pro Bett in psychiatrischen Institutionen (H.L.I. Nijman u. Mitarb., 2005). Im deutschsprachigen Raum wurden Häufigkeiten von 1,7 bis 5,0 ermittelt (R. Ketelsen u. Mitarb., 2011).

- In der Meta-Analyse ging es um die so genannten Erst-Episoden von Schizophrenien und anderen Psychosen und ihr entsprechendes Risiko-Potential. Das Ergebnis: Schwere Gewaltanwendung fand sich bei 16,6 % von erstmals(!) psychotisch Erkrankten (allerdings keine Vergleichsdaten zu wiederholt Erkrankten). Die Gewaltanwendung war aber insgesamt ausgeprägter bei einer früheren Gewalt-Vorgeschichte bei gleichzeitig bestehender manifomer Symptomatik (also weniger ausgeprägter Hochstimmung, z. B. bei schizoaffektiven Störungen) oder Rauschdrogenkonsum. Der gleiche Anteil von Personen in der ersten psychotischen Krankheitsphase verübte schwere Suizidversuche. Das Risiko für Tötungsdelikte war in dieser Krankheitsperiode besonders ausgeprägt: 39 % verübten Tötungsdelikte in der ersten Krankheitsphase vor einer einschlägigen Therapie. Nach Beginn einer antipsychotischen Behandlung ging die relative Häufigkeit an Tötungsdelikten um den Faktor 10 zurück. Am gefährlichsten war die so genannte Positiv-Symptomatik (z. B. Wahn, Halluzinationen, Gedankenübertragung, zerfahrenes Denken u. a.) sowie manische Krankheitszeichen und Suizidalität. Depressive Beschwerden wirkten eher protektiv, d. h. schützend, das Risiko mildernd (O. Nielssen, M. Large, 2010 sowie O. Nielssen u. Mitarb., 2012).
- Bezieht man sich nicht auf eindeutige Diagnosen, sondern Symptome (z. B. psychotische Krankheitszeichen und Hinweise auf Suizidalität), findet sich ein statistisch gesichertes höheres Risiko für zwischenmenschliche Gewaltanwendung und Tötung bei Suizidenten (Suizidversuch und vollendete Suizide) und umgekehrt (A. M. Heru u. Mitarb., 2006, M. Stenbacka u. Mitarb., 2012)
- Bei einer meta-analytische Studie, die über 100 Untersuchungen zusammenfasste und die Bedeutung einzelner gewalt-riskanter Symptome zu klären versuchte, fanden sich unter der so genannten psychotischen Kern-Symptomatik vor allem die Positiv-Symptome (s. o.) mit der Anwendung schwerer Gewalt verbunden, während die Negativ-Symptome keinen Zusammenhang zeigten (Beispiele: Gemütsverflachung, Interessenverlust, geistige Einbußen, Antriebsarmut, soziale Inaktivität und entsprechendes Rückzugsverhalten u. a.). Die stärksten Zusammenhänge ergaben sich auch hier mit Substanzmittel-Gebrauch und früheren Straftaten. Vom Leidensbild her erhöhte besonders der Beeinträchtigungswahn das Risiko für Gewalt-Anwendung, vor allem bei fehlender antipsychotischer Therapie (K. Witt u. Mitarb., 2013, R. Keers u. Mitarb., 2014).
- In einer schwedischen Record-Linkage-Studie (Erklärung s. u.) zum Risiko von Suizidalität, Gewaltanwendung und vorzeitiger Mortalität (Sterblichkeitsziffer) bei Patienten mit Schizophrenie und verwandten Erkrankungen wird berichtet, dass 11 % der männlichen bzw. 3 % der weiblichen psychotisch Erkrankten wegen Gewalttätigkeit verurteilt oder verwarnt wurden. Das relative Risiko für Gewalttaten gegenüber der Allgemeinbevölkerung war bei männlichen Patienten 6,6, bei Frauen sogar 14,9. Die Suizidrisiken waren hier jedoch deutlich höher als die Gewalttätigkeits-Risiken, nämlich im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung bei Männern 18,3, bei Frauen sogar 31,1. Risiko-steigernd wirkten frühere Kriminalität, Suchterkrankung und bei Männern selbst-schädigendes Verhalten.

Besonders bei Letzteren fiel ein ähnliches Risiko-Profil für selbst- und fremd-gewalttätiges Verhalten auf (S. Fazel u. Mitarb., 2014).

- In einer ähnlichen Studie in Israel wurde die Entlass-Diagnose „Schizophrenie“ aus dem Krankenhaus mit dem Polizeiregister für gewalttätige Straftaten verglichen. Auch hier fand sich ein deutliches Risiko für beide Geschlechter, besonders aber erhöht für Frauen. Und auch hier ein deutlich risiko-steigernder Effekt für Substanzmittel-Missbrauch bis -Abhängigkeit. Frühere Suizidversuche erhöhten das Risiko genauso wie eine familiäre Belastung mit Gewalttaten (A. Fleischman u. Mitarb., 2014).
- In einer landesweiten Record-Linkage-Studie (s. u.) aus Schweden wurden Inzidenz-Raten (statistische Anzahl neu aufgetretener Fälle einer bestimmten Erkrankung innerhalb eines bestimmten Zeitraums) für registrierte Straftaten mit zwischenmenschlicher Gewaltanwendung von 10 % (Männer) und 3 % (Frauen) innerhalb der ersten 5 Jahre nach Diagnose-Stellung einer Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Erkrankung angeben (S. Fazel u. Mitarb., 2014).
- In einer deutschen Untersuchung wurden für die zurückliegende Zeit zwischen 1955 und 1965 insgesamt 8,2 % der Straftäter mit Tötungsdelikten zur Tatzeit als schizophren diagnostiziert (S. Hodgins, R. Müller-Isberner, 2014).
- Schwere Selbstschädigungen einschließlich Suizid sind bei psychotisch Erkrankten viel häufiger als Gewalt gegen andere. So ist bei Schizophrenie bzw. Psychosen das Suizidrisiko etwa 3-mal höher als schwerwiegende zwischenmenschliche Gewaltanwendung (E. B. Elbogen, S. C. Johnson, 2014).
- Die zahlreichen Prävalenz-Studien zu zwischenmenschlicher Gewalt durch psychotisch bzw. schizophren erkrankte Menschen geben durchweg erhöhte relative Risiken an. Quantitativ gibt es allerdings erhebliche Unterschiede (A. Fleischman u. Mitarb., 2014).
- In einer Querschnitts-Untersuchung aus der niederländischen Allgemeinbevölkerung (NEMESIS II) wird zwar ein erhöhtes Risiko für Gewalthandlung bei Depressionen, anderen affektiven Erkrankungen, Angststörungen und Suchterkrankungen festgestellt, wenn es nur um die soziodemographischen Variablen geht. Werden aber zusätzlich alle erfassten Probanden mit einer früheren Viktimisierung (also Erfahrung von körperlicher Gewalt im Sinne von Missbrauch) aus der Stichprobe herausgenommen, sind jedenfalls die affektiven Erkrankungen (vor allem die Depressionen) nicht mehr mit vermehrter Gewaltausübung verbunden. Fazit: Frühere „Viktimisierung“ geht mit späteren Gewaltanwendung einher (M. ten Have u. Mitarb., 2014).
- In einer kontrollierten Querschnitts-Studie aus Schweden fand sich zwar bei Depressionen mit früheren Suizidversuchen ein erhöhtes Gewalt-Risiko. Doch dies war ausschließlich auf Betroffene mit Suchtmittel-Gebrauch, Persönlichkeitsstörung (vor allem Borderline) und Gewalterfahrung in der Kindheit zurück-

zuführen. Fazit: Die Diagnose Depression selbst trägt demnach nur durch Ihre Ko-Morbiditäten (also wenn eine Krankheit zur anderen kommt) zum erhöhten Gewalt-Risiko bei (B. Moberg u. Mitarb., 2014).

- Metaanalyse von Studien, die sich weltweit mit Gewalt auf psychiatrischen Stationen beschäftigten: 17 % der stationären Patienten in psychiatrischen Kliniken wurden gewalttätig. Besonders hoch das Risiko beim männlichen Geschlecht sowie Patienten mit Schizophrenie und/oder Alkoholmissbrauch und jenen Kranken, die gegen ihren Willen in der Klinik untergebracht werden mussten (L. Iozzino u. Mitarb., 2015).
- In einer Studie in US-amerikanischen psychiatrischen Kliniken, die vor allem schwere Formen von Gewalt und Aggression untersuchte, ergab sich eine Rate von 9,1 % körperlichen oder sexuellen Übergriffen mit Verletzungsfolgen in 10.000 Pflgetagen (V.S. Staggs, 2015).
- In Ländern mit Fallregistern für Personen mit Kontakt zum medizinischen Versorgungssystem (vor allem Skandinavien), in denen die dortigen Diagnosen mit den jeweiligen in Registern für polizeilich bzw. gerichtlich festgestellter zwischenmenschlicher Gewalt verglichen werden können, lassen sich besonders fundierte Erkenntnisse gewinnen. Eine solche populations-weite und diagnose-übergreifende Analyse in Dänemark (so genannte „Record-Linkage-Studie“) stellt fest, dass psychische Störungen lediglich 10 % der Taten von Männern und 26 % der Taten von Frauen erklären können. Nur ein Bruchteil der Handlungen mit zwischenmenschlicher Gewalt geht also auf psychische Erkrankungen zurück. Gleichwohl müssen einige Diagnose-spezifische Risiken beachten werden: 1. diagnose-übergreifende Risikosteigerung für psychisch erkrankte Männer (2,1) und für Frauen (3,0), 2. organisch begründete psychische Störungen und das Schizophrenie-Spektrum weisen die höchsten relativen Risiken bei Männern (5,6) bzw. Frauen (4,4) auf, und 3. am wenigsten erhöht waren die relativen Risiken bei den affektiven Störungen (also Depressionen und manische Hochstimmung) für Männer (2,2) und Frauen (2,8). Die hohen Werte für das weibliche Geschlecht resultieren allerdings vor allem aus der niedrigen Prävalenz (also Anzahl der Erkrankungsfälle zu einem bestimmten Zeitpunkt) für Gewalttaten durch Frauen in der Allgemeinbevölkerung. Oder kurz: Was generell selten ist, schlägt dann im spezifischen Fall statistisch besonders eindeutig durch (H. Stevens u. Mitarb., 2015).
- Die aktuelle Record-Linkage-Analyse aus Schweden (s. o.) an entlassenen Gefangenen, die wegen früherer Gewalt-assoziiertes Straftaten verurteilt worden waren, berichtet: 5 Jahre nach Entlassung übten ca. 42 % der ehemaligen männlichen Häftlinge *mit* einer psychiatrischen Diagnose und ca. 27 % *ohne* eine solche erneut zwischenmenschliche Gewalt aus. Dabei trugen Depressionen und Angsterkrankungen nur grenzwertig zu dieser Risiko-Erhöhung bei. Bei ehemaligen weiblichen Häftlingen waren Gewalttaten nach der Entlassung seltener: ca. 20 % ohne und ca. 10 % mit psychiatrischer Diagnose (Z. Chang u. Mitarb., 2015).

- In einer Registerstudie (administrative Datenbank) für zwischenmenschliche körperliche Gewaltanwendungen bei Soldaten der US-Armee fand man, dass behandelte psychische Störungen nur mit einer relativ geringfügigen Risikosteigerung verbunden waren; der ganz überwiegende Teil entsprechender Gewalttaten wurde von Soldaten ohne kürzlich behandelte psychische Störungen verübt (A. J. Rosellini, 2015).
- In einer seit 2002 fortlaufenden jährlichen landesweiten Statistik der Universität Manchester (Großbritannien), die den Zusammenhang zwischen Homiziden (Tötungsdelikten) und u. a. psychiatrischen Diagnosen der Täter erforscht, fand sich über rund 10 Jahre hinweg unter diesen der relativ konstante Anteil von 12 % mit einer psychiatrischen Diagnose, am häufigsten Substanz-bezogene Störungen und Schizophrenie bzw. psychotische Störungen (NCI - University of Manchester, 2015).
- Leicht erhöhtes Risiko für Gewalthandlungen im Vergleich zu jüngeren gleichaltrigen Personen in der Allgemeinbevölkerung bei Patienten mit psychotischer Prodromal-Symptomatik (also entsprechenden Vorposten-Symptomen): 11,1 % zu 5,9 %. Auffällig, dass diese Risikopersonen selber häufiger Opfer schwerer Gewalttaten wurden: 16,5 % zu 8,2 % (R. Purcell u. Mitarb., 2015).
- Die Inzidenzraten (Anzahl der Personen mit Neuerkrankungen pro Zeiteinheit im Verhältnis zur Anzahl der exponierten Personen) für Gewalttaten bei depressiv erkrankten Menschen liegen in dieser Untersuchung bei 3,7 % (Männer) und 0,5 % (Frauen) in einer Beobachtungsperiode von 3 Jahren (S. Fazel u. Mitarb., 2015).
- Eine stichproben-starke Untersuchung zur unipolaren Depression aus einer landesweiten schwedischen Record-Linkage-Studie ergab bei Menschen mit Depressionen ein relatives Risiko von 3,0 für polizeilich/gerichtlich erfasste Gewalttaten. Das ist ungewöhnlich hoch für dieses Krankheitsbild, was auf gewisse methodische Erfassung-Schwachpunkte zurückgeführt wird (S. Fazel u. Mitarb., 2015).
- Homizid-Suizid-Fälle, d. h. Tötungshandlungen mit zeitnahen Suiziden des Täters sind sehr selten. Das wirkt sich auch auf die entsprechenden Untersuchungen bzw. ihre methodischen Schwierigkeiten aus. Die geringe Zahl dieser Taten bewirkt, dass die Qualität der Untersuchungen kaum konkrete Schlussfolgerungen zulässt. Die Diagnosen psychischer Störungen der Täter variieren erheblich, je nach Untersuchung und Nation, nämlich von 11 % bis zu über 90 %. Typische Situationen zum Homizid-Suizid sind 1. Tötung des Kindes und anschließender Suizid der Mutter (nur Fallberichte bzw. Registerdaten); auch in der größeren Gruppe der so genannten „Mitnahme“-Suizide spielen psychische Krankheiten beim Täter (vor allem beim männlichen) überwiegend keine kausale Rolle. 2. Ehemann/Partner tötet Partnerin und dann sich selber: Hier gibt es deutlich erkennbare Motive/Ursachen: schwere psychosoziale Stressoren wie Trennung oder Trennungswunsch der Partnerin oder drohender/tatsächlicher

finanzielle Ruin oder schwere körperliche Erkrankung. 3. Tötung von Fremden: wahrscheinlich extrem selten, und wenn dann meist psychotisch kranke Täter ohne antipsychotische Medikation. – Schließlich das Phänomen des Amoklaufs, das in den letzten Jahrzehnten zugenommen hat. Als Prävalenzen werden für Deutschland angegeben: Ein Amoklauf pro eine Million Einwohner in 20 Jahren bzw. 1 : 5,5 Millionen bis 1 : 8,5 Millionen Männer/Jahr. In diesen Berichten werden ca. 50 % der Täter als psychisch krank, 30 % als intoxikiert (Alkohol, Rauschdrogen) bezeichnet. Die Diagnose-Verteilung ist widersprüchlich (in den USA z. B. ein deutlich geringerer Anteil von psychischen Krankheiten). Fazit: Homizid-Suizid-Fälle sind ein spektakuläres Phänomen, aber mit wenig wissenschaftlicher Sicherheit behaftet (E. Maier u. Mitarb., 2016).

- *Schlussfolgerung:* Für die zum Teil erheblichen Unterschiede sind zahlreiche Einflussfaktoren verantwortlich. Beispiele: die jeweiligen nationalen Gesundheitssysteme, die Art der Behandlungs-Einrichtungen, ihre Aufgabestellung (z. B. Akutstation), die Behandlungsdauer, ferner die Diagnose und Frage: zwangseingewiesen oder nicht, die Anzahl von Mitarbeitern sowie deren Qualifikation, die Konzentration von Patienten mit hohem Gewaltpotential auf einer Station, die Dauer der bürokratisch vorgegebenen Zeit für die stationäre Krankenhausbehandlung (je kürzer, desto höher das Gewaltisiko) und schließlich gesellschaftliche Aspekte außerhalb des Gesundheitswesens wie die Rate an Gewaltdelikten in einem Land oder die Verbreitung von Schusswaffen u.a.m.

\* Nach Sophie Hirsch u. Tilman Steinert: Gewalt psychisch kranker Patienten gegen Ärzte und Pflegepersonal. *NeuroTransmitter* 27 (2016) 40 und W. Maier, I. Hauth, M. Berger, U. H. Saß: Zwischenmenschliche Gewalt im Kontext affektiver und psychotischer Störungen. *Der Nervenarzt* 1 (2016) 53. Dort auch jeweils weiterführende Literatur.

## GIBT ES VERLÄSSLICHE VORHERSAGE-KRITERIEN?

Ähnlich mehr-schichtig wie die Erfassung der Häufigkeit aggressiven Verhaltens ist die Frage nach so genannten *Prädiktoren*, also Vorhersage-Kriterien, was aggressive Patienten-Übergriffe in psychiatrischen Kliniken auf Mit-Patienten, Personal oder Mobiliar anbelangt. Auch dazu existiert eine umfangreiche Literatur, die aber ähnliche methodische Probleme aufwirft. Davon abzugrenzen ist übrigens auch das Problem der mittel- bis langfristigen Vorhersage strafrechtlich(!) relevanter Gewalttaten, eine zentrale Aufgabe der forensische Psychiatrie (s. später).

Um es vorwegzunehmen: Der effektivste patienten-bezogene Prädiktor aggressiven Verhaltens ist eine „aggressive Vorgeschichte“. Daneben gibt es – in deutlicher Abweichung von Risikofaktoren in der gesamten Gesellschaft – bei Gewalt-

taten in psychiatrischen Krankenhäusern kein Hinweis darauf, dass das männliche Geschlecht, das jüngere Alter oder bestimmte psychiatrische Diagnosen eine eindeutig herausragende Rolle spielen würden. Der Schweregrad der psychopathologischen Symptomatik (also der jeweiligen Krankheitszeichen) hat zwar einen Einfluss, als Risikofaktor aber nicht in jeder Studie konsistent belegt. Dies gilt übrigens sowohl für einzelne Symptome als auch für die Gesamt-Ausprägung des aggressiven Krankheitsbildes.

Dagegen finden sich – wenn auch ebenfalls nur moderat ausgeprägt – in deutschen Studien Hinweise darauf, dass bei verminderter sozialer Kompetenz wie beschützte Wohnsituation, beschützter oder fehlender Arbeitsplatz und fehlender Ausbildung auf eine erhöhte Neigung aggressiver Durchbrüche geachtet werden muss.

### **Psycho-biologische Aggressions-Komponenten**

Und um zu einem wichtigen Aggressions-Prädiktor, nämlich dem aggressiven Verhalten in der Vergangenheit zurückzukehren, lassen sich u. a. folgende psycho-biologische Aggressions-Komponenten erkennen:

- feindselige Attributionen (Zuschreibung bestimmter Emotionen, Motive, Verhaltensweisen u. a. von sich auf andere)
- eingeschränkte soziale Fertigkeiten
- rigide kognitive Schemata (starre Einordnungen, was Wahrnehmung, Gedächtnis, Lernen, Erwartungen, Bewertungen u. a. anbelangt)
- eingeschränkte Fähigkeiten zur Empathie (Einfühlungsvermögen, Mitgefühl, emotionales Mitschwingen) und Übernahme genereller Perspektiven
- Tendenz zu höherer Gewichtung negativer Informationen sowie
- eingeschränkte Impulskontrolle

Dazu kommt noch eine Reihe weiterer Faktoren, die aggressive Neigungen bahnen oder fördern können. In einigen Kulturkreisen ist beispielsweise das Auftreten aggressiver Verhaltensweisen deshalb häufiger anzutreffen, weil dort eine bestimmte Auffassung von Ehre herrscht, die bei vermeintlichen Provokationen aggressiv verteidigt wird. Mit anderen Worten, auch sozio-kulturelle Aspekte mit ihren psycho-sozialen zwischenmenschlichen Äußerungen sind zumindest regional, wenn nicht gar lokal von ggf. großer Bedeutung. Auch wird nur selten aggressiv gehandelt, ohne dass zuvor eine Provokation, Frustration oder ein anderer auslösender Faktor erlebt (bzw. aus der Sicht des Betroffenen erlitten) worden ist. Eine Ausnahme wäre die schon erwähnte „instrumentelle Aggression“, die allein auf bestimmte Ziele ausgerichtet ist wie bei strategisch geplanten kriminellen Handlungen.

## „Aversive Stimulationen“ als Gewaltauslöser?

In der psychologischen Forschung wird immer wieder auf den Faktor „emotionale Aggressionen wie Wut und Angst“ abgehoben, auch als „aversive Stimulation“ beschrieben. Einzelheiten – auch kontrovers diskutiert – siehe die Fachliteratur. Für den praktischen Alltag ist aber tatsächlich davon auszugehen, dass Gewalt in psychiatrischen Einrichtungen in der Regel durch aversive Stimulationen im Rahmen zwischenmenschlicher Auseinandersetzungen ausgelöst werden kann. Was versteht man darunter? Zum Beispiel rigide (also unflexible) Stationsregeln, geschlossene Stationstüren, als despektierlich empfundener Umgang von MitarbeiterInnen mit PatientInnen u. a.

Dabei ist ein wichtiger Aspekt zu berücksichtigen: Diese aversiven Stimulationen können einerseits in der sozialen Umwelt liegen, sie können aber auch im inneren Erleben des Betroffenen vorkommen, d. h. von der Außenwelt weder ausgelöst noch registriert sein. Das kann sich sowohl im gesunden, natürlich noch mehr im psychisch kranken Empfinden abspielen. Auf jeden Fall sind solche intern (innerseelisch) erlebten Stimulationen „von außen“ in der Regel nicht zu erkennen.

Um gerade diesen Punkt noch einmal zu vertiefen, nur einige Beispiele: Ggf. unkalkulierbar folgenreich sind geschlossene Stationstüren oder einengende innenarchitektonische Gegebenheiten; ferner die Atmosphäre auf der Station bzw. der Umgang des Personals, wodurch sich die PatientInnen nicht verstanden fühlen oder als nicht akzeptiert erleben. Dazu gehören die Verweigerung von Wünschen, die Durchsetzung bestimmter Stationsregeln, die Anwendung von Zwangsmaßnahmen, ja sogar die Aufforderung zu Aktivitäten, die vom Patienten nicht gewünscht werden. Aber eben auch subjektive Hoffnungslosigkeit, erlebte tatsächliche oder vermeintliche Ungerechtigkeiten, resignative Einstellungen, unangenehme Nebenwirkungen von Medikamenten, Kontakte mit Angehörigen, oder aber auch die Trennung von ihnen und bevorstehende Ereignisse wie eine richterliche Anhörung. Sie alle können zu einem erst einmal unterschwellig, vielleicht schließlich „explodierenden“ aggressiven Verhalten (in diesem Fall Reaktion) beitragen.

### Früh-Warnzeichen beachten

Ist das nun alles ohne zuvor registrierbare Früh-Warnzeichen hinzunehmen? Schon vor Jahrzehnten wurden deshalb entsprechende Untersuchungen durchgeführt und Hinweise gefunden, die durchaus auch als Prädiktoren Verwendung finden können, auch wenn es unterschiedliche Schwerpunkte oder gar Forschungsergebnisse gegeben hat.

Als Ausdruck für die Eskalation einer Interaktion, kurz: drohenden aggressiven Durchbruchs *können(!)* gelten:

- feindselige Grund-Stimmung
- drohende Körperhaltung und Gestik



- geringe Körper-Distanz zwischen Patient und Mitarbeitern
- verbale Bedrohungen und Beschimpfungen
- psychomotorische Erregung oder Anspannung
- gesteigerte Tonhöhe und Lautstärke sowie
- Sachbeschädigungen

Weitere Einzelheiten bzw. konkrete Hinweise je nach Krankheitsbild siehe später.

Diese Auflistung wirkt zwar im ersten Moment überzeugend, doch auch da gibt es Ausnahmen. Um nur ein Beispiel zu nennen und damit die Vielschichtigkeit des Problems, gerade in der Psychiatrie, zu unterstreichen: Bei bestimmten Krankheitsbildern sind Früh-Warnzeichen weniger häufig zu beobachten – und dann umso irritierender, wenn sie losbrechen. Dazu gehören beispielsweise dementielle Erkrankungen wie das Alzheimer-Syndrom (Einzelheiten siehe später).

In fast allen Fällen aber gehen dem erwähnten Hochschaukeln der Emotionen und der gegenseitigen Verstärkung von gereizten Auseinandersetzungen verbal-aggressive Attacken voraus, ehe dann wirklich physische Gewalt droht.

Als konkretere, so genannte evidenz-basierte Präventionsmaßnahmen gelten deshalb strukturierte regelmäßige Risiko-Beurteilungen. Ein offenbar erfolgreiches Beispiel ist die **Brøset Violence Checklist (BVC)**, ein Instrument, um sogar kurzfristig(!) aggressives Verhalten vorherzusagen.

Diese Liste besteht aus sechs Verhaltensmustern: Verwirrung, Reizbarkeit, Lärmen, verbal-aggressives Verhalten, tätlich aggressives Verhalten und sachzerstörerisches Verhalten. Für jede diese Verhaltensstörung wird ein Punkt vergeben, also höchstens 6 Punkte. Werte von 1 bis 2 sprechen für mäßiges Aggressionsrisiko, über 2 für ein hohes. Diese Skala wurde außerdem mit einer visuellen Analog-Skala kombiniert.

Konkret geht man dabei wie folgt vor: In jeder Schicht wird vom Pflegepersonal für jeden Patienten bewertet, für wie wahrscheinlich es gehalten wird, dass es zu einem körperlichen Übergriff auf andere innerhalb der nächsten 12 Stunden kommt. Mittels eines dafür entwickelten Schiebers wird aus dem Punktwert der Brøset Violence Checklist und der Einschätzung auf der visuellen Analog-Skala ein Risiko-Score (1 bis 12) gebildet. Werden kritische Punktwerte erreicht, stehen Absprachen im Behandlungsteam und entsprechende Interventionen an. Das ist das eigentlich wirksame, zumal jetzt die Gefahr gewissermaßen objektivierbar ist. Und wichtig: selbst (Früh-)Interventionen nicht aus z. B. Bequemlichkeitsgründen verschoben werden können.

Zwei weitere, offenbar überdurchschnittlich erfolgreiche Skalen zur quantitativen Prädiktion (Vorhersage) von Gewaltanwendung sind die **Violence Risk Appraisal Guide – VRAG** und die **Historical Clinical Risk-20 – HCR-20**, die sich als effi-

zienter herausgestellt haben als die früher verwendete „klassische“ Psychopathie-Skala PCL-R von Hare.

Wird das sorgfältig genutzt, sind die Erfolge offenbar ermutigend. Natürlich ist der Aufwand nicht gering, zumal folgenreiche gewalttätige Übergriffe dann doch eher selten sind. Auch kommt es glücklicherweise nicht in jedem Fall von erhöhtem Risiko auch zu physischer Gewalt, im Gegenteil, es ist eher die Ausnahme. Aber es schult den Blick für drohende Risiken und macht Pflegepersonal und Ärzte nicht nur zu überraschten Opfern. Und hilft auch dem Patienten durch rechtzeitige deeskalierende Maßnahmen wieder Ruhe zu finden.

Und um bei zwar formalen, aber letztlich dann doch administrativ und schließlich präventiv nutzbaren Aspekten zu bleiben, sei hier noch auf die **Staff Observation Aggression Scale – revised version (SAOS-R)** hingewiesen, ein alltags-brauchbares Instrument zur Dokumentation aggressiven Verhaltens in psychiatrischen Einrichtungen.

Die Einträge werden in fünf Spalten vorgenommen, in denen erfasst wird: 1. welche Provokation dem aggressiven Zwischenfall vorausging, 2. welches Mittel benutzt wurde, 3. was das Ziel der Aggression war, 4. welche Konsequenzen für die Opfer entstanden und 5. welche Maßnahmen ergriffen wurden. Für die Spalten 2 bis 4 können Einträge zum Schweregrad erfolgen (Werte zwischen 0 und 4), aus denen ein Summenscore berechnet werden kann (Werte zwischen 0 und 12).

So wird beispielsweise dokumentiert, ob der Aggression eine ggf. verständliche(!) Provokation vorausgegangen ist und wie der Patient reagiert hat. Dabei wird unterschieden, ob es nur zu einer verbalen Auseinandersetzung, zu Tätlichkeiten oder gar zum Einsatz von Waffen kam und gegen wen und was sich die Gewalt richtet. Auch die Folgen des Angriffs werden dokumentiert. Hat sich der angegriffene Mitarbeiter bedroht gefühlt, wurde er verletzt oder musste er sogar medizinisch versorgt werden? Außerdem wird dokumentiert, welche Maßnahmen unternommen wurden, um aggressives Verhalten zu unterbinden. Hier sind sowohl deeskalierende Maßnahmen (s. später) als auch Zwangsmaßnahmen wie z. B. die Fixierung aufgeführt. Durch den Summenscore können auch quantitative Auswertungen zur Schwere der Aggressionshandlungen errechnet werden.

Die SOAS-R wird in Europa schon vermehrt eingesetzt, teilweise auch in der Routine-Dokumentation der elektronischen Krankenakte, wozu ein entsprechendes Auswertungsprogramm weiterhilft.

## EXKURS: GEWALT GEGEN ÄRZTE UND PFLEGEPERSONAL

Gewalt ist negativ – auf jeder Ebene. Darin ist sich jeder einig. Es gibt aber gesellschaftliche Bereiche, in denen Aggression oder Gewalt von der Allgemeinheit besonders beurteilt, ja verurteilt wird, z. B. Frauen, Kinder, Hilflose, Ältere, ja sogar Tiere. Und es gibt Berufe, in denen Gewalt zwar ebenfalls abgelehnt, aber auch als „Berufs-Risiko“ relativiert wird. Dazu zählen vor allem Polizisten und Pflegepersonal in psychiatrischen Einrichtungen – und sogar in gewissem Maße Ärzte. Und tatsächlich gehören Letztere zu den besonders Gefährdeten. Ärzte, ob in Notaufnahmen, Krankenstationen oder sogar Praxen werden beschimpft, bespuckt, bedroht, gebissen, geschlagen, niedergestochen und erschossen. Es mangelt nicht an dokumentierten Beispielen, wie Dr. Bernhard Mäulen, Leiter des Instituts für Ärztegesundheit in Villingen, in seiner Übersicht in der Ärzteschrift MMW-Fortschr. Med 5 (2013) 14 auflistet.

Zwar liegt Deutschland international im unteren Drittel der Gewalt-Vorkommnisse, ähnlich wie die Schweiz. Andere Nationen wie die USA, Australien, die Türkei, ja England und Israel verzeichnen ein deutlich höheres Maß an Übergriffen gegen Ärzte. Doch insgesamt scheint die Häufigkeit nicht nur von mehr oder weniger tolerierbaren und verständlichen Verbal-Attacken, ggf. mit Drohhaltung, sondern auch von schweren physischen Gewalttaten gegen Ärzte zuzunehmen. Und dies nicht nur – wie erwähnt – in den Notaufnahmen der Kliniken, sondern sogar beim Hausarzt oder fachärztlichen Spezialisten in der Praxis. Und hier nicht nur der Arzt, sondern auch die Arzthelferinnen.

Nun ist die Zunahme von Aggression und Gewaltbereitschaft ein generelles Problem, das auch andere Berufsgruppen trifft, bei denen man es früher kaum für möglich gehalten hätte. Das sind nicht nur die Lehrerinnen und Lehrer in den Schulen, sondern sogar Juristen, bis hin zu Richtern und Staatsanwälten. In einer Schule wird es schnell publik, aus gutem Grund auch schnell direkt verbreitet. Anders bei Juristen, vor allem aber Ärzten, nicht zuletzt in der Psychiatrie. Einzelheiten siehe die einleitenden Hinweise in diesem Beitrag.

Dass darüber so wenig berichtet wird, ist zuerst einmal eine formale Frage: Denn erst wenn die Angriffe gegen Ärzte im Polizeibericht kommentiert sind, werden sie öffentlich bekannt und natürlich zweimal, wenn die Staatsanwaltschaft tätig wird. Doch das ist selten – und damit auch eine realitäts-gerechte Einstellung zu diesem Phänomen. Nachfolgend deshalb nach B. Mäulen eine kurz gefasste Übersicht zu Hintergründen, Tätern und Motiven:

- *Überfallen* werden in erster Linie Psychiater, Nervenärzte und Psychotherapeuten sowie Hausärzte und Ärzte im Bereitschafts- und Notdienst bzw. in den Notaufnahmen. Dabei droht Gewalt grundsätzlich gegen praktisch alle Facharztgruppen, sogar Pathologen (die eigentlich „nur“ Leichen sezieren). Und praktisch

jede Position, vom Assistenz- bis zum Chefarzt. Und jede medizinische Disziplin, also Human-, Zahn- und selbst Tier-Mediziner. Bisher deutlich mehr Männer, wobei das weibliche Geschlecht auch hier zunehmend bedroht wird.

- Die Mehrzahl der Gewalttaten gegen Ärzte wird von *Patienten* verübt: enttäuschte, gekränkte, frustrierte, vorwurfsvolle („Fehlbehandlung“), verärgerte (Gutachten!) u. a. Hier geht es wenigstens um ein mehr oder weniger nachvollziehbares Motiv.

Es gibt aber auch nicht wenige Psychotische (Wahn!), Verwirrte (Alter!), Intoxikierte (Alkohol, Rauschdrogen, Medikamente), bei denen es sich um mehr oder weniger eindeutige psychopathologische (seelisch krankhafte) Reaktionen handelt. Und natürlich Konsequenzen aus ihrer krankhaften Sicht heraus, sprich unterschiedliche Ansichten oder Kontroversen zu bestimmten diagnostischen und vor allem therapeutischen Maßnahmen, Verschreibungen u. a., die nicht wunschgemäß ausfallen.

- Eine nicht unerhebliche Risikogruppe sind aber auch *Angehörige von Patienten*: Hier geht es dann um Vergeltung, Bestrafung, Rache, kurz: Unterstellungen, Beschwerden, Anklagen usf. Meist übrigens sehr schwierig differenzierbar, was berechtigt, irrtümlich, völlig grundlos u. a. ist.

- Eine zahlenmäßig eher überschaubare Tätergruppe sind *Unbekannte*, d. h. Erpressung, Raubüberfall, Geiselnahme, wobei hier eher der Zufall eine Rolle spielt, wen es trifft.

- Sehr viel direkter sind dann wieder *Beziehungstaten*. Hier sind es die Motive Eifersucht, Rache, finanzielle Aspekte usf., die das persönliche Umfeld des Arztes betreffen.

- Zuletzt muss auch beim Arzt an *Stalking* gedacht werden. Tatsächlich werden so manche Ärzte von Patienten und Angehörigen regelrecht systematisch tyrannisiert. Hier mag keine direkte Gewalttat irritieren, die Folgen sind trotzdem tief verunsichernd bzw. verstörend und vor allem so absorbierend bis zermürbend, dass eine so folgenschwer-bedeutsame alltägliche Berufsaufgabe wie die des Arztes Schaden nehmen kann – zu Lasten der anderen Patienten.

Was kann, was muss bzw. was müsste man tun? In jeder Berufsgruppe finden sich sofort die zutreffenden Antworten bzw. Reaktionen. Beim Arzt liegen die Dinge anders, und leider nicht unbedingt zu seinem persönlichen Vorteil, sprich körperliche Sicherheit und seelische Gelassenheit. Dabei hat auch der Arzt ein Recht auf Eigensicherung und Schutz. Hier sind zum einen die entsprechenden Institutionen gefragt (von Ärzteverbänden, Fachgesellschaften bis zur Ärztekammer bzw. dann die juristischen Stellen), zum anderen eben der Arzt selber. Er ist es schon auch, der sein Gefahren-Bewusstsein schärfen sollte. Was aber irgendwie mit seinem Berufsverständnis und den diagnostischen und therapeutischen Aufgaben

zu kollidieren scheint. Jedenfalls dürfte den wenigsten Ärzten eine durchstrukturierte Checkliste für den Selbstschutz in der Praxis (und durchaus auch Notfallaufnahme und Klinik) so richtig bekannt und strategisch bewusst sein.

Hier muss mehr geschehen, von allen Seiten, die ja an einer medizinisch fundierten Behandlung interessiert sind. In den Krankenhäusern und Notfallaufnahmen lassen sich dabei Fortschritte erkennen, in den Praxen hängt es vom jeweiligen Inhaber ab, weshalb es darüber bisher keine konkreten Daten gibt.

## SPEZIFISCHE ASPEKTE

Zu den spezifischen Blickwinkeln drohender aggressiver Reaktionen oder gar körperlicher Gewalt-Durchbrüche gehören noch weitere Fragen, von denen zumindest drei kurz gestreift werden sollen, nämlich *geschlechts-spezifische Einflüsse*, *ethnische Minoritäten* sowie *unterschiedliche Aggressivitäts-Muster*. Im Einzelnen:

- **Geschlechts-spezifische Aspekte**

Geschlechts-spezifische Aspekte sind zwar auf den ersten Blick von großer Bedeutung, deshalb auch wissenschaftlich gesehen nicht selten untersucht – aber wiederum von nicht einheitlicher Kenntnislage begleitet. Einige Studien fanden in der Vergangenheit bei teils auch großen Patienten-Kollektiven keine Geschlechts-Unterschiede in der Häufigkeit aggressiven Verhaltens. Andere berichteten über häufigeres Auftreten bei Männern, einige sogar bei Frauen (und zwar nicht nur verbal, sondern auch körperlich aggressiv). Letztlich bleibt die Frage auch hier offen, oder mit einem langen Satz:

„Insgesamt kann festgehalten werden, dass die für die Allgemein-Bevölkerung und auch für psychisch Kranke in der Gemeinde geltenden gut gesicherten Befunde einer deutlich höheren Prävalenz von Gewalttätigkeit bei Männern, die sich auch im starken Überwiegen des männlichen Geschlechts im Maßregelvollzug widerspiegelt, für die (Akut-)Behandlung in psychiatrischen Institutionen *so nicht bestätigt werden kann*“ (S2: Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie: Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten, 2010).

Hier muss man allerdings einen weiteren Aspekt berücksichtigen, nämlich *traumatische Erfahrungen*. Sie treten bei psychisch Kranken deutlich häufiger auf als in der Allgemeinbevölkerung. Ein Teil betrifft ungewollte sexuelle Annäherungsversuche, ungenügende Privatsphäre und sexuelle Übergriffe, was auch im Zusammenhang mit Behandlung und psychiatrischen Institutionen nicht auszuschließen ist. Von diesen traumatischen Erfahrungen sind Frauen öfter betroffen, während Männer eher Opfer von Gewalt-Erfahrungen „draußen“ werden.

- **Ethnische Minoritäten und Gewalt?**

Ungefähr 15,3 Millionen Menschen in Deutschland haben einen so genannten Migrations-Hintergrund (Tendenz steigend). In Ballungs-Räumen leben zum Teil mehr als 100 Nationalitäten. Und dies mit unterschiedlicher kultureller Basis und einer Vielzahl von Sprachen (wobei die ersten Generationen oft über keine oder nur vergleichsweise schlechte Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen).

Ein kausaler Zusammenhang zwischen *Migration und psychischen Störungen* ist aber bisher nicht bewiesen. Allerdings sind Migranten einer Vielzahl von spezifischen Belastungen und Begleit-Umständen ausgesetzt, die seelische, psychosoziale und psychosomatisch interpretierbare Reaktionen hervorrufen können. Beispiele: Traumatisierungen durch Flucht, Haft, Gewalt als extrem belastende Ausgangslage; aber auch Bindungsverluste, Entwurzelung, Anpassungs-Schwierigkeiten, Identitäts-Probleme, Rollenverlust, sprachliche und kulturelle Verständnis-Probleme, Diskriminierungen – und in zunehmenden Maße Generationen-Konflikte auf der Grundlage unterschiedlicher kultureller Prägungen.

Das trägt auch dazu bei, dass bei Menschen mit Migrations-Hintergrund größere Erkrankungs- und Sterblichkeitsrisiken vorliegen als bei der einheimischen Bevölkerung. In seelischer Hinsicht ist auch die Erkenntnis nicht zu übersehen: Ethnische Minoritäten nehmen die stationäre(!) psychiatrische Behandlung häufig erst dann in Anspruch, wenn sie wirklich schwerwiegend erkrankt sind.

Wie steht es nun aber mit der Häufigkeit aggressiven Verhaltens? Dazu die zusammenfassenden Erkenntnisse aus den Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie „Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten“: Bei mehr als 15.000 Aufnahmen mit einem Ausländeranteil von 6,2% konnte gezeigt werden, dass Tötlichkeiten und kriminelles Verhalten bei Deutschen häufiger vorkamen als bei Ausländern (hier Türken, Italiener, Jugoslawen u. a.). Auch im deutschsprachigen Ausland, z. B. im Kanton Zürich konnte festgestellt werden, dass ausländische Patienten weniger aggressiv waren als schweizerische. Zumindest gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Patienten hinsichtlich aggressiver Vorfälle.

Dies gilt sogar für die USA (allerdings ein häufigeres Auftreten fremd-aggressiven Verhaltens bei nicht-weißen Patienten), wobei jedoch interessanterweise das Bildungsniveau eine Rolle spielt: niedriges und hohes Bildungsniveau keine Unterschiede, mittleres hingegen siehe oben.

Für deutsche Untersuchungen aber gilt: Aggressives Verhalten tritt bei Patienten aus ethnischen Minderheiten oder mit Migrations-Hintergrund im Vergleich zu deutschen Patienten gleich häufig oder eher seltener auf. Wie das unter den derzeitigen Migrations-Bedingungen weitergeht, muss allerdings abgewartet werden.

## • Unterschiedliche Aggressivitäts-Muster

Interessant auch die neuere Differenzierungs-Empfehlung nach unterschiedlichen Mustern zwischenmenschlicher, vor allem körperlicher Aggressivität bzw. Gewalt. Dabei unterscheidet man impulsive oder reaktive Aggressivität von geplanter, instrumentaler oder so genannter proaktiver Aggressivität. Im Einzelnen:

- *Impulsive oder reaktive Aggression* geht mit stark ausgeprägten Affekten einher, hier volkstümlich als hochkochende Gemüts-Aufwallungen bezeichnerbar. Diese sind oft Folge von entsprechenden Frustrations-Erlebnissen (vom Lat.: frustra = vergebens, umsonst), Kränkungen, Verletzungen, oft noch kombiniert mit individuell empfundenem (psycho-)sozialem Stress, was sich zu blinden Wut-Ausbrüchen steigern kann. Hier finden sich dann entsprechende seelische Erkrankungen wie Schizophrenie, Suchtkrankheiten, wahnhaftige Störungen usw., bisweilen sogar die ansonsten aggressiv weniger auffallenden Depressionen und Angsterkrankungen.
- *Geplante, instrumentale oder proaktive Aggressivität* hingegen entwickelt sich eher im Zusammenhang mit spezifisch belastenden Persönlichkeitszügen. Hier fällt dann vor allem eine rücksichtslose und kalt kalkulierende Aggressivitäts-Strategie auf. Und ein weiterer Faktor verwirrt: Denn oberflächlich betrachtet sind die Exponenten dieser Aggressions-Form durchaus sozial gewandte, durchsetzungsfähige, klug agierende, scheinbar kooperative (Netzwerk) Charaktere, die sich offiziell auch nicht „die Hände schmutzig machen“, auch wenn sie letztlich doch ihre Konkurrenten respektlos behandeln, wenn nicht gar demütigen, kränken, herabsetzen.

Hier kommt dann wieder der eigentlich überholte Fachbegriff des „Psychopathen“ ins Spiel (im anglo-amerikanischen Sprachgebrauch als „psychopathy“ bezeichnet). Konkret handelt es sich zumeist um dissoziale/antisoziale Persönlichkeiten, im Extremfall den speziellen Subtyp „mit psychopathischen Eigenschaften“ (DSM-5<sup>®</sup> / ICD-10). Definition: emotionale und soziale Defizite, sprich: zwischenmenschliche Dominanz, geringes Angst-Niveau, unzureichende emotionale Ansprechbarkeit, mangelnde Wertschätzung des Umfelds, beherrschendes Auftreten (mitunter auch als verlängerter Arm instrumentalisierter willfähriger Untergebener).

## DIE HÄUFIGSTEN PSYCHIATRISCHEN KRANKHEITSBILDER

Bei der Frage, welche psychiatrischen Krankheitsbilder besonders betroffen sind, ergibt sich folgende Reihenfolge:

- An erster Stelle stehen Patienten mit Alkohol-Intoxikation (eventuell in Verbindung mit einer Persönlichkeitsstörung – s. u.). Ähnliches gilt für Rauschdrogen-

Einfluss. In manchen Fällen kann auch ein Medikamenten-Missbrauch eine zusätzliche Rolle spielen, als Einzel-Ursache jedoch weniger.

- Ebenfalls häufig betroffen sind so genannte akute Psychosen (allgemeinverständlich, wenngleich nicht sehr treffend übersetzt: „Geisteskrankheiten“). Und hier vor allem schizophrene Psychosen, insbesondere Patienten mit einem so genannten systematisierten Wahn (Einzelheiten siehe das ausführliche Kapitel über den Wahn in dieser Serie).
- Ähnliches gilt aber auch für manisch-depressive Psychosen, heute bipolare affektive Störung genannt. Und nicht zuletzt für schizo-affektive Psychosen, bei denen schizophrene, depressive und/oder manische Zustände zugleich oder kurz hintereinander belasten können.
- Problematisch sind auch Erregungszustände in psychosozialen Konflikt-Situationen, selbst ohne zugrunde liegende psychiatrische Erkrankung. In der Gruppe der häufigen Ursachen finden sich auch Misch-Intoxikationen bei Polytoxikomanie, d. h. mehrere vergiftende Substanzen im Rahmen einer Mehrfach-Abhängigkeit. Und Persönlichkeitsstörungen, bei denen einige schon im Namen „Böses ahnen lassen“ (z. B. antisoziale/dissoziale Persönlichkeitsstörung – Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie).
- Weniger häufig sind so genannte postkonvulsive Dämmerzustände bei Epilepsie, also nach einem Krampfanfall. Desgleichen akute Belastungs-Reaktionen nach seelischem bzw. psychosozialen Trauma (Verwundung). Auch geistige Behinderung mit rezidivierenden (immer wieder auftretenden) und vor allem gleichzeitig verlaufenden Erregungszuständen gehören in diese mittlere Gruppe. Und dementielle Entwicklungen, bei denen man es eventuell nicht erwarten würde (Einzelheiten siehe später).
- Eher erwartet sind Entzugs-Syndrome oder Delirien. Weniger eindeutig für den Nicht-Mediziner Erregungszustände nach unmittelbar vorausgegangenem Schädel-Hirn-Trauma sowie (damit) organischer Persönlichkeitsstörung. Auch hier: Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie.
- Selten als Ursache aggressiver psychomotorischer (seelisch-körperlicher) Erregungszustände finden sich akute Gehirn-Erkrankungen wie Enzephalitis (Gehirnentzündung) oder Subarachnoidalblutung (spezifische Form der Gehirnblutung), wobei die an sich wegweisenden neurologischen Symptome erst einmal fehlen können. Selten sind auch metabolische Störungen beteiligt, z. B. Leber- oder Nieren-Insuffizienz (Funktionsstörungen), eine Hypoglykämie („Unterzuckerung“) u. a. Desgleichen sonstige Gehirn-Erkrankungen wie Tumore, Gefäßprozesse usw.
- Ein Phänomen, dem man etwas mehr Bedrohlichkeit zugestehen würde, findet sich ebenfalls unter der dritten, eher selten auffallenden Kategorie, nämlich der



pathologische (krankhafte) Rausch. Vielleicht wird er auch im Kreis der Zech-Freunde eher abgemildert (und vor allem verschwiegen), kann aber schon zu sehr unangenehmen Gewalttaten(-Folgen) führen.

Die meisten rechtskräftig verurteilten psychisch kranken Gewalttäter sind in den forensischen Abteilungen und Kliniken untergebracht (deren Bettenbedarf ständig wächst), und dort auch – je nach personeller Ausstattung – in guten therapeutischen Händen (auch wenn die erwähnten Entweichungsversuche immer wieder zur Beunruhigung Anlass geben). Nicht wenige, vor allem in Ländern ohne ausreichende forensische Betreuungsmöglichkeiten, aber auch in Gefängnissen inhaftiert, besonders Psychose-Erkrankte. Dass sich dort das Zustandsbild kaum bessert und nach Entlassung eine besonders hohe Rückfallgefahr für Gewalttaten besteht, liegt auf der Hand.

## URSACHEN UND RISIKOFAKTOREN

Über die Ursachen, Hintergründe und Risikofaktoren wird im Folgenden noch ausführlich berichtet, doch sei – international übereinstimmend – kurz vorweggenommen: Jenseits jener komplizierenden Faktoren wie sekundärer Alkohol-, Rauschdrogen-, Medikamenten- und sonstiger Missbrauch, jenseits von sozialer Entwurzelung, mangelhafter Therapie und Nachsorge usw., gibt es doch einige gewaltbegünstigende Faktoren, die besagen:

Psychisch gestörte haben selten die gleichen Motive wie nicht psychisch gestörte Täter, bei denen z. B. Bereicherungs- und sexuelle Delikte dominieren.

Bei seelisch Kranken sind es vor allem Beziehungstaten besonderer Art. Und diese oft noch in unerträglichen Spannungs-Situationen, die sich aus ihrer Sicht irgendwann geradezu entladen müssen

Betroffen sind – wie erwähnt – insbesondere jene Menschen, die ihnen nahe stehen (vor allem Kernfamilie, aber auch Freunde und Bekannte). Oder die sie therapeutisch betreuen und deshalb häufig in einen verhängnisvollen Teufelskreis geraten. Seltener trifft es auch Autoritätspersonen, Fremde oder zufällige Opfer.

Im Grunde handelt es sich zumeist um Notwehrmaßnahmen in (subjektiv erlebter) höchster Bedrohung und weniger um aggressive Absichten im eigentlichen Sinne. Das kann als Opfer aber auch einmal eine Persönlichkeit des öffentlichen Lebens betreffen, wenn sie in ein entsprechendes Wahnsystem einbezogen wurde. Dafür gibt es tragische Beispiele.

## Möglichkeiten und Grenzen

Was Prävention (Vorbeugung), Therapie und Nachsorge anbelangt, so sind sie nicht nur machbar (Einschränkungen s. später), sondern auch schon heute weitgehend realisiert und erfolgreich. Nur davon erfährt die Allgemeinheit nichts. Es interessiert natürlich auch nicht. Das kann man beklagen, doch ist die Psychiatrie damit nicht alleine (Tausende von Flugzeugen starten und landen täglich sicher, berichtet wird aber nur über einen Absturz weltweit).

Das heißt jedoch nicht, dass nicht einiges besser werden könnte. Die Bedingungen dafür sind günstig. Denn die Gewalttaten psychisch Kranker sind zumeist durchaus verhinderbar, wenn es sich um Symptome handelt, die sich erfolgreich behandeln lassen. Eine wirkungsvolle Therapie ist auch möglich, ohne wieder in eine restriktive Psychiatrie zurückzufallen. Voraussetzung ist allerdings ein ausreichendes Angebot an klinischen und vor allem ambulanten Behandlungs- und Nachsorgemöglichkeiten, das den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht wird.

Davon sind wir allerdings noch weit entfernt. Die einhellige Klage der beispielsweise meisten Psychose-Kranken ist nicht aus der Luft gegriffen: zu viel Medikamente, zu wenig Zuwendung. Das aber ist vor allem eine Frage der personellen Ausstattung. Mit anderen Worten:

Aggressivität und Gewaltbereitschaft sind bei seelisch Kranken konkrete Symptome. Diese kündigen sich meist lange vorher an, auch wenn die eigentliche Gewalttat bisweilen abrupt über ihre Opfer hereinbricht. Deshalb muss man lernen, die ersten Krankheitszeichen zu erkennen, richtig zu deuten und rechtzeitig den zuständigen Stellen mitzuteilen (Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter usw.). Und diese müssen die Zeit haben, den mehr oder weniger alarmierten Angehörigen und später dem Kranken zuzuhören, sich ein Urteil zu bilden, gezielte Maßnahmen einzuleiten - und konsequent zu kontrollieren.

Damit lässt sich die unselige Entwicklung der letzten Jahre eindämmen: Zunahme gewaltbereiter psychisch Kranker, d. h. → Aufbau einer spannungsreichen innerseelischen Drang-, ggf. sogar Zwang-Situation → vermehrte Bedrohungen (und zwar nicht nur einmal, zumeist mehrfach, aber ungehört, verdrängt oder verleugnet) → schließlich aggressive Durchbrüche oder gar spektakuläre Gewalttaten → Unruhe in der Allgemeinheit → immer öfter restriktive Maßnahmen als Notlösung bei zu wenig Therapie und vor allem Nachsorge → Rückfallgefahr → Teufelskreis.

Nachfolgend zur besseren Übersicht und damit Interpretation der allseits immer häufiger irritierenden Aspekte *Aggressivität und Gewalt* eine tabellarische Aufstellung zu den verschiedenen ursächlichen Möglichkeiten aggressiven Verhaltens:

<b>Ursachen aggressiven Verhaltens (Auswahl)*</b>	
<b>Psychologisch</b>	<b>Auftreten</b>
(narzisstische) Kränkung, Enttäuschung	sehr häufig, auch bei nicht psychisch Kranken
Rivalität, Geltungsbedürfnis	bei psychisch Kranken eher seltener
Durchsetzung von Zielen, z. B. Bereicherung	bei psychisch Kranken eher seltener
Ausübung von Macht, Sadismus	bei psychisch Kranken eher seltener
Projektion (»Die anderen sind schuld«)	sehr häufig, auch bei nicht psychisch Kranken
<b>Biologisch</b>	
hormonell (z. B. Testosteron)	bei psychisch Kranken eher seltener
Transmitterstörung	z. B. katatoner Erregungszustand
diffuse Hirnschädigung	vorwiegend Frontal- und Temporallappen, z. B. Epilepsie
Stoffwechselstörung	z. B. Hypoglykämie (Unterzuckerung)
Entzündung	Encephalitis (z. B. Tollwut)
<b>Psychopathologisch</b>	
Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahn	vor allem bei Schizophrenie
Wahnformen (z. B. Vergiftung)	vor allem bei Schizophrenie
imperative Halluzinationen	Schizophrenie, auch bei Persönlichkeitsstörungen
Personenverkenning	besonders bei Schizophrenie
Situationsverkenning	Schizophrenie, Delir, Demenz
Verzweiflung	erweiterter Suizid bei Depression
erhöhte Reizbarkeit	Manie, organische Persönlichkeitsänderung, auch Depression
<b>Toxisch</b>	
Alkohol	sehr häufig
erregende Drogen	Kokain, Amphetamine, Crystal Meth u. a.
Medikamente (einschl. Nebenwirkungen)	z. B. Akathisie bei Neuroleptika
<b>Sozial</b>	
Armut, Benachteiligung, Unterdrückung	bei psychisch Kranken eher seltener
Gewalt als Gruppenphänomen	bei psychisch Kranken fast nie
* Aus: T. Steinert: Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2008	

Zu Beginn einige psychodynamische Aspekte generell, bevor es zu den charakteristischen Aggressions-Mustern auf überwiegend psychopathologischer Grundlage geht (s. später).

## Psychodynamische Aspekte

Die zwischenmenschlich ausgelösten und unterhaltenen Ursachen, Hintergründe und Risiko-Faktoren sind vielfältig und entsprechen meist nicht dem öffentlichen Meinungsbild. Wichtig ist die Konstellation von Aggressions-Bereitschaft und Aggressions-Hemmung. Viele psychisch kranke Gewalttäter sind aggressionsgehemmt (mit höchst seltenen, dann aber ggf. gefährlichen und unkontrollierbaren Aggressions-Äußerungen). Folgende psychische „Mechanismen“ spielen auch bei „gesunder“ Erlebnisverarbeitung eine Rolle, führen in verstärkter oder krankhaft verzerrter Form aber zu einer ins Pathologische gesteigerten Aggressionsbereitschaft:

- *Frustration* (vom lat. frustra = vergebens): hohe Aggressions-Bereitschaft bei reduzierter Frustrationstoleranz und geringer Steuerbarkeit; stereotype, d. h. immer wieder gleichförmig auftretende Handlungsmuster, z. B. Drohungen und „Lernen am Erfolg“ (= Verstärkung sozial inakzeptabler aggressiver Verhaltensweisen, Fehlen von Schuldgefühlen).
- *Lernen am Modell*: Verherrlichung von Brutalität (z. B. Medien), Förderung sadistischen Verhaltens (z. B. Nachahme-Täter), Integration gewalttätiger Reaktionsbereitschaft in das eigene Selbstbild.
- *Verminderung von Hemmungen*: reduzierte Steuerungs- und Kritikfähigkeit, z. B. unter Drogen, mit Auftreten wenig gerichteter, potentiell zerstörerischer Verhaltensweisen.
- *Aggression als Kontaktaufnahme*: verletzende Aggression, wobei das Ziel (= die Herstellung von Kontakt) natürlich verfehlt wird. Umstellung auf nicht-aggressive Kommunikation unmöglich oder erschwert.
- *Instrumentelle Aggression*: Kriminalität, dissoziales Verhalten.
- *Angst*: hohe, in ihrer Intensität nicht mehr kontrollierbare Aggressionsbereitschaft bei krankhaft gesteigertem Angsterleben.
- *Rivalität*: ständiges Rivalisieren mit Provokation unnötiger Konflikte und dadurch Verhinderung befriedigender zwischenmenschlicher Beziehungen (z. B. bestimmte Persönlichkeitsstörungen, „neurotische“ Entwicklungen und manische Syndrome).
- *Verschiebung von Aggression*: weites Spektrum von sadistischen Verhaltensweisen bis zur unkontrollierten Aggressionsabfuhr an Schwächeren; unbewusste Abläufe; häufig so genannte „neurotische“ Projektionen (Abwehrmechanismen).

- *Aggression aus vermeintlich idealistischen Motiven*: Aggression aus Mitleid (psychopathologisch: Mitnahme-Suizid), Aggression im Dienste von Erziehungsidealen usw.

Klinisch, d. h. im Alltag psychiatrischer Tätigkeit ob Praxis, Ambulanz/Poliklinik oder stationäre Behandlung, lassen sich also bestimmte Aggressions-Muster charakterisieren, die gut mit theoretischen Modellen der Aggressions-Entstehung übereinstimmen. Für Interessenten, die sich hier einen tieferen Überblick verschaffen wollen, findet sich nochmals zusammenfassend nachfolgende Tabelle. Sie erläutert die bei jedem Menschen gelegentlich wirksamen Aggressions-Motive und ihre Auswirkungen bei krankhaft herabgesetzter oder verstärkter Aggressions-Hemmung, und zwar zusammen mit einer ideal-typischen(!) Annahme von seelischer und psychosozialer Gesundheit.

<b>Die Entstehung aggressiver Impulse und ihre Verarbeitung*</b>			
<b>Entstehung der aggressiven Impulse</b>	<b>gesunde Verarbeitung</b>	<b>Verarbeitung bei pathologisch gesteigerter Aggressionsbereitschaft</b>	<b>Verarbeitung bei pathologisch gehemmter Aggressionsbereitschaft</b>
<b>1. Frustration</b>	flexible Handlungsmöglichkeiten je nach Situationsangemessenheit; z. B. Verbalisierung aggressiver Gefühle	hohe Aggressionsbereitschaft bei reduzierter Frustrationstoleranz (Ich-Schwäche), geringe Steuerbarkeit, stereotype Handlungsmuster: Drohungen, Beschimpfungen	Unterdrückung der erlebten aggressiven Impulse: Verschiebung, verdeckte Aggression (betonte Freundlichkeit wechselnd mit Sticheleien), Wendung gegen die eigene Person (Depression)
<b>2. Lernen aus Erfahrung</b>	„gekonnte“ Aggressions-Realisierung der eigenen Interessen in sozial akzeptablem Rahmen	Verstärkung sozial inakzeptabler aggressiver Verhaltensweisen, Fehlen von Schuldgefühlen	Tabuisierung von Aggression, Harmoniezwang, übertriebene Schuldgefühle → Wendung gegen die eigene Person → verdeckte Aggressionsäußerungen
<b>3. Lernen am Modell</b>	Identifikation mit Vorbildern von kontrollierter, sozial erträglicher Aggressionsäußerung (z.B. Verbalisierung eigener aggressiver Gefühle, offenes Austragen von Konflikten)	Verherrlichung von Brutalität, Förderung sadistischen Verhaltens. Integration gewalttätiger Reaktionsbereitschaft in das eigene Selbstbild	Mangelnde Durchsetzungsfähigkeit, wenn aggressive Verhaltensweisen im weiteren Sinne als mit dem Selbstbild inkompatibel erlebt werden

Entstehung der aggressiven Impulse	gesunde Verarbeitung	Verarbeitung bei pathologisch gesteigerter Aggressionsbereitschaft	Verarbeitung bei pathologisch gehemmter Aggressionsbereitschaft
4. Verminderung von Hemmungen	bei Gesunden in Extremsituationen möglich, dann aber Verhalten wie bei pathologisch gesteigerter Aggressionsbereitschaft	Verminderung der Steuerungs- und Kritikfähigkeit mit Auftreten wenig gerichteter, potentiell destruktiver Verhaltensweisen	übermäßige Aggressionshemmung, dabei Neigung zu depressiven und neurotischen Verhaltensweisen, in Krisensituationen auch zu gefährlichen Impulsdurchbrüchen. Neurotische Kompromissbildung zwischen aggressiven Impulsen und Aggressionshemmung: Zwangsneurose
5. Aggression als Kontaktaufnahme	„konstruktive“ Aggression, „anbändeln“, rasche Wendung in nicht-aggressive Kontakte möglich	verletzende Aggression, Ziel (Herstellung von Kontakt) wird verfehlt. Umstellung auf nichtaggressive Kommunikation unmöglich oder erschwert	Vermeidung von Kontakten zur Vermeidung potentieller Konflikte
6. Instrumentelle Aggression	„gekonnte“ Aggression im sozial akzeptablen Rahmen	Kriminalität, dissoziales Verhalten	mangelnde Durchsetzungsfähigkeit unter üblichen Lebensbedingungen
7. Angst	defensive Aggression in situationsangemessener, kontrollierbarer Intensität	hohe, in der Intensität nicht kontrollierbare Aggressionsbereitschaft bei pathologisch gesteigertem Angsterleben	fehlende oder stark verminderte defensive Aggression bei gestörtem Selbstwertgefühl, Depression. Extremform: depressiver Stupor
8. Rivalität	Austragen von Rivalität und Konkurrenz bei gleichzeitiger Respektierung des Rivalen, Möglichkeiten zu Solidarisierung und Freundschaft	ständiges Rivalisieren mit Provozieren unnötiger Konflikte und dadurch Verhinderung befriedigender zwischenmenschlicher Beziehungen	Vermeidung von Rivalität mit Rückzug aus wichtigen Lebensbereichen
9. Verschiebung von Aggression	auch bei Gesunden unter äußerem Druck häufig, jedoch im Idealfall bewusstseinsfähig und kontrollierbar	sehr weites Spektrum von sadistischen Verhaltensweisen bis zur unkontrollierbaren Aggressionsabfuhr an Schwächeren. Verschiebungen des Inhalts und Objekts, meist unbewusst. Häufige neurotische Projektionen (Aggression aus Mitleid, Aggression im Dienst von Erziehungsidealen)	meist unbewusste Verschiebung: gegen die eigene Person (Depression), auf den eigenen Körper (psychosomatische Erkrankung, Hypochondrie)

\* Aus T. Steinert: Aggression: In V. Faust (Hrsg.): Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. G. Fischer, Stuttgart-Jena-New York 1996

## WETTER, KLIMA UND AGGRESSIVITÄT ?

Dass Wetter (kurzfristige meteorologische Einflüsse) und Klima (langfristig) einen Einfluss auf das menschliche Befinden haben, und zwar im seelisch-körperlich stimulierenden wie belastenden, ist eine alte Erkenntnis. Deshalb haben sich vor allem die Ärzte schon sehr früh mit diesem Thema beschäftigt und die dafür zuständige Wissenschaft, die Medizin-Meteorologie oder Biometeorologie seit über hundert Jahren entsprechende Untersuchungen dazu angestellt: vom Einzelfall bis zu umfangreichen statistischen Vergleichen, was Krankheit und bestimmte meteorologische Phänomene anbelangt. Hier insbesondere zum Thema Krankheit und Jahreszeit.

Trotz methodischer Schwierigkeiten – das Problem liegt darin, mit Hilfe zweier annäherungsweise bekannter Größen (atmosphärisches Geschehen und Mensch) eine dritte Größe (Einfluss des Wetters auf den Menschen) bestimmen zu müssen – liegen bisher Hunderte von Publikationen vor, die diese Fragestellung behandeln.

Der weit überwiegende Teil dazu widmet sich der Beziehung zwischen Wetter und körperlicher Krankheit. Relativ spät untersuchte man dann auch das Phänomen *Wetter und psychische Krankheit* (vor allem zum Thema Wetter und Suizid). Dass hier mit noch mehr methodischen, vor allem aber klassifikatorischen Problemen zu rechnen ist, versteht sich von selber, weshalb man sich mit konkreten Schlussfolgerungen sehr bedeckt hält.

Noch schwieriger steht es für das ja an sich schon spektakuläre Thema *Wetter, Klima und Kriminalität*. Dabei zeigt gerade hier eine historische Übersicht entsprechende wissenschaftliche Bemühungen, die bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts gehen und sich in regelrechten „Kriminalkalendern“ niederschlagen. Dass dabei ganz unterschiedliche Ergebnisse diskutiert werden mussten, ist nicht verwunderlich, und zwar nicht nur je nach (z. B. historisch geprägten) gesellschaftlichen, sondern auch geographischen und damit regional gebundenen meteorologischen Verhältnissen. Wenn das allerdings halbwegs bereinigt ist, so scheinen auch moderne Statistiken von den früheren Erkenntnissen kaum abzuweichen. Nachfolgend eine kurze Übersicht, basierend auf dem Fachbuch von V. Faust über *Biometeorologie – Der Einfluss von Wetter und Klima auf Gesunde und Kranke* (1977):

### **Wetter, Klima und Kriminalität?**

So zeigt beispielsweise der jahreszeitliche Verteilungsmodus für die USA – dokumentiert durch die Statistiken der amerikanischen FBI (Uniform Crime Report) – folgende makabre Zusammenhänge: Gemordert wird am häufigsten zwischen Juli und Dezember, vergewaltigt in der warmen Jahreszeit, also Juni, Juli und

August, aber auch im Oktober. Der Einbruch kumuliert in der Ferienzeit von Juli bis August. Raubüberfälle und Diebstähle nehmen in der zweiten Jahreshälfte, also von Juli langsam ansteigend bis Dezember zu. Fahrlässige Tötung häuft sich von Oktober bis Dezember mit einem Gipfel im Juni. Die meisten schweren Körperverletzungen werden im Juli registriert, und zwar mit einem langsam abflachenden Rückgang bis Oktober.

Dazu vergleichbar fällt bei der polizeilichen Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes in Wiesbaden bezüglich Gewalttaten eines auf: Bei gefährlicher und schwerer Körperverletzung kein eindeutiger Schwerpunkt, bei „vorsätzlich leichter“ Körperverletzung eher die warme Jahreszeit von Mai bis September.

Nun ist die Jahreszeit nur ein äußerlicher Aspekt, was aber steckt u. U. meteorologisch dahinter, um diese Phänomene biometeorologisch zu erklären? Oder kurz: meteorologische Einzelfaktoren als kriminogene Auslöser?

Tatsächlich hat man nicht nur Jahreszeit und Klima, auch meteorologische Einzeldaten untersucht. Das ging von primär abenteuerlich anmutenden Gleichungen bis hin zum „thermischen Gesetz der Straffälligkeit“, was man heute natürlich kritischer sieht. Immerhin durchzieht eine Erkenntnis die Mehrzahl der Befund-Interpretationen: Von allen meteorologischen Faktoren, denen man am ehesten einen Einfluss zutraute, spielten der Grad der *Luftfeuchtigkeit* und insbesondere die *Temperatur* die größte Rolle. Tatsächlich war man schon in früheren Zeiten, vor allem in bestimmten Regionen der USA der Ansicht, dass Kriminalität und Zuchthaus-Revolten besonders während feucht-heißer Sommer drohten. Reizbarkeit und Aggressivität stiegen bei anwachsender relativer Luftfeuchtigkeit („je schwüler, desto kleiner die Zelle...“).

Am heißesten (im wahrsten Sinne des Wortes) diskutiert wurde die kriminogene Bedeutung des Föhns. Die einen glaubten beweisen zu können, dass Föhn eine Zunahme von Verkehrsunfällen und Suiziden, vor allem aber auch von Verbrechen jeglicher Art bahne. Sie würden nicht zuletzt durch Reizbarkeit und (selbst-) aggressive Neigungen ausgelöst, sagte man. Auch diskutierte man die Überlegung, dass diese schnell zuschlagenden warm-trockenen Fallwinde (die es unter anderem Namen überall auf der Welt gibt) nicht nur die Täter, sondern auch Opfer beeinflussten (unaufmerksamer, träger, risikoreicher).

### **Wetter, Klima und seelische Störung?**

Wie aber steht es nun um die Meteoropathie oder Wetterföhligkeit, wenn nicht gar Wetterempfindlichkeit (bei ausgeprägter organischer Anfälligkeit) von seelisch Kranken?

Dazu gibt es umfangreiche statistische Erhebungen, die – trotz aller naturgegebenen methodischen Schwachpunkte seitens der komplexen Klientel – doch einige nachdenkenswerte Erkenntnisse vermitteln. Und dies nicht zuletzt für jene Krankheitsbilder, die ohnehin in Bezug auf Fremd-Gefährlichkeit (z. B. Schizo-



phrenie, Persönlichkeitsstörungen, Alkoholkrankheit und Drogenabhängigkeit) sowie Selbst-Gefährlichkeit (Depressionen) aufzufallen pflegen. Dazu nur ein Beispiel:

### **Schizophrenie und Wetterabhängigkeit?**

Tatsächlich bezeichnet sich etwa ein Drittel der (entsprechend befragten) *Schizophrenen* als zwar subjektiv wetterfühllich, jedoch weniger anfällig als die meisten anderen seelisch Kranken. Das kann allerdings auch mit dem Umstand zusammenhängen, dass Psychose-Kranke stärker von ihrem Leiden absorbiert, wenn nicht gar auf ihre Wahnwelt fixiert sind, dass sie feinere peristatische Einflüsse nicht so empfindlich registrieren wie beispielsweise Depressive und die früher so bezeichneten „Neurose-Kranken“. Was sich allerdings dann doch bei ihnen erkennen lässt, ist eine ausgeprägtere Empfindlichkeit auf Föhn (besonders Männer), Warmfronten und Okklusion (eine vom Boden abgehobene Warmluftschale). Und dies bei allen untersuchten schizophrenen Untergruppen. Und dies nicht nur für diese – von jedermann nachvollziehbaren – meteorologischen Einteilungen, sondern auch bei komplexer definierten Wetterlagen-Klassifikationssystemen.

Dies zeigt sich auch in der stationären Aufnahme-Frequenz: Schizophrene beiderlei Geschlechts und sämtlicher Untergruppen (untersucht Paranoide, Katatone, Hebephrene, Schizophrenia simplex) werden am seltensten in der kalten, am häufigsten in der warmen Jahreszeit hospitalisiert. Das entspricht der dann doch offenbar ausgeprägteren Wärme-Empfindlichkeit dieser Kranken, diskutiert man in Fachkreisen.

Und damit zu der Frage: Muss man vor allem in der warmen Jahreszeit und insbesondere bei schwül-heißen Witterungslagen mit scheinbar unvorhersehbaren Überreaktionen rechnen, die sich dann auch in vermehrter Unruhe, Reizbarkeit, Aggressivität und ggf. Gewalt äußern kann? Und hieße das dann nicht auch: vermehrte Vorsicht bzw. neutralisierende präventive Bemühungen, besonders auf geschlossenen Abteilungen (siehe obige Erkenntnis)?

Vor allem der gefürchtete Überraschungs-Effekt (Stichwort: Raptus = unerwarteter, fast überfallartiger, vom Betreffenden krankheitsbedingt nicht steuerbarer Erregungszustand mit drohendem Gewalt-Durchbruch) ist ein zwar seltenes, dann aber gefürchtetes Phänomen. Möglicherweise kann es auch klima- und wetterbedingt gebahnt werden. Diese Erkenntnis, sofern sie nicht ohnehin von erfahrenen Ärzten, Schwestern und Pflägern bestätigt werden muss, würde dann bei entsprechendem allgemeinen(!) Kenntnisstand das Fachpersonal wenigstens nicht völlig überraschen.

Den kranken Menschen mit einer Schizophrenie übrigens auch, denn er dürfte sich in der Mehrzahl der Fälle ohne Steuerungsmöglichkeit in diesen (witterungsmäßig verstärkten?) aggressiven Ausbruch meist hilflos hineingezogen fühlen.

## CHARAKTERISTISCHE AGGRESSIONS-MUSTER BEI PSYCHISCHEN KRANKHEITSBILDERN

Bei der Aggression psychisch Kranker spielen situative Momente eine entscheidende Rolle. Die diagnostische Zuordnung (z. B. Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung, Rauschdrogen-Missbrauch) tritt demgegenüber in den Hintergrund. Trotzdem gibt es erfahrungsgemäß einzelnen Aggressions-Muster, die bei bestimmten Krankheiten immer wieder auftreten können.

Aus der Kenntnis solcher teilweise zu erwartenden Reaktionsweisen lassen sich wichtige Konsequenzen für den therapeutischen Umgang ziehen. Allerdings sollten die im Folgenden geschilderten Charakteristika keinesfalls als krankheits-spezifisch überbewertet werden.

Im Weiteren muss man beim Gewalttaten-Risiko im psychiatrischen Bereich unterscheiden zwischen schweren und leichten Gewalttaten. Dies ist wichtig, weil z. B. schwere Gewalttaten zwar selten sind, in der Darstellung der Medien und in der Erinnerung der Betroffenen und sogar weiteren Umgebung aber einen höheren Stellenwert einnehmen als leichtere, und damit die Einschätzung verändern. So gilt, wie bereits erwähnt:

- Bei *schweren(!) Gewalttaten* gibt es – statistisch gesehen – ein erhöhtes Risiko für z. B. Alkohol-Intoxikation, vor allem in Verbindung mit einer schizophrenen Psychose sowie einer der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen, z. B. wahnhaft, schizoide, schizotypische, Borderline- und vor allem dissoziale/asoziale Persönlichkeitsstörung.

Ein durchschnittliches Risiko findet sich z. B. bei Epilepsien, spät erworbenen Hirnschädigungen, geistiger Behinderung u. a.

Ein unterdurchschnittliches Gewalttaten-Risiko ergibt sich für hirnorganische Abbauprozesse, metabolische Störungen, Tumore u. a.

Einzelheiten zu diesen Krankheitsbildern siehe später und die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

- *Leichtere Aggressionen* sind dagegen bei praktisch allen psychischen Erkrankungen möglich und kommen dort auch durchaus gehäuft vor.

Im Einzelnen und mit Schwerpunkt auf bestimmte seelische Leiden, die immer wieder in die Diskussion geraten:

## ● SCHIZOPHRENE PSYCHOSEN

Kaum eine Krankheits-Gruppe ist so heterogen (unterschiedlich zusammengesetzt) wie die schizophrenen Psychosen. Einzelheiten dazu, insbesondere was psychose-nahe Krankheitsbilder anbelangt (z. B. wahnhaftige Störungen, schizotypische, paranoide und schizoide Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung u. a.) siehe die z. T. ausführlichen Beiträge in dieser Serie. Was gilt es zu wissen:

Statistisch erhöhtes Gewalttaten-Risiko bei vor allem jüngeres Alter, männliches Geschlecht, frühe, insbesondere noch unbehandelte Krankheitsphase, ggf. begleitender Suchtmittel-Missbrauch wenn nicht gar -Abhängigkeit. Erhöhtes Risiko für das plötzliche Umschlagen von fremd- in selbst-aggressives Verhalten (Suizidgefahr).

Vor allem bei paranoider (wahnhafter) Schizophrenie, insbesondere mit Verfolgungswahn, sind verbale und tätliche Angriffe als Verteidigung oder aus Rache möglich. Besonders gefürchtet, zahlenmäßig aber immer seltener registrierbar, sind katatone Erregungszustände (hier besonders so genannter Raptus - s. u.) mit z. T. erheblichem Gewaltpotential. Gewaltakte sind aber auch bei anderen paranoiden (wahnhaften) Erkrankungen möglich. Beispiele: Eifersuchtswahn, Querulantenwahn u. a.

Grundsätzlich ist vor allem in der akuten Psychose mit Erregungszuständen und damit Verlust der Steuerungsfähigkeit und oft hochgradiger psychotischer Angst zu rechnen. Solche Entwicklungen kündigen sich jedoch meist allmählich an. Betroffen sind in erster Linie Bezugspersonen, nur selten Fremde (s. u.).

Mit welchen eher spezifischen Aggressions-Motiven ist bei schizophren Erkrankten zu rechnen (zusätzlich zu den allgemeinen Beweggründen)?

- Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahn. Besonders problematisch: Einbeziehung in ein Wahnsystem (Aggression aus subjektiv erlebter akuter oder chronischer Bedrohung). Eher selten, jedoch schwer vorhersehbar und potentiell gefährlich, da geplante (glücklicherweise auch meist vorangekündigte) Aggressionshandlungen.
- Wahnhaftige Missdeutung der Umgebung (z. B. Umgebungs-Verkennung).
- Gefühl der Fremdsteuerung im Handeln, Denken und Fühlen.
- Reaktion auf akustische Halluzinationen: Stimmen, die sich einmischen, beschimpfen, aufhetzen oder befehlen (so genannte imperative Stimmen). Meist plötzlich, gesamthaft jedoch selten, dann aber bisweilen „raptus-artig“ (vom Lat.: rapere = weg-, fort- oder hinreißen). Imperative (z. B. befehlende) Stimmen stehen meist in einem zwischenmenschlich verstehbaren Zusammenhang (aber nur für den Kranken, nicht für das ahnungslose Umfeld).

- Reaktion auf die Nähe anderer Menschen („Störenfriede“), die als lästig, einengend oder gar bedrängend bis bedrohlich empfunden werden.
- Verlust der Sozial-Distanz (Störung der Dimension Nähe/Distanz). So provoziert z. B. die Distanzlosigkeit des Patienten bei anderen Menschen Aggressionen, die wiederum beim Kranken selber Aggressionen auslösen. Weitere Einzelheiten s. u.
- Überforderung durch Leistungs- und Beziehungsansprüche der Umgebung (zu viel Nähe - s. o.): Typisch für die betroffenen Familien sind die ständigen Aufforderungen, nicht herumzuliegen, auf Hygiene zu achten, mitzuhelfen usw. Vorsicht auch im fortgeschrittenen Stadium stationärer Behandlung durch langsam zunehmenden Rehabilitationsdruck seitens der Therapeuten.

Die Vorhersage solcher Situationen erfordert eine gute Beziehung und viel Einfühlungsvermögen. Wichtig ist deshalb auch das Respektieren der eingeschränkten Möglichkeiten des Patienten. In einer solchen Behandlungsphase (d. h. vor allem nach Abklingen akuter psychotischer Symptome, die extrem erschöpfend zu sein pflegen) ist andererseits gerade auch bei solchen subjektiven Überforderungen das suizidale Risiko (Selbsttötungsgefahr) hoch.

- Zunehmende soziale Desintegration (d. h. aus der bisher gewohnten Gemeinschaft herausgefallen), nicht zuletzt durch den krankheitsbedingten Verlust sozialer Kompetenz des Betroffenen.
- Aggression im Rahmen von „Verrücktspielen“, aus Rache, Trotz, Scham u. a.
- Überaktivität und ggf. übersteigerte und damit aggressive Aktivität, die Untergangs-Angst, Panik der Auflösung, Desintegration u. a. überwinden sollen (wichtiges Aggressions-Motiv bei Schizophrenen, das viel zu wenig beachtet wird, für die Therapie aber sehr bedeutsam ist).

Besonders betroffen sind vor allem im häuslichen Bereich Mutter, Geschwister, Vater, sonstige Angehörige, während der stationären Behandlung alle Therapeuten (also nicht nur Schwestern und Pfleger, sondern auch Ärzte und Psychologen). Und im öffentlichen Raum Polizeibeamte, sonstige Ordnungsbehörden, aber auch Verkäufer, Kontrolleure, Fahrer, Verkehrsteilnehmer usw.

Eine konsequente(!) und dosis-angepasste antipsychotische Therapie mit Neuroleptika reduziert das erhöhte Gewaltisiko deutlich.

## ● WAHNHAFTE STÖRUNGEN

Die anhaltenden wahnhaften Störungen (früher zumeist als Paranoia, aber auch Paraphrenie, paranoides Zustandsbild, sensitiver Beziehungswahn u. a. genannt) sind zwar eine relativ seltene, dann aber oft spektakuläre Erkrankung, auch mit der Gefahr von aggressiven Durchbrüchen. Auf jeden Fall wichtig zu wissen: Die wahnhafte Störung ist *keine* schizophrene Psychose. Auch handelt es sich hier um keinen Wahn durch beispielsweise Rauschdrogen, Kopfunfall, Alzheimer'sche Demenz, Stoffwechselstörungen u. a.

Entscheidend ist nicht ein bizarrer, d. h. vom Gesunden nicht ableitbarer Wahn, wie er bei der schizophrenen Psychose vorkommen kann, sondern ein zumindest theoretisch erklärbares Phänomen, vor allem im Sinne von Liebes-, Eifersuchts-, Größen- oder Verfolgungswahn. Ist das Wahn-Thema also nicht völlig auszuschließen, zumal der Betroffene ansonsten keine Auffälligkeiten zeigen muss, sind die psychosozialen Konsequenzen meist umso folgenschwerer, man kann es sich denken.

Einige Betroffene erscheinen zwar relativ wenig beeinträchtigt, wenigstens nach außen hin. Bei anderen äußert sich dies im Verlaufe einer wahnhaften Beeinträchtigung schon auffälliger, meist zwischenmenschlich. Das beginnt mit einer nachlassenden beruflichen Leistungsfähigkeit, geht über partnerschaftliche, familiäre und nachbarschaftliche Auseinandersetzungen und endet ggf. in aggressiven Reaktionen, die auch einmal eine gewalttätige Tönung annehmen können.

Dies betrifft kaum den körperbezogenen Wahn, selten auch den Liebes- und Größenwahn, häufiger aber den Eifersuchts- und vor allem Verfolgungswahn. Beim einen sind es Vorwürfe, Drohungen, Verleumdungen, Bespitzelungen, Verfolgungen u. a., beim anderen dann schon ernstere berufliche, nachbarschaftliche, schließlich polizeiliche und zuletzt juristische Auseinandersetzungen, vor allem durch den Vorwurf aggressiver Durchbrüche und Gewalt-Anwendung.

## ● GEISTIGE BEHINDERUNG (INTELLIGENZMANGEL)

Bei schwerer geistiger Behinderung eher selten, wenngleich heftige Erregungszustände selbst durch minimale Auslöser möglich sind (z. B. subjektiv empfundene Frustrationen, Beschränkungen, Demütigungen, Kränkungen). Die oftmals großen Körperkräfte sind sehr gefürchtet, zumal meist ungerichtete Zerstörungswut, in der Regel gegen Gegenstände, seltener Betreuer; aber auch gezielte und geplante Handlungen. In der Regel gut vorhersehbar (gleichartige, immer wiederkehrende Situationen).

Bei leichter geistiger Behinderung sind chronische oder immer wieder aufbrechende Aggressionen nicht selten. Ursache: häufig Überforderung, verminderte Steuerungsfähigkeit, geringe Frustrationstoleranz, ungünstige Milieueinflüsse, ggf. komplizierende Zusatzerkrankungen (z. B. Alkoholmissbrauch,

Rauschdrogenkonsum, vor allem Epilepsie). Oft typische Aggressionsmuster und mitunter die Reizbarkeit verstärkende Arzneimittel (z. B. bestimmte Antiepileptika, aber auch Tranquilizer u. a.).

## ● HIRNORGANISCHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN

Teils Verminderung bzw. Hemmung der Aggressivität (s. später), aber auch Steigerung bis zur raptus-artigen Gewalttätigkeit. Die Ursachen sind meist mehrschichtig: Wut über eigene Behinderung, Schwäche, Hilflosigkeit, Abhängigkeit, z. B. nach Apoplex (Hirnschlag mit Bewegungsschwäche oder Lähmungen), Aphasie (Sprachstörung), mnestischer (Erinnerungs-)Störungen, Unfähigkeit, sich verbal verständlich zu machen und Ansprüche anzumelden; ferner mangelhafte Übersicht/Einsicht über/in die Situation, u. U. auch Desorientierung. Nicht zuletzt wahnhaft, halluzinatorische, illusionäre Umgebungs-Verkennungen (z. B. Personenverknennung, Bestehlungswahn, Angst vor Überfall, Raub, Beeinträchtigungsgefühl).

Dazu Wut über Eingesperrtsein, Freiheitsberaubung, Überwältigung (Zwangsfixierung), die Medikation (z. B. Injektionen) sowie Zorn und Ärger über Lebensniederlagen sowie mangelhafte Zuwendung, Aufmerksamkeit, Mitleid, Liebe (Angehörige, Pflegepersonal). Nicht selten, wenngleich schwer erkennbar Scham, Minderwertigkeitsgefühle, Ohnmachts-Erleben, Rache-Gelüste an anderen (z. B. Mitpatienten), an der Klinik, dem Heim, der Gesellschaft u. a. Im Einzelnen:

- **Dementielle Prozesse** (erworbener Schwachsinn, z. B. durch höheres Lebensalter): Aggressionen meist in der Familie, oftmals gegen den ebenfalls betagten Partner oder im Pflegeheim (Vorsicht: Gefahr von Stürzen und Frakturen). Häufig nur periodisch (z. B. nachts durch Schlaf-Wach-Umkehr und delirante Syndrome sowie Personen-Verkennungen = Angstreaktionen). Besonders bei plötzlicher Weglauf-Tendenz erhebliche Aggressionen möglich. Achtung: selbst betagte und hilflose Menschen können zu unerwarteten und damit gefährlichen Reaktionen fähig sein (Beispiel: Essbesteck im Gesicht und vor allem Augen!). Jedoch meist ängstliche Verwirrtheit aus dem subjektiven Erleben heraus, bedroht oder in seinen Rechten eingeschränkt zu sein.
- **Akute hirnorganische Erkrankungen:** gelegentlich bei Schädel-Hirn-Trauma (Fachbegriffe: hirnlokales Psychosyndrom mit raptus-artiger Gewalttätigkeit, ähnlich wie beim endokrinen Psychosyndrom), zerebralen (Gehirn-)Blutungen, Enzephalitis/Meningitis (d. h. Gehirn- bzw. Gehirnhaut-Entzündung, z. B. postenzephalitischer Parkinsonismus mit möglichen Angriffsimpulsen, z. B. jemanden zu würgen). Fremd-Aggressionen oft ungezielt, Steuerungsfähigkeit aufgehoben.
- **Organische Persönlichkeitsänderungen:** meist durch eine körperliche Krankheit mit direkter oder indirekter Wirkung auf das Zentrale Nervensystem. Leichtere hirnorganische Beeinträchtigungen führen zu Teilleistungs-Defiziten

(z. B. Rechnen, Schreiben) bei jedoch oft erhaltener Arbeitsfähigkeit. Häufigstes Beispiel:

- - **Epilepsie:** verminderte Frustrationstoleranz und Selbststeuerung, erschwertes Umstellungsvermögen, mangelnde Flexibilität, reduziertes Einfühlungsvermögen, rasche Überforderung, fehlende Bewältigungs-Strategien in Krisensituationen usw. Ggf. medikamentös bedingte Verstärkung von Reizbarkeit und Aggression (z. B. bestimmte Antiepileptika, ferner Tranquilizer usw.). Aggressive Durchbrüche meist spontan oder im Affekt, selten geplant gefährlich. Im Krampfanfall kaum, häufiger im nachfolgenden postiktalen Dämmerzustand. Am häufigsten jedoch ohne direkten Zusammenhang mit einem Anfallsgeschehen.

Weitere Hinweise zum Thema hirn-organische Persönlichkeitsänderungen, Epilepsie u. a. siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

## ● PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

Besondere Probleme durch Minderbegabung (nicht zuletzt leichteren Grades), neurologische Auffälligkeiten wie z. B. Teilleistungsschwächen (Rechnen, Lesen, selbst diskreterer Art), Alkohol- oder Rauschdrogenmissbrauch, ungünstige Vorgeschichte und verhängnisvolle Milieubelastung. Wechsel von fremd- und selbstaggressiven Verhaltensweisen (rasch kippende Fremd- und Selbstbeschädigung: Gewalttat/Suizidgefahr). Charakteristisches Aggressions-Muster je nach Persönlichkeitsstörung. Häufig spielen hohe Kränkbarkeit (Narzissmus - s. später) sowie entsprechende Abwehrmechanismen im neurosen-psychologischen Sinne eine Rolle. Besonders problematische Beispiele von Persönlichkeitsstörungen mit hohem Aggressionspotential:

- **Dissoziale Persönlichkeitsstörung:** Auch als asoziale oder antisoziale Persönlichkeitsstörung, früher auch als Soziopathie oder einfach Psychopathie bezeichnet. Dieser letzte Begriff wurde eigentlich wegen seiner Stigmatisierungs-Gefahr verlassen, wird aber heute als gewalt-riskanteste Form dieser Gruppe genutzt. Wichtigstes Kriterium ist neben dem Mangel oder Fehlen von Einfühlungsvermögen, Mitleid und Rücksicht ein tiefgreifendes Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer: Belästigung, Diebstahl, Zerstörung, Täuschung, Manipulation, Lügen, Betrügen, Simulieren; vor allem häufige oder ständige Miss-Stimmung, Reizbarkeit, Aggressivität und damit wiederholte Auseinandersetzungen, Nötigungen, Verkehrsgefährdungen (einschl. Alkoholisierung) sowie ggf. Schlägereien oder gar Überfälle. Häufig auch Gewalttätigkeit im zwischenmenschlich-sexuellen sowie familiären Bereich (z. B. Ehepartner, Kinder).

- **Paranoide (wahnhafte) Persönlichkeitsstörung:** Charakterisiert durch ein tiefgreifendes und vor allem nicht gerechtfertigtes Misstrauen sowie Argwohn gegenüber anderen Menschen. Deren Motive werden grundsätzlich oder überwiegend als böswillig ausgelegt. Deshalb fühlen sie sich ständigen, vielfältigen und unfairen Angriffen ausgesetzt, was z. B. ihr Ansehen, ihre moralische Integ-

rität, ihre berufliche Leistung(sfähigkeit), ihren guten Willen u. a. anbelangt. Selbst freundliche Bemerkungen, Kommentare, Fragen oder Gesten können als feindselig, zumindest herabwürdigend erlebt werden, und zwar in heftiger, unkorrigierbar und ggf. beleidigender bis aggressiver Art.

So verwundert es nicht, dass diese Art von Persönlichkeitsstörung größte Probleme im zwischenmenschlichen Bereich auslösen kann. Dabei muss sich ihr ungewöhnliches Misstrauen bis hin zu hass-erfülltem Groll aber nicht nur in offensiver Wut, Streitbarkeit und vielleicht sogar aggressiven Durchbrüchen äußern, es kann sich auch in wiederholten Klagen, ja sogar durch stille, aber offensichtlich bittere, missgünstige oder gar wiederum hass-erfüllte Reserviertheit, Distanzierung und Unnahbarkeit, wenn nicht gar Feindseligkeit ausdrücken. Verbale und ggf. körperliche Gewaltbereitschaft ist aber auch hier nicht auszuschließen.

- **Schizoide Persönlichkeitsstörung:** Sie äußert sich in distanzierten sozialen Beziehungen und eingeschränkter Bandbreite des Gefühlsausdrucks im zwischenmenschlichen Bereich. Früher wurden solche Menschen wahrscheinlich nur als verlegen, scheu, zaghaft, befangen, gehemmt, schüchtern, ja ängstlich, unsicher und ohne Selbstbewusstsein eingestuft. Vielleicht auch überspannt, schrullig, ein wenig „irr“.

Tatsächlich sind es Menschen, die empfindlich und labil im Kontakt mit anderen sind, deren Nähe sie nur schwer zu ertragen vermögen oder gar als gefährliche Belastung bzw. grenzen-auflösende Beengung empfinden (Distanz!). Und dies trotz bisweilen großem Bedürfnis nach Nähe, Wärme und Zuwendung. Das Problem aber ist und bleibt: Diese Menschen sind sich der Gefühle anderer einfach nicht sicher. Das erklärt auch so manche unkalkulierbare Reaktion, je nach Situation, zumal sie selber als unterkühl, gemütsarm, ja gleichgültig imponieren.

Hier ist weniger mit offener Aggressivität zu rechnen, mehr mit einer Art unterschwelliger, ja fast verzweifelt getönter, vor allem unversöhnlicher Verbitterung. Eine solche unterschwellige (Fachbegriff: subklinische) krankhafte Wesensart kann natürlich auf Dauer noch zermürender werden als offene Gewaltandrohungen.

- **Schizotypische Persönlichkeitsstörung:** Es gibt Menschen, die fallen auf – negativ und zwar durch folgende Wesensart, die alle frustriert, irritiert, verärgert oder gar wütend macht: Zum einen – wenn man die häufigsten Bemerkungen der Allgemeinheit heranzieht –, eigentümlich, merkwürdig, wunderlich, eigenbrötlerisch, unnatürlich, grotesk, lachhaft, spleenig, verschroben, schrullig, verstiegen, überspannt, skurril u.a.m. Das kann auf viele Menschen passen, die nicht jener Norm entsprechen, die sich die Allgemeinheit wünscht.

Daneben aber lautet die Klage auch: unnahbar, unterkühlt, exzentrisch, nicht nur eigentümliches Verhalten, sondern auch sonderbare Erscheinung, d. h. die Kleidung nicht immer angepasst und vor allem sauber; Augenkontakt vermeidend, furchtsam-argwöhnisch auf Distanz bedacht, humorlos, Neigung zu Rückzug und



Isolation. Dabei irgendwie ängstlich, verunsichert, scheu, wenn nicht gar misstrauisch bis grenzwertig wahnhaft. Deshalb(?) zumindest unterschwellig reizbar, aggressiv, wenn nicht gar feindselig, ja voller Groll, Hass, Neid (auf was?), Missgunst, Bitterkeit, Rachsucht u. a. Auch die Sprache wirkt irgendwie abstrakt bis gekünstelt. Im Extremfall hört man sogar Befürchtungen wie „ich bin nicht mehr ich selber“ oder „alles irgendwie sonderbar um mich herum“. Dabei offensichtlich körperliche Beeinträchtigungen, ohne dass sich etwas Organisches finden ließe (was die Ängste des Betroffenen noch verstärkt). Oder kurz: Manches wirkt regelrecht „schizophren“, zumindest wie man sich diese Krankheit in der Allgemeinheit vorstellt.

Von offizieller medizinischer Seite wird dieses Krankheitsbild aber schizotypische oder schizotype Persönlichkeitsstörung genannt, wofür folgende diagnostische Kriterien von der eigentlichen Schizophrenie abgrenzen sollen: Beziehungsideen (jedoch kein Beziehungswahn), seltsame Überzeugungen oder magische Denkinhalte, die das Verhalten unkorrigierbar(!) beeinflussen und nicht mit den Normen der jeweiligen Kultur in Einklang zu bringen sind, z. B. Aberglaube, Glaube an Hellseherei, Telepathie, an den „6. Sinn“ usf. Ferner ungewöhnliche Wahrnehmungs-Erfahrungen einschließlich körperbezogener Illusionen, seltsame Denk- und Sprechweise, z. B. vage, umständlich, übergenau, stereotyp, metaphorisch, inadäquate oder eingeschränkte Gemütslage (vor allem kalt und unnahbar), seltsames und exzentrisches und eigentümliches Verhalten bei ohnehin auffälliger Erscheinung, Mangel an engen Freunden oder Vertrauten bis hin zu sozialem Rückzug.

Dazu ausgeprägte Angst vor anderen, die auch nicht bei zunehmender Vertrautheit abnimmt und die eher mit paranoiden Befürchtungen als mit kritischer Selbstbeurteilung zusammenhängt. Und gelegentlich sogar vorübergehende quasi-psychotische Episoden mit intensiven illusionären Verkennungen, akustischen und anderen Sinnestäuschungen und wahn-ähnlichen Ideen – und zwar im Allgemeinen ohne äußere Veranlassung (Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie).

Es muss nicht weiter ausgeführt werden, dass hier eine unglücklich breite Auswahl möglicher Motive für aggressive Gedanken oder gar Handlungen bis hin zur Gewalt ausgelebt werden kann, auch wenn vor allem Angst und (zwischenmenschliche) Hilflosigkeit dahinter stecken.

- **Borderline-Persönlichkeitsstörung:** Tiefgreifende Instabilität bezüglich Selbstbild, Affektivität, Impulsivität, die sich im Bereich von Partnerschaft, Familie und weiterem Umfeld auswirkt. Intensive Angst vor dem Verlassenwerden und unangemessene Wut schon dann, wenn eine auch nur zeitlich begrenzte Trennung oder unvermeidbare Änderungen drohen (Bezugsperson, aber auch Therapeut). Unfähigkeit, alleine zu sein; verzweifelt Bemühen, das Verlassenwerden zu vermeiden, und sei es durch impulsive Handlungen wie Selbstverletzung oder auch Fremd-Aggressivität.

Hier irritieren vor allem die plötzlichen, nicht nachvollziehbaren Zustände von Miss-Stimmung, ängstlicher Reizbarkeit, schließlich heftigen Wutausbrüchen mit Verbitterung, Drohungen, Verwünschungen, extremem Sarkasmus, ggf. körperlichen Auseinandersetzungen. Danach manchmal depressive Verzweiflung mit Scham- und Schuldgefühlen. Seltener auch paranoide (wahnhaft) Vorstellungen und Depersonalisations- und Derealisations-Phänomene (z. B. „ich bin nicht mehr ich selber“ bzw. „alles so sonderbar um mich herum“).

Die Psychotherapeuten formulieren das wie folgt: Gerichtete Wut (Hass und Aggression) bindet die hier drohende freie Angst, schützt vor unerträglicher Selbst-Konfrontation (innere Leere), erhält die Ich-Grenzen (wo ende ich und wo beginnen die anderen oder das andere), vermittelt dem geistig-seelischen Persönlichkeits-Kern des Betreffenden den Eindruck von Kraft und Macht, ermöglicht das Gefühl, lebendig zu sein, wehrt Schuldgefühle ab und überwindet die Abhängigkeits-Angst vor anderen.

Man kann sich gut vorstellen, dass hier – vor allem überraschende und offensichtlich unbegründete – Reizbarkeit, Wut oder gar Aggressivität eine unselige Rolle spielen können, vor allem auch selbst-zerstörerisch (Leidensbild mit den häufigsten Selbstverstümmelungen, insbesondere Hautschnitte).

### **Exkurs: Gewissenlose Psychopathen – was heißt das heute?**

Zum Schluss sei noch einmal auf jene Persönlichkeitsstörung zurückgekommen, die am ehesten mit Aggression und Gewalt assoziiert wird, und zwar schon vom Fachbegriff her. Gemeint ist die Dissoziale, auch Asoziale oder Antisoziale Persönlichkeitsstörung. Und hier noch einmal der Rückgriff auf die frühere Bezeichnung „Psychopathie“, die – wie erwähnt – für die folgenreichste Verlaufsform begrifflich reaktualisiert wurde, und zwar unter dem allgemein nachvollziehbaren Terminus *gewissenlose Psychopathen*.

Als Erstes noch einmal im Kasten die klassifikatorische Charakterisierung der dissozialen Persönlichkeitsstörung durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO):

#### **Dissoziale Persönlichkeitsstörung**

Tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Dabei findet man gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meist stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche von Verhalten und psychischen Funktionen. Häufig gehen sie mit persönlichem Leiden und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher.

Darüber hinaus müssen mindestens drei der folgenden, jetzt konkreten Eigenschaften oder Verhaltensweisen vorliegen:

Herzloses Unbeteiligtsein gegenüber den Gefühlen anderer. – Deutliche und andauernde verantwortungslose Haltung und Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen. – Unfähigkeit zur Aufrechterhaltung dauerhafter Beziehungen, obwohl keine Schwierigkeit besteht, sie einzugehen. – Sehr geringe Frustrations-Toleranz und niedrige Schwelle für aggressives, einschließlich gewalttätiges Verhalten. – Fehlendes Schuldbewusstsein oder Unfähigkeit, aus negativer Erfahrung, insbesondere Bestrafung, zu lernen. – Deutliche Neigung, andere zu beschuldigen oder plausible Rationalisierungen (durchsichtig wirkende nachträgliche Begründung unbewusster Motive) für das Verhalten, durch das die Betroffenen in einen Konflikt mit der Gesellschaft geraten sind.

Wenn man diese Negativ-Liste einmal auf den Alltag überträgt, drängt sich immer wieder ein Urteil auf, das man tatsächlich unter dem Begriff des „*gewissenlosen Psychopathen*“ subsumieren könnte. Da jedoch der Fachbegriff „Psychopathie“ bzw. „Psychopath“ im Alltag zum Schimpfwort verkommen ist, musste sich die Psychiatrie einen neuen Fachbegriff einfallen lassen, nämlich die Persönlichkeitsstörung mit verschiedenen Untergruppen. Inzwischen aber wird der Psychopathie-(Fach-)Begriff auch in der Psychiatrie wieder benützt, und zwar für die extreme Negativ-Komponente von Charakter, Persönlichkeitsstruktur oder Wesensart. Man setzt aber „Psychopathie“ in Anführungsstriche oder nutzt die englische Übersetzung, doch letztlich handelt es sich um das, was man im allgemeinen Verständnis einen gewissenlosen Psychopathen nennt.

Dazu gibt es im Übrigen forensisch fundierte Check-Listen, die sich auf die Untersuchung rechtskräftig verurteilter seelisch Kranker stützen. Und die sehr konkret zur Sache gehen, vor allem was Impulsivität, geringe Introspektions-Fähigkeit („Innenschau“) und Selbstkritik, Mangel an Empathie (Zuwendung), Gefühlskälte, Egozentrität, überhöhte Ansprüche, paradoxe (widersinnige) Anpassungs-Erwartungen u. a. anbelangt. Bei solchen Menschen kehrte man also wieder zu dem alten, wegen seiner Stigmatisierung oder gar Diskriminierung verlassenen Begriff der „Psychopathie“ zurück.

Solche „Psychopaths“, wie man sie im angelsächsischen Bereich nennt, gelten in Fachkreisen deshalb als eine (mögliche) Untergruppe der Antisozialen Persönlichkeitsstörung, die vor allem durch problematische Persönlichkeitsmerkmale und eine hohe Rückfall-Gefahr gekennzeichnet ist. Außerdem wird in diesem Zusammenhang von verstärkter Delinquenz (krimineller Anfälligkeit) und erhöhtem Gewalt-Risiko gesprochen. Dies insbesondere wenn psychosoziale Belastungsfaktoren und nur beschränkte geistige Gaben hinzukommen. Was versteht man darunter?

Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht nach *R. D. Hare: Gewissenlos – die Psychopathen unter uns, 2005*:

### **Gewissenlose Psychopathen**

Trickreich-sprachgewandte Blender mit oberflächlichem Charme, erheblich übersteigertes Selbstwertgefühl, Stimulationsbedürfnis (Erlebnishunger) bei ständigem Gefühl der Langeweile, krankhaftes Lügen (Fachbegriff: Pseudologie), betrügerisch-manipulatives Verhalten, Mangel an Gewissensbissen oder Schuldbewusstsein, oberflächliche Gefühle, Defizit an Empathie (Einfühlungsvermögen) bis zur Gefühlskälte, parasitärer Lebensstil („gnadenloser Ausnutzer“), unzureichende Verhaltenskontrolle, Promiskuität (Geschlechtsverkehr mit häufig wechselnden Partnern), frühe Verhaltensauffälligkeiten, Fehlen von realistischen, langfristigen Zielen, Impulsivität (spontan bis unkontrolliert), Verantwortungslosigkeit, mangelnde Bereitschaft und Fähigkeit, Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen, viele kurzzeitige partnerschaftliche oder eheliche Beziehungen, Jugendkriminalität, Missachtung von Weisungen und Auflagen, polytrope (häufig wechselnde) Kriminalität u. a.

Zwei Aspekte verstärken noch dieses allseits belastende Phänomen:

- Zum einen dass man schon fast regelhaft von einem devianten (von der Norm abweichenden) Verhalten bereits im Jugendalter, z. T. im Kindesalter ausgehen muss, wobei man da zwei Typen unterscheidet, nämlich vor dem 11. Lebensjahr (englischer Fachbegriff: „early starter“) und einer später auftretenden Form („late starter“) und
- zweitens dass (auch) hier das Problem der Mehrfach-Erkrankung eine verstärkende Rolle spielt. So finden sich beispielsweise enge Beziehungen zwischen der Antisozialen/Dissozialen/Asozialen Persönlichkeitsstörung und der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Ähnliches nimmt man für die histrionische (früher hysterisch genannte) Persönlichkeitsstörung an. Und natürlich die Kombination mit Substanz-Missbrauch bzw. Abhängigkeit, vor allem Alkohol, Rauschdrogen, aber auch Nikotin und Medikamente bis hin zur Mehrfach-Abhängigkeit.

Weitere Einzelheiten siehe die entsprechenden Hinweise in dieser Serie.

### ● **AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT-/HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNG (ADHS/ADS)**

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS/ADS) belastet nicht nur die psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, sondern kann auch die Lebensqualität und Leistungsfähigkeit bis ins Erwachsenenalter hinein ruinieren. Dabei sind nicht nur die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, die erhöhte Ablenkbarkeit, die Bewegungs-Unruhe und die Gemütslabilität

beteiligt, sondern auch Aspekte, die zu Aggressionen (nebenbei auf beiden Seiten) und manchmal sogar zu Gewalt-Bereitschaft führen können.

Dazu gehören das desorganisierte Verhalten bis hin zum „ständigen Chaos“, eine häufig bis dauerhaft missgestimmt-reizbare Wesensart, schon aus geringem Anlass und sogar rasche und mitunter unkalkulierbare Wutausbrüche, auf jeden Fall eine ungesteuerte Impulsivität auf verschiedenen Ebenen (nicht nur Partnerschaft, Familie, Schule/Ausbildung, Beruf, sondern auch Freizeitverhalten, Sport und nicht zuletzt Straßenverkehr). Noch problematischer wird es bei der in mehr als zwei Drittel aller Fälle registrierbaren Co-Morbidität, d. h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt. Das ist dann besonders folgenreich, wenn es sich um eine der erwähnten Persönlichkeitsstörungen oder Suchtkrankheiten handelt. Bei Letzterem nicht nur der fast obligatorische Nikotinkonsum, sondern vor allem Alkohol und ggf. Rauschdrogen. Weitere Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

## ● **MANISCHE ZUSTÄNDE**

Die von manischen Patienten (krankhafte Hochstimmung, meist im Rahmen einer manisch-depressiven Störung) ausgehende Bedrohung wird eher übertrieben. Trotzdem gilt es folgende Risiko-Aspekte zu kennen und zu respektieren:

Entladung von Überaktivität, aus Kraftgefühl und Überheblichkeit, Prahlerei, Defizit an Sozialgefühl (Distanz, Einmischung), gelegentlich aus einem manischen Größenwahn heraus – alles allerdings zeitlich begrenzt, mit der ursprünglichen Wesensart des Patienten kaum vereinbar und in der nachfolgenden Depression ins Gegenteil umschlagend.

Manische Aggressionen wirken deshalb zwar häufig bedrohlich, bleiben meist aber nur verbal und vor allem auf den engeren Familien-, Freundes-, Nachbar- und Kollegenkreis beschränkt. Bisweilen aber auch grob bis gewalttätig, besonders gegen nahe Angehörige.

Wegen ausgeprägter Antriebssteigerungen und Ideenflucht kommt es jedoch fast nie zu längerfristig geplanten Aggressionshandlungen, eher zu permanenter Reizbarkeit (geringe Frustrationstoleranz) mit stark erhöhter Rivalitäts-Aggression. Gefährlich ggf. bei leichtem Zugang zu Waffen oder entsprechend missbrauchbaren Gegenständen (Messer, Flaschen, Brieföffner usw.), d. h. unvorhersehbare und vom Betreffenden nicht steuerbare Impulshandlungen. Ungesteuerte Gewalt-Entladungen vor allem bei alkoholischer Enthemmung (Rauferei, Kraftprotzerei) möglich, wie überhaupt die unselige Kombination Manie und Suchtkrankheit die meisten zwischenmenschlichen Probleme mit diesem Krankheitsbild schafft.

## ● DEPRESSIONEN

Depressionen gehören nicht nur zu den gefürchtetsten, sondern qualvollsten seelischen Störungen. Sie regen deshalb auch das meiste Mitleid an. Doch auch Patienten mit einer leichteren bis mittelstarken Schwermut können durchaus aggressiv sein (schwere, vor allem psycho-motorisch gehemmte Depressionen geben dafür in der Regel kaum Kraft und Initiative frei, doch dies ist schwierig einzustufen). Vor allem bei früher so genannter „endogener“ oder mehrschichtiger (endo-reaktiver, endo-neurotischer) Depression gilt es auch in diesem Punkt durchaus aufmerksam zu bleiben.

Dabei meist „unoffene“, d. h. verdeckte, indirekte Aggressionen, besonders gegen den Partner (Nörgeln, Sticheln, Schmollen). Auch Negativismus (Sichsträuben bei Wunsch nach Aufmerksamkeit), Demonstration des Elends (Appell um Zuwendung oder Schonung), vor allem aber Tyrannisieren durch das „Kranksein“, das Depressions-Leiden: Dominieren oder Herrschen über andere, die Rücksicht nehmen sollen, bis hin zu aggressiven Suiziddrohungen.

Vorsicht insbesondere bei therapieresistenten und damit chronischen Depressionen (die definitionsgemäß auf alle Behandlungsmaßnahmen nicht ansprechen) und deren gestörter zwischenmenschlicher Kontakt durch Hostilität (Feindseligkeit), Appellations-Verhalten (klagsame Hilferufe) und psychosozialen Rückzug geprägt ist (eher Männer?). Die erwähnte „verbitterte Feindseligkeit“ wurde früher sogar ausdrücklich als „feindselige Depression“ bezeichnet.

Riskant ist hier vor allem die plötzliche Aggressions-Umkehr: Die Autoaggression (Selbst-Aggression) wird z. B. gegen den Partner gewendet (dem sie – psychodynamisch gesehen – teilweise ohnehin gilt). Hier und generell muss dann nicht zuletzt auf instrumentelle Aggressionen geachtet werden: Ohne eigentliche Schädigungsabsicht, jedoch durchaus gefährlich, wenn Waffen (Pistole, Messer) oder schädigungs-relevante Gegenstände (z. B. Gabel, Gläser, Flaschen) im Spiele sind, vor allem wenn suizidale Absichten des Patienten verhindert werden sollen (riskantes Eingreifen durch das Umfeld).

Schlussfolgerung: Selbst im Rahmen einer unipolaren, d. h. immer wiederkehrenden und ausschließlich depressiven Störung auch auf eine gespannte zwischenmenschliche Situation achten (besonders Partnerschafts- und Sexualbereich), auch wenn statistisch zwischen Depression und Gewaltbereitschaft kein eindeutiger positiver Zusammenhang besteht (siehe ausführliche Übersicht zu Aggression und Gewalt psychisch Kranker). Und wenn, dann bei so genannten ko-morbiden Erkrankungen, d. h. depressive Verstimmungen im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen, Suchtmittel-Gebrauch, Wahn-Symptomatik und eigener früherer Gewalterfahrung mit entsprechender Verbitterung.

Bei drei Aspekten empfiehlt sich allerdings eine differential-diagnostische Konkretisierung:

- Bei bipolaren (d. h. manisch-depressiven) Erkrankungen besteht wohl ein verstärktes Risiko-Profil für Aggressionen und Gewaltanwendung, besonders in der manischen Hochstimmung und bei zusätzlicher suchtbedingter Enthemmung.
- Bei der in letzter Zeit verstärkt in die Fach-Diskussion geratenen „Männer-Depression“ muss man wohl auch umdenken. Deshalb nachfolgend ein eigener Exkurs dazu.
- Und drittens muss noch einmal wiederholt werden, dass „depressive Verstimmungen“ ein Symptom sein können, aber nicht grundsätzlich mit der konkret definierten Krankheit „Depression“ identisch sein müssen. Wenn also – wie immer häufiger in den Medien erklärend aufgeführt – nach unfassbaren Geschehnissen (Attentate, Amok, vorsätzliche Mehrfachtötungen u. ä) davon gesprochen wird, dass der Täter „eine Depression haben soll“, müsste das erst fachärztlich geklärt werden. Meist dürfte es sich nämlich um die erwähnte depressive Verstimmung in subjektiv unlösbarer Belastungssituation handeln, wobei auch andere seelische Krankheiten zusätzlich Einfluss nehmen können, z. B. die erwähnten Persönlichkeitsstörungen.

Trotzdem gibt es auch bei rein depressiven Störungen ein besonderes Risiko, nämlich der

**erweiterte Suizid („Mitnahme“-Suizid, fachlich Homizid-Suizid):** Er liegt vor, wenn eine oder mehrere Personen ohne oder gegen ihren Willen von dem Todeswilligen in die Suizidhandlung mit einbezogen werden. Zu unterscheiden von Doppel-Suizid (beide damit einverstanden) bzw. Suizid mit vorangegangenen Mord. Kommt vor allem bei schweren Depressionen vor, glücklicherweise sehr selten (wenn auch allseits schockierend) und wahrscheinlich durch zusätzliche Belastungsfaktoren gebahnt (teils narzisstische, paranoide oder sonstig geprägte Persönlichkeitszüge?).

Beispiele: Erweiterter Suizid einer depressiven Mutter mit Kind(ern) oder eines verzweifelt-resignierten Ehemanns, der seine geistig oder körperlich unheilbar schwer erkrankte Ehefrau erlösen und sich anschließend selber töten will; offenbar immer häufiger auch die Folge von wirtschaftlichem Niedergang, nachfolgender „Katastrophen“-Angst, vor allem aber Scham mit Tötung(sversuch) einer ganzen Familie. Besonders tragisch der Auto-Suizid mit (bewusster) Gefährdung des Gegenverkehrs und noch unfassbar-dramatischer der Piloten-Suizid, der vollbesetzte Flugzeuge mit in den Tod reißt (dann aber nicht zum erweiterten Suizid, sondern zu den Amok-Taten gerechnet wird, wie bei gemieteten/entwendeten Lastwagen, Bussen usw. auch).

## Exkurs: Die so genannte Männer-Depression

Bei dieser – wissenschaftlich noch nicht ausdiskutierten – Depressionsform geht es vor allem um das Beschwerdebild und seine Konsequenzen. Nachfolgend deshalb eine etwas ausführlichere Darstellung, wobei es – wie erwähnt – unterschiedliche Interpretationen gibt. Hier geht es aber lediglich um die Frage: Gewalt-Risiko oder nicht? Im Einzelnen:

Dabei scheinen sich die so genannten Kern-Symptome wie depressive Herabgestimmtheit, Freudlosigkeit, Antriebslosigkeit u. a. weniger zu unterscheiden. Allerdings sind Männer in der Schilderung ihres Leidensbildes deutlich zurückhaltender, auch beim (Haus-)Arzt, der ebenfalls kaum darauf angesprochen wird.

Im Weiteren werden aber eine erhöhte Feindseligkeit, verstärkter Alkoholkonsum zur verzweifelten Selbstbehandlung und eine ausgeprägtere Unruhe, Nervosität, Fahrigkeit und innere Gespanntheit gefunden. Deshalb ging man diesem neuen Leidens-Phänomen gezielter nach und fand einen offenbar spezifischen Symptom-Katalog: depressive Herabgestimmtheit, aber zugleich auch erhöhte Reizbarkeit, ja aggressive Gestimmtheit. D. h. öfter Überreaktionen bei selbst kleinsten Anlässen, bis hin zu Groll, Wut und Zorn-Ausbrüchen. Auf jeden Fall Abstreiten von Kummer, Traurigkeit oder gar („weibischer“) Schwermut. In diesem Zusammenhang zunehmende Häufigkeit und Intensität von (grundlosen?) Ärger-Attacken mit entsprechender (bisher eher persönlichkeits-fremden) Impulsivität. Dabei vermehrter sozialer Rückzug, der nach außen aber oft verneint wird. Dafür zunehmend rigide Forderungen nach Autonomie, sprich: in Ruhe gelassen zu werden, bis hin zu der Unfähigkeit, Hilfe von anderen anzunehmen. Kurz: Rückzug, Aufbau einer Fassade („mit sich alleine abmachen“), dadurch aber auch verstärkte Hilflosigkeit, ja Hoffnungslosigkeit und damit suizid-riskante Vereinsamung.

Im Gegensatz zu dem, was man bisher von einer Depression generell kannte, nämlich Leistungsrückgang oder gar -einbruch, findet sich hier bei dieser Depressionsform erst einmal ein berufliches Über-Engagement, das aber von auffälligen Klagen über ständig wachsenden Stress begleitet ist. In Wirklichkeit nimmt die bisher verfügbare Stress-Toleranz ab, und zwar fortlaufend. Das führt aber zu einer wachsenden Versagens-Angst und zunehmenden Unfähigkeit, sich vor allem an neue Situationen anzupassen. Dafür eine verhängnisvolle Neigung, andere für die eigenen Probleme verantwortlich zu machen. Am Schluss vielleicht sogar eine verdeckte oder gar offene Feindseligkeit – ohne Grund. Auch fällt eine zunehmende (narzisstische) Überempfindlichkeit auf, z. B. als anhaltende Gekränktheit gegenüber allem und jedem.

An körperlichen Beeinträchtigungen finden sich beispielsweise abnehmendes (oder demonstrativ überzogenes) sexuelles Interesse, Schlaf- und Gewichtsprobleme (s. u.). Als anfangs scheinbar hilfreiches, später einbrechendes Kompensations-System gelten vermehrter bis risikoreicher Alkohol- und/oder Nikotinkonsum, gelegentlich auch medikamentöses Gehirn-Doping. Bekannt ist auch



die Abwehr von wachsender Depressivität durch überlangen Fernseh-Konsum, exzessive sportliche Aktivität und letztlich ineffektive „Arbeits-Wut“.

Die besondere Gefahr aber – und das wurde in letzter Zeit durch Prominenten-Suizide zum ersten Mal so richtig deutlich –, liegt in dem erhöhten Suizid-Risiko der verheimlichten Männer-Depression. Oder hart, aber offenbar zutreffend: Frauen suchen Hilfe – Männer bringen sich um.

Schlussfolgerung: Nicht wenige Männer neigen also in der Depression eher zu körperlichen Beschwerden, wirken gereizt und aggressiv, ziehen sich zurück, tendieren häufiger zu Selbstbehandlungsversuchen mit Alkohol – und vor allem zu einer verdeckten Suizidalität durch krankhaft gesteigerte Impulsivität und Aggressivität bis hin zu narzisstischer Wut und (selbst-)zerstörenden Rache-Phantasien.

Ob sich aus dieser risikoreichen Entwicklung dann auch konkrete fremd-aggressive Gewalt-Folgen ergeben, hängt von den speziellen Bedingungen des Einzelfalls ab.

Weitere Hinweise dazu siehe später (z. B. Narzissmus) sowie die spezielle Fachliteratur oder entsprechende Beiträge in dieser Serie.

## ● SUCHTKRANKHEITEN UND ANDERE INTOXIKATIONEN

Bei den stoff-gebundenen Suchtkrankheiten geht es vor allem um Alkohol, Rauschdrogen und Medikamente. Wenn es bei *höhergradigen Intoxikationen* (z. B. Vollrausch) zu aggressiven Handlungen kommt, gelten die für akute hirnorganische Erkrankungen ausgeführten Grundsätze. Ähnlich ist der eher seltene Fall des pathologischen Rausches einzuschätzen. Generell aber ist mit meist folgenschwerer Enthemmung bei Rauschzuständen durch Alkohol, Rauschdrogen, ja sogar bestimmte Arzneimittel in Richtung aggressive Durchbrüche zu rechnen. Substanz-bezogene Störungen insgesamt weisen ein ca. 6-fach erhöhtes Risiko für Gewaltdelikte nach dem 15. Lebensjahr auf. Im Einzelnen:

### **Alkoholkrankheit**

Bei der *Alkoholkrankheit* finden sich oft folgende Besonderheiten: nüchtern eher überangepasst und aggressions-gehemmt. Unter den zahlreichen seelischen, geistigen, psychosomatisch interpretierbaren und psychosozialen Folgen fallen aber in diesem Zusammenhang vor allem auf: innere Unruhe, Nervosität, Fahrigkeit, Gespanntheit, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit und Aggressivität, die nach den nicht mehr bewältigbaren partnerschaftlichen, familiären, nachbarschaftlichen und beruflichen Schwierigkeiten in die Isolation treiben können. Häufig stereotyp gleichartige Verhaltensweisen im Rausch (Vorgeschichte erfragen, was im gegebenen Fall auch in Zukunft zu erwarten sei); beim Entzug in der Regel neben sehr unangenehmen körperlichen Beschwerden vor allem wieder Angst, Reiz-

barkeit und Neigung zu aggressiven Durchbrüchen. Im Delir mehr oder weniger ungerichtete Aggressionshandlungen (ebenfalls meist ängstlich getönt).

Zu den alkohol-bedingten Persönlichkeits-Veränderungen gehören neben Angst und depressiven Verstimmungen, hypochondrischen und hysterischen Reaktionen, neben Passivität, Abhängigkeit und geistig-seelischer Undifferenziertheit insbesondere erhöhte Empfindlichkeit, „unreife Verhaltensweisen“ (naiv, kindlich, pubertär), vor allem aber niedrige Frustrations-Toleranz und schwaches Selbstwertgefühl, das durch entsprechend großspuriges Auftreten kompensiert werden soll; und nicht zuletzt Störungen der Selbstkontrolle, ungezügelter Impulsivität und damit vermehrte Aggressivität (d. h. auch ausgeprägte Selbsttötungs-Gefahr).

Was impulsives oder gar aggressives Verhalten mit dem Risiko von Gewalt-Durchbrüchen anbelangt, so ist dieses folgenreiche Phänomen bei Alkohol-abhängigen um das rund 3-Fache erhöht. Betroffen sind alle Altersstufen, vor allem aber das männliche Geschlecht im Allgemeinen und Jüngere im Speziellen. Dabei muss allerdings eingeräumt werden, dass es an entsprechenden Untersuchungen zur Frage Alkoholismus und Gewalt bei Frauen bisher mangelt. Sehr groß scheinen die Unterschiede aber im Endzustand nicht zu sein, falls überhaupt. Dies insbesondere dann, wenn bei beiden Geschlechtern noch entsprechende Persönlichkeitsstörungen, vor allem antisoziale hinzukommen. Wichtig auch die nachvollziehbare Erkenntnis: Je größer die tägliche Trinkmenge, desto eher ist mit tätlichen Angriffen zu rechnen.

Interessant in diesem Zusammenhang auch eine frühere Einteilung von Alkohol-Abhängigen in zwei Verlaufstypen: Typ 1 ist bei beiden Geschlechtern zu finden und zeigt sich vor allem von Umweltfaktoren abhängig. Hier droht die Alkohol-abhängigkeit erst nach mehreren Jahren starken Trinkens und zeigt einen relativ vertretbaren Verlauf. Dagegen finden sich beim Typ 2 überdurchschnittlich viele Männer mit frühem Trinkbeginn (unter 25 Jahren), schweren Abhängigkeits-Symptomen und zahlreichen medizinischen Behandlungsversuchen – ohne Erfolg. Hier finden sich dann offenbar verstärkt entsprechende Risiken in der Kindheit sowie eine Vielzahl von zusätzlichen Belastungsfaktoren, z. B. Antisoziale Persönlichkeitsstörung mit kriminellen Verhalten usw.

Auch der gleichzeitige Konsum von mehreren Suchtmitteln, die Mehrfach-Abhängigkeit ist häufig. Und in der Verwandtschaft 1. Grades nicht selten Alkoholkonsum-Störungen (was noch keine Alkoholabhängigkeit sein muss) sowie depressive Zustände. Erbliche Faktoren sind also bei diesem Subtyp der Alkohol-abhängigkeit nicht auszuschließen und bahnen dann auf der (peri-)genetischen Ebene den unglückseligen Verlauf, der durch (häufig fortdauernde) zwischenmenschliche, partnerschaftliche, familiäre, berufliche, gesellschaftliche und zuletzt kriminelle (Gewaltneigung) Belastungen geprägt ist.

## Rauschdrogen-Abhängigkeit

Bei der *Rauschdrogen-Abhängigkeit* führen die meisten Substanzen zu eher passivem, in sich gekehrtem Verhalten (z. B. Opiate), was aber im Entzug auch selbst- und fremd-aggressiv umschlagen kann. Hoch problematisch sind antriebssteigernde Stoffe (z. B. Amphetamine, sonstige Psychostimulantien) sowie die bezüglich Aggression am meisten gefürchteten Rauschdrogen Crystal Meth, Kokain, PCP u. ä., bei denen mit erheblichen fremd- und selbstgefährlichen Gewalttaten gerechnet werden muss. Hinsichtlich aggressiver Durchbrüche uneinheitlich und von konstitutionellen und situativen Faktoren abhängig sind Halluzinogene (Haschisch/Marihuana, LSD u. a.). Zu den chemisch ständig wechselnden Designer-Drogen siehe später.

Einige Beispiele in Stichworten, was mögliche aggressive Intoxikations-Folgen anbelangt:

**Haschisch/Marihuana:** innerlich unruhig, gespannt, reizbar, misstrauisch, zerfahren, verwirrt, dabei Angstattacken, Erregungs- und Panikreaktionen sowie aggressive Durchbrüche gegen sich selber und andere.

**Halluzinogene** wie LSD, DOM, PCP, aber auch die „natürlichen Drogen“ Psilocybin, Mescaline u. a.: ähnlich wie bei Haschisch/Marihuana, nur ungleich stärker. Beispiele: misstrauisch, reizbar, zerfahren, Selbstüberschätzung, Denkstörungen, Wesensänderung, Erregungszustände bis zu aggressiven Durchbrüchen und Panikreaktionen. Gefürchtet war vor allem das früher häufiger missbrauchte PCP, das ein Gefühl der Unverletzlichkeit und damit lebensbedrohliche Reaktionen auslöste (schauerliche Selbstverstümmelungen). Gleiches gilt für die Neigung zu bizarrem, gewalttätigem Verhalten, insbesondere während psychoseähnlicher Zustände (furchtbare Bluttaten).

**Weckmittel (Weckamine, Stimulanzien, Psychoanleptika, Psychotonika):** auch hier ggf. nervös, verstimmt, unruhig, fahrig, rastlos, gereizt bis aggressiv. Dazu u. U. Verwirrheitszustände, wahnhaftige Verkennungen, Sinnesstörungen mit entsprechenden Folgen.

Besonders gefürchtet, und zwar nicht nur vom persönlichen Umfeld, sogar von Notfallärzten und -sanitätern sowie Polizisten, ist **Crystal Meth**. Weltweit, jetzt auch zunehmend in Deutschland ist dieses Weckmittel in verheerendem Gebrauch (vor allem aus ost-europäischen Grenzgebieten?). Crystal Meth wird geschluckt, geschnupft, geraucht oder gespritzt, danach fühlt man sich euphorisch, hellwach und topfit. „Man glaubt, die Welt aus den Angeln heben zu können, spürt weder Hunger noch Durst und hält sich für unschlagbar“ (ernüchterter Kommentar danach).

Das führt dazu, dass diese hoch-riskante Droge nicht nur in den üblichen, sondern auch in den so genannten „besseren Kreisen“ probiert und schließlich gezielt konsumiert wird. Von scheinbarem Vorteil ist auch, dass man diese Sub-

stanz für einen anhaltenden Effekt nicht nur unauffällig, sondern lediglich ein- oder zweimal am Tag zu sich nehmen muss (während man z. B. Kokain jede Stunde schnupfen muss, mit allen Risiken, auch der rascheren Entdeckung).

Crystal Meth aber „überdreht den Kreislauf“ (große Pupillen, schneller Herzschlag, unruhig-gespannt, Zittern und ggf. sogar Atemnot). Das kann letale Kreislauf-Folgen haben. Das Umfeld (also nicht nur Angehörige, Freunde, Kollegen, sondern auch Helfer) leidet vor allem unter den plötzlichen Gewaltdurchbrüchen mit nachträglicher Erinnerungslosigkeit. Nach und nach sind dann auch die seelischen und psychosozialen Konsequenzen zu bezahlen, sprich Merk- und Konzentrationsstörungen, Depressionen und Angstreaktionen, ja Halluzinationen.

**Kokain:** ängstlich-gereizte Stimmung, Halluzinationen (z. B. „Kokain-Kristalle unter der Haut“, „Kokain-Tierchen“), krankhafte Beziehungsideen, dabei Gefahr starker Erregungszustände, ggf. mit Verfolgungswahn mit fremd- und selbstgefährlichen Durchbrüchen bis hin zu kriminellm Verhalten. Das Bild vom „brutalen, aggressiven und erbarmungslosen Rauschgiftsüchtigen“ wurde/wird weitgehend vom kriminellen Kokain-Abhängigen geprägt. Der Kokain-Konsum nimmt wieder zu.

Bei den **neuartigen psychoaktiven Substanzen**, ständig durch kriminelle Drogen-Küchen mit neuen Vergiftungs-Variationen vertreten, global auch als Designer-Drogen bezeichnet, gelten vor allem folgende als aggressions-riskant:

- **Crack** aus Kokainsalz und Natron hergestellt, geraucht extrem schnell wirkend und mit extrem hohem psychischen Abhängigkeitspotential ausgestattet. An negativen Folgen drohen neben körperlichen Beeinträchtigungen vor allem Einsamkeits- und Schwächegefühle und schizophrenie-ähnliche Zustände wie Verfolgungswahn und andere Wahnvorstellungen (nicht selten Auslöser einer Drogen-Psychose). Und feindselige Reaktionen mit der Gefahr aggressiver Durchbrüche.

- **Synthetische Cannabinoide („Spice“):** innere Unruhe, Nervosität, Aggriertheit, schließlich Sinnestäuschungen, Angststörungen bis hin zu Panikattacken, Verwirrtheit, Wahnvorstellungen und aggressive Reaktionen.

- **Synthetische Cathinone („Bath Salts“):** innere Unruhe, Redseligkeit, Bewegungs- und Handlungsdrang, Trugwahrnehmungen, Verwirrtheit, Angstzustände bis hin zu Panikattacken, Depressionen mit Suizidgefahr, aggressive Durchbrüche mit Erregungszuständen oder seelisch-körperlicher Versteinerung (Katatonie-ähnliche Bilder).

- Weitere neuartige psychoaktive Substanzen sind aus den Drogen-Küchen des Fernen Ostens, inzwischen vermehrt auch aus den osteuropäischen Ländern ständig „in Entwicklung“, um dann den teils sucht-etablierten, teils arglos-naiven

bis indolenten Nutzer-Markt zu überfluten – mit allen Konsequenzen, nicht zuletzt aggressiver Natur.

## Spezifische Drogen-Aspekte

Zu den spezifischen Drogen-Aspekten gehören:

- **Horror-** oder **Bad-Trip** bzw. **Echo-Psychose**: drogen-spezifische Komplikationen eines Rausches, meist durch Halluzinogene wie LSD, DOM, PCP, mitunter auch Haschisch u. a. Tiefsitzende Angst- und Panikgefühle, insbesondere Furcht vor dem „Ausklinken“, Verrücktwerden, Sterben, Totsein. Damit suizidale und auch fremd-aggressive Reaktionen, vor allem durch furcht-erregende optische, akustische und leibliche Sinnesstörungen. Beim Horror-Trip relativ zeit-nah, bei der Echo-Psychose Stunden, Tage oder gar Wochen nach der letzten Intoxikation (was natürlich Angst vor einer eigenständigen Geisteskrankheit auslöst).
- Völlig unkalkulierbar ist die **Mehrfach-Abhängigkeit (Polytoxikomanie)** von verschiedenen Substanzen, zumal ihr auch noch häufig eine Persönlichkeitsstörung zugrunde liegt. Die (statistisch) größte Gefahr ergibt sich aber wahrscheinlich aus dem Problem der jeweiligen *Entzugssituation (Abstinenz-Symptome)* und der damit verbundenen Beschaffungskriminalität. Wichtig: Fremd-Anamnese (also Hinweise durch andere!)

## Arzneimittel

Im Übrigen kann auch eine Reihe von *Arzneimitteln* unter entsprechend ungünstigen Bedingungen zu Unruhe-, Spannungs- und sogar Erregungszuständen mit aggressiver Tönung führen (z. B. Überdosierung, Intoxikation, Entzugs- oder Absetz-Symptomatik, Wechselwirkungen u. a.).

Diskutiert werden folgende *Beispiele*: Psychostimulanzien, Lithiumsalze, bestimmte Tranquilizer/Sedativa und Hypnotika (z. B. Antihistaminika, Benzodiazepine, früher vor allem Barbiturate, Bromide/Bromureide u. a.); ferner bestimmte Antiparkinsonmittel (z. B. Anticholinergika), Antiepileptika (z. B. Phenobarbital), ja sogar durchblutungsfördernde Arzneimittel (Nootropika, Antihypoxidotika), Antiasthmatica, Hormone (Glucokortikoide, Insulin, Schilddrüsenhormone), Herz-Kreislauf-Mittel (Diuretika, Beta-Blocker, Antihypertonika, Herzglycoside, Antiarrhythmika), Antiinfektiva, vor allem Tuberkulostatika u. a. Meist handelt es sich dabei um eine eher dezente innere Unruhe und unterschwellige Aggressivität. Besonders problematisch und ärztlich schwer durchschaubar bei mehreren Behandlungszielen und damit entsprechenden Arzneimittel-Interaktionen (Medikamenten-Wechselwirkungen).

## Schlussfolgerung

Alkoholmissbrauch und Rauschdrogenkonsum mit und ohne zusätzliche psychische Störung (z. B. schizophrene Psychose, Persönlichkeitsstörung, hirnorganische Erkrankung, manischer Zustand usw.) liegen erfahrungsgemäß an erster Stelle, was aggressive Enthemmung und entsprechende Gewalttaten anbelangt.

### ● NICHT STOFF-GEBUNDENE SUCHTKRANKHEITEN

Dass sich eine Abhängigkeits-Erkrankung auch ohne die Zufuhr einer psychotropen Substanz mit Wirkung auf das Zentrale Nervensystem und damit Seelenleben entwickeln kann, wurde schon vor über einem halben Jahrhundert diskutiert. Heute häufen sich vor allem in den psychotherapeutischen und psychiatrischen Praxen und Ambulanzen/Polikliniken die Fälle von Patienten mit entgleisendem exzessivem Verhalten, wie man dies erst einmal umschreibt, inzwischen auch als **Verhaltens-Süchte** bezeichnet.

Darunter fallen vor allem das (*Glücks-*)*Spiel*, die *Internet-Nutzung*, die *Computerspiele* usf. Und das *pathologische Kaufen*, bei dem ohne vernünftige Motivation unnütze Dinge oder solche in sinnloser Stückzahl erworben werden, die anschließend gar nicht adäquat benutzt werden können.

Deshalb konzentriert sich inzwischen das wissenschaftliche Interesse auch auf nicht-stoffgebundene Suchtformen, beschreibt Ursachen, Auslöser, Beschwerdebild, Verlauf und vor allem hier die nicht zu unterschätzenden Entzugs-Symptome. Dabei spielen naturgemäß auch innere Unruhe, Reizbarkeit, ja Erregungszustände und aggressive Durchbrüche eine Rolle, auch wenn es zu ungewöhnlichen Gewalttaten (zumindest bisher häufiger registrierbar) nicht zu kommen scheint. Es ist aber nicht falsch, auch daran zu denken und im Verdachtsfall gezielt danach zu fragen.

### ● WEITERE AGGRESSIONS-QUELLEN

Schließlich sei noch an eine Reihe weiterer Ursachen von Wut, Ärger, Zorn, Aggression und Gewaltneigung erinnert, die entweder nichts mit einer seelischen Störung zu tun haben oder bei denen es fließende Übergänge gibt. Im Einzelnen:

- Durch **Behinderung** in jeglicher Form: z. B. geistig (Intelligenzmangel) oder körperlich (Größe, Aussehen, Verkrüppelung). Und dies nicht zuletzt durch Behinderung im Sinnesbereich: Wut und Aggressivität statt Trauer über Erblindung oder Taubheit und damit Erschwerung des Umgebungs-Kontaktes.

- **Schmerzen**, vor allem chronische: z. B. algogenes Psychosyndrom mit charakteristischem Beschwerdebild, insbesondere was Reizbarkeit und Aggressivität anbelangt.

- Der Schlaf gehört zu den ruhigsten Zuständen des Menschen – meint man. In Wirklichkeit gilt das nur für einen gesunden Schlaf. Denn bei hartnäckigen **Schlafstörungen** drohen nicht nur Übermüdung und Leistungseinbruch, sondern auch Reizbarkeit, Miss-Stimmung und sogar Aggressivität. Letzteres hat sogar des Nachts unerfreuliche Konsequenzen, und zwar für den Bettnachbar. Beispiele:

- - **Alpträume** sind nicht selten, aber man spricht ungern darüber. Typische Traum-Themen sind beispielsweise Verfolgung, Angriff oder Verletzung durch Menschen oder Tiere, Bedrohung des eigenen Lebens oder das anderer bis hin zur Tötung. Die eigene Täterschaft kommt vor, aber seltener. Dabei kann man sich vorstellen, dass auch einmal (fremd-)aggressive Reaktionen irritieren, nicht zuletzt bei posttraumatischen Alpträumen nach entsprechenden Belastungen. Das wird allerdings rasch deutlich, den Betroffenen wie ihrem Schlaf-Umfeld und bedarf entsprechender Behandlung.

- - Ähnliches gilt für den **Pavor nocturnus**, das abrupte nächtliche Aufschrecken aus dem Tiefschlaf mit massiven Ängsten, z. T. Schreien und sogar Umsich-Schlagen, auf jeden Fall mit Schweißausbrüchen und Herzrasen. Nach dem Erwecken verwirrt, desorientiert und ohne Erinnerung.

- - Beim **Schlafwandeln**, besonders in jungen Jahren und dort meist ohne ernstere Ursachen, kann es ebenfalls zu „Konfrontationen“ kommen. Dies besonders dann, wenn man den Betroffenen von seinen gewagten „Eskapaden“ in diesem Zustand abhalten will. Denn auch plötzliches und scheinbar sinnloses Weglaufen und sogar verzweifelte Versuche, einer scheinbaren Gefahr zu entkommen, sind nicht auszuschließen. Dabei sind auch „aggressive Auseinandersetzungen“ möglich (Vorsicht vor dem Wecken und damit abrupten Wachwerden in riskanter Umgebung!).

- - Die ausgeprägtesten Aggressionen finden sich aber bei so genannten **Verhaltensstörungen im Schlaf**. Dabei kommt es nicht nur zum Sprechen, ggf. auch Schreien und Fluchen, zu Zuckungen von Armen und Beinen, zum unmotivierten Aus-dem-Bett-Springen, sondern auch zu plötzlichem Packen oder gar Schlagen des Bettnachbarn. Das hat ganz offensichtlich etwas mit dem Traum-Inhalt zu tun, dauert meist kurz, kann aber innerhalb weniger Wochen mehrfach verwirren. Vor allem – wie erwähnt – den Partner, denn der Patient selber erfährt wohl erst am nächsten Morgen von seinen Übergriffen.

Einzelheiten zu diesen schlaf-bezogenen Besonderheiten siehe die entsprechende Fachliteratur. Weitere Aggressions-Quellen sind:

- **Psychosoziale Reaktionen** auf Versagen, Demütigung, Kränkung, Frustrationen, Spott usw. Eifersuchsreaktionen aus verschiedenen Gründen (Sexualität, sonstige Partnerprobleme, Alkoholismus). Wut über vermeintliche Kritik bei schlechtem Gewissen (Alkohol, Delikte, Untreue u. a.).
- Bei „**neurotischer**“ **Unausgeglichenheit** (ohne dass sich daraus gleich eine ausgeprägtere „neurotische“ Störung ergeben muss) in sorgenbelasteten Lebenslagen, spannungsreichen Beziehungen usw.
- Als **psychogene Haftreaktion** („Zuchthausknall“: blinde Zerstörungswut).
- **Pathologischer Rausch**: heftiges, völlig situations- und persönlichkeits-unangemessenes gewalttätiges Verhalten nach dem Genuss selbst geringer Alkoholmengen bei entsprechender Disposition. Sehr selten, häufiger als vorgeschobene Schutz-Behauptung, um aus einem (gewöhnlichen) Rausch einen pathologischen Rausch zu machen, bei dem strafrechtlich eine Schuld-Unfähigkeit diskutiert werden kann.
- **Amok**: in letzter Zeit wieder international und sogar regional vermehrt und damit die Allgemeinheit erheblich verunsichernd. Dabei gibt vor allem eines zu denken: früher eher für unvermittelte Affekttaten. Heute (und auch schon früher?) offensichtlich schon länger geplante Handlung, bei der verschiedene Faktoren schließlich in die unfassbare Tat münden. Zur Diagnose-Verteilung gibt es widersprüchliche Angaben. In den USA spricht man von etwa einem Drittel psychisch Kranker, in Deutschland mit allerdings eher kasuistisch (Fallberichte) orientierten Untersuchungen eher mehr. Weitere Einzelheiten siehe der entsprechende Exkurs sowie die verschiedenen Beiträge über Amok generell und Schul-Amok im Speziellen in dieser Serie.
- **Selbstmord-Attentate**: wachsendes internationales Problem. Früher besonders in bestimmten politischen Brennpunkten dieser Erde, heute praktisch in jedem Land zu finden. Einzelheiten dazu siehe die verschiedenen Beiträge in dieser Serie, insbesondere zum Thema Fanatismus.
- **Sadismus**: ursprünglich sexuelle Lustempfindung beim Quälen oder Demütigen des Geschlechtspartners, im Weiteren aber auch nicht-sexueller Lustgewinn durch Macht, Aggressivität und Gewalt in körperlicher, aber auch seelischer und psychosozialer Hinsicht. In verdünnter Form häufiger als vermutet, dann eher ohne eindeutig psychopathologischen (seelisch kranken) Hintergrund, wobei allerdings die Grenzen fließend sind. Dort wo es sich um seelische Störungen handelt, sind vor allem paranoide (wahnhaft), narzisstische und dissoziale Persönlichkeitsstörungen beteiligt. Einzelheiten dazu, auch was das Phänomen „Sadismus“ früher und heute bedeutet(e), siehe die entsprechenden Hinweise in dieser Serie.



- Unter **Stalking** versteht man das hartnäckige Nachspüren, Belästigen und Bedrängen eines anderen Menschen in vielfältiger Form: Telefon, Briefe, E-Mail, SMS, Nachspionieren, Aufsuchen, unerwünschte Geschenke, schließlich aber auch Drohungen und Gewalt. Das Spektrum geht von „psychisch nicht erkennbar krank“ bis zum Liebeswahn u. ä., also einer krankhaften Störungen. Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie.

- **Schädel-Hirn-Trauma:** Die Folgen eines Kopf-Unfalls hängen nach Ausmaß und seelischen, geistigen und körperlichen Konsequenzen von vielen Faktoren ab. In psychosozialer Hinsicht geht dies von öffentlich weniger irritierenden Beeinträchtigungen wie allgemeine Verlangsamung, Merk- und Konzentrationseinbußen, verminderte Ausdauer, Störungen der Wahrnehmung, ggf. Sprach- und Bewegungsstörungen bis zu traumatischen, symptomatischen oder organischen Psychosen mit erheblichen Konsequenzen.

Dazu gehören vor allem Störungen des Erlebens und Verhaltens, d. h. Veränderungen in der Grundstimmung Richtung Depression, aber auch vermehrte Erregbarkeit. Letzteres kann zu immer wiederkehrenden verbalen und sogar körperlichen aggressiven Durchbrüchen führen. Diese Patienten sind zwar krankheits-einsichtig, aber in der jeweiligen Situation völlig unfähig, danach zu handeln. Oft sind sie verletzlich und fühlen sich schnell benachteiligt. Ein falsches oder missverstandenes Wort kann sie rasch, tief und tagelang beschäftigen. Manchmal erwächst daraus auch eine wahnhaft, wenn nicht gar querulatorische Fehlentwicklung, oft auch eine periodische Überempfindlichkeit.

Beispiele: nicht nur resigniert, ratlos, hilflos und voller Minderwertigkeitsgefühle und Angstzustände, sondern auch rasch kränkbar, reizbar, missmutig, aufbrausend bis aggressiv. Die Konsequenzen sind nachvollziehbar: Probleme in Partnerschaft, Familie, am Arbeitsplatz, im Freundeskreis u. a. bis hin zur Gefahr von Einzelgängertum oder gar sozialem Abstieg.

- Zu den **raum-fordernden Hirn-Prozessen** gehören neben Hirn-Abszessen (Eitergeschwüre), Hirn-Ödem (Verquellung durch Flüssigkeitseinlagerung), Hirn-Hämatomen (Blutergüsse zwischen den Hirnhäuten) vor allem Hirntumore: nicht häufig, aber oft lange verkannt und damit nicht behandelt. Dabei kann der Sitz des raum-fordernden Hirn-Prozesses für das Beschwerdebild mitbestimmend sein, und zwar unabhängig und vor Ausbildung der Drucksteigerung.

Beim *Stirnhirn-Tumor* im augenhöhlen-nahen Bereich kann es zu flacher Euphorie (Wohlgefühl) mit distanzlosen Witzeln, aber auch irritierendem zwischenmenschlichem Verhalten im Sinne einer „schlechten Kinderstube“ kommen. Beispiele: Enthemmung im sexuellem Bereich und vor allem Reizbarkeit bis aggressive Durchbrüche. Auch beim *Schläfenlappen-Tumor* wirkt der Patient teils ängstlich oder fast depressiv, teils reizbar, verstimmbar oder gar aggressiv, besonders wenn ihn noch Trugwahrnehmungen belasten bzw. zu falschen Verdächtigen verleiten. Kurzfristige manie-artige und dann auch enthemmungs-ähnliche Sym-

ptome finden sich bei Tumoren im Bereich von *Scheitelbein, Hinterhaupt, Hirnstamm und dritter Hirnkammer*.

- Seelische und psychosoziale Folgen bei **Epilepsie** werden besonders häufig verkannt, obgleich es wahrscheinlich mehr als die Hälfte dieser Patienten betrifft. Beispiele: Psychosen, Depressionen, Angstzustände, Persönlichkeitsstörungen u. a.

Dies bezieht sich vor allem auf die *Schläfenlappen-Epilepsie* (Temporallappen- bzw. konvex-fokale Epilepsie). Das ist möglich im Rahmen so genannter Anfalls-Vorposten, bei der Aura (kurz vor Anfalls-Beginn), als Haupt-Bestandteil des eigentlichen Anfalls sowie danach und sogar im anfallsfreien Intervall.

Was Reizbarkeit, Aggressivität oder gar drohenden Gewalt anbelangt, irritieren vor allem psychotische Zustände mit Wahn und Sinnestäuschungen, was vom inhaltslosen Glücksgefühl bis zur Todesangst, ja zu selbst- oder fremd-aggressiven Durchbrüchen gehen kann. Und sogar bei den epilepsie-bedingten Depressionen finden sich vor allem Miss-Stimmung und reizbar-aggressive Ängste (wobei auch die Nebenwirkungen besonders älterer epileptischer Medikamente beteiligt sein können).

Von besonders belastender Bedeutung aber sind *Persönlichkeitsstörungen bei Epilepsie*. Einiges geht auf die Erkrankung zurück, einiges auf die Nebenwirkungen von Antiepileptika und nicht wenig auf die psychosoziale Reaktion der Betroffenen auf ihr Leiden. Früher nannte man das eine „epileptische Wesensänderung“, heute eine „interiktale Persönlichkeitsstörung: Bei dem vielfältig belastenden Beschwerdebild irritieren vor allem wahnhaft Reaktionen, gesteigerte Gefühlsbezogenheit, Hyper-Moralismus mit überzogen religiösem Gepräge sowie ggf. eine auffallende Humorlosigkeit mit Neigung zu Ärger, Reizbarkeit oder gar Aggressivität.

- Deutlich weniger dramatisch, aber trotzdem belastend sind die so genannten hypnagogen Halluzinationen bei der **Narkolepsie**. Die Betroffenen leiden außerdem unter abnormer Tagesschläfrigkeit mit regelrechten Schlaf-Anfällen am Tag (narkoleptische Einschlafattacken), unter einer so genannte kataplektischen Muskeler schlaffung, von der Mimik bis zum gesamten Bewegungsapparat, unter so genannten Schlaflähmungen, d. h. einer totalen Unfähigkeit der Willkürbewegung trotz völliger Aufmerksamkeit und einem ggf. abnormen Nachtschlaf. Bei Letzterem finden sich dann die erwähnten hypnagogen Halluzinationen, d. h. Sinnestäuschungen beim Einschlafen. Das geht von problemlosen film-ähnlichen Szenen bis zu Fabelwesen oder gar dem Verlust von Armen oder Beinen bis hin zu Vergrößerung, Verkleinerung u. a. Diese Bedrohungen verängstigen natürlich und können gelegentlich, wenn auch selten zu überzogenen Reaktionen führen.

Ähnliches gilt auch für scheinbar unsinnige Handlungen im Halbschlaf, bei denen sich auch schwerwiegende Fehler einschleichen können, je nach Situation. Oder allgemeinverständlich: unsinnige Aktivitäten, gleichsam „halb-automatisch“ bei

offensichtlich geistiger Abwesenheit. Auch hier finden sich mitunter erklärungsbedürftige Folgen.

## **SPEZIELLE ASPEKTE VON AGGRESSION UND GEWALT**

Nachfolgend noch drei ausgewählte Bereiche, die zwar schon zur Sprache gekommen sind, wegen ihrer spezifischen Bedeutung für Aggression und Gewalt noch einmal ausführlicher dargestellt werden sollen. Dazu gehören 1. Tötungs-Delikte durch schizophren Erkrankte, 2. die narzisstische Wesensart bzw. narzisstische Persönlichkeitsstörung und 3. die wachsende Gefahr durch Amok-Taten. Im Einzelnen.

### ● **EXKURS 1: TÖTUNGS-DELIKTE DURCH SCHIZOPHREN ERKRANKTE**

Zwar ist die Gefahr von Gewalttaten im Allgemeinen und Tötungs-Delikten im Speziellen durch psychisch Kranke viel geringer, als in der Öffentlichkeit befürchtet. Doch nach wie vor bestimmen sie das Bild der Psychiatrie und der von ihr Betreuten - leider noch immer weitgehend verallgemeinernd und undifferenziert. Das ist aber nicht nur ein Informations- und damit Kenntnis-Defizit, es hat auch etwas mit der so genannten „Bring-Schuld“ der dafür zuständigen Experten zu tun, und die war und ist bekanntlich nicht sehr intensiv und vor allem um Allgemeinverständlichkeit und nachvollziehbare Problem-Darstellung bemüht, auch wenn sich hier so manches ändert.

Eine ungeschönte, konsequente und natürlich der Realität verpflichtete Aufklärung über das tatsächliche Risiko ist deshalb unerlässlich. Und vor allem eine Möglichkeit, dieses unselige Stigma der Erkrankten auf sein reales Niveau zurückzuführen.

Da jedoch unbestreitbar ein Risiko von Gewalttaten besteht, besonders für nahe Angehörige, dient dies auch der Prävention. Sie kann nicht nur die potentiellen Opfer und letztlich auch den Patienten schützen, sondern leistet einen Beitrag zur Ent-Stigmatisierung.

Nun herrschte - wie erwähnt - in der Psychiatrie in Deutschland bis Ende der 1980er Jahre die Meinung vor, dass von psychisch Kranken kein erhöhtes Risiko für Gewalttaten ausginge. Dazu wurde die bekannte Studie von W. Böker und H. Häfner immer wieder zitiert (1973). Sie besagte, dass psychisch Kranke nicht mehr Gewalttaten als die Durchschnittsbevölkerung begehen würden. Diese Aussage bezog sich jedoch auf alle psychisch Kranken, also auch auf Depressionen, Angststörungen u. a. Dagegen zeigte sich schon damals ein erhöhtes Risiko für Gewalttätigkeit bei Psychose-Erkrankten.

Mittlerweile belegen zahlreiche Untersuchungen, dass von Schizophrenen und anderen psychotisch Kranken tatsächlich ein erhöhtes Risiko-Potential ausgeht.

Dazu nochmals der Hinweis auf einige Beispiele, wie sie in der tabellarischen Auflistung im Kasten des entsprechenden Kapitels angeführt wurden:

- In einer so genannten Meta-Analyse von 20 nachträglich zusammengefassten Untersuchungen mit insgesamt 18.423 Patienten, die sich mit dem Risiko von Gewaltstraftaten bei Schizophrenie und anderen Psychosen im Vergleich zur Normalbevölkerung beschäftigten, kam man zu dem Schluss: Es geht ein 4- bis 5-fach erhöhtes Gewalt-Risiko von jenen Kranken aus, die an einem schizophrenen Syndrom leiden. Speziell im Hinblick auf Tötungs-Delikte sei das Risiko erhöht, nämlich - je nach Studie - um das 14- bis 25-fache.

Einschränkend wurde jedoch auch darauf hingewiesen, dass es der so genannte Substanz-Missbrauch bei schizophren Erkrankten ist, der den größten Anteil des erhöhten Risikos ausmacht, also zusätzlich Alkohol, Rauschdrogen u. a. Auch streut - wie erwähnt - das Risiko einer solchen Tat über verschiedene Studien hinweg in nicht unerheblicher Schwankungsbreite, was vor allem auf die verschiedenen methodischen Ansätze, Untersuchungs-Zeiträume, Probandenzahlen und unterschiedlichen Definitionen von Gewalt zurückgeht.

So gibt es Differenzen hinsichtlich der relativen Risiko-Erhöhung, die zwischen dem 2,4- und 6,5-fachen im Vergleich zur Normalbevölkerung liegen. Im Hinblick auf Psychosen und Tötungs-Delikte ergab sich eine Erhöhung um den Faktor 2,4. Bezogen auf schizophrene Patienten variierten die Angaben zwischen den Faktoren 8,8 und 31,3.

In der neueren wissenschaftlichen Literatur finden sich darüber hinaus für Psychose-Kranke bzw. schizophrene Patienten neben dem bereits erwähnten Substanz-Missbrauch (vor allem Alkohol) weitere Risiko-Faktoren. Dazu gehören:

- Gewalttaten in der Vergangenheit, der wichtigste Risiko-Faktor für Gewalttaten (deshalb sorgfältig in jeder Anamnese zu explorieren, so die Experten),
- ferner Dissozialität bzw. dissoziale Verhaltensstörungen in der Kindheit (siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie),
- ein frühes Einsetzen der schizophrenen Erkrankung
- sowie eine mangelhafte bis fehlende Einnahme-Zuverlässigkeit der verordneten Medikamente und ein unzureichender Kontakt zum Therapeuten.
- Darüber hinaus können schwere Gewalttaten von schizophrenen Patienten auch mit Wahn-Symptomen (z. B. Bedrohung, Verfolgung, Verletzung) in Verbindung stehen, was nicht zu unterschätzen ist.

Aus diesem Grunde fordern die Experten, vor allem die forensischen Psychiater, den Einsatz von (eingangs erwähnten) Risiko-Checklisten, wie sie in der forensischen Psychiatrie verwendet werden. Aber auch in der Allgemein-Psychiatrie, um erkrankungs-bedingte Gefährdete und damit ggf. besonders gefährliche Patienten zu identifizieren. Außerdem sollten Gewalt-Androhungen Psychose-Erkrankter ernster genommen werden, als das bisweilen der Fall ist.

Allerdings werden Drohungen von Patienten bisher selten als Risiko-Faktor für spätere Delikte schizophrener Patienten erwähnt. Das kann jedoch folgeschwer ausgehen, wie entsprechende Untersuchungen über Jahre hinweg und an einer großen Zahl von Betroffenen ergaben, die wegen Todes-Drohungen verurteilt worden waren. Die meisten Tötungs-Delikte nach einer Todes-Drohung wurden dabei von schizophrenen Patienten begangen, so die forensischen Psychiater. Das wurde später auch von der Allgemein-Psychiatrie bestätigt.

Die Diskussion der Experten bleibt jedoch kontrovers. Scheinbar geht doch eine größere Zahl von (bisher wenig untersuchten) Risiko-Faktoren in das Gesamt-Ergebnis ein. Oder kurz: Es muss offenbar zumeist mehr als „nur“ eine schizophrene Erkrankung zusammenkommen, um schließlich zu ernstzunehmenden Bedrohungen und zuletzt einem Tötungs-Delikt beizutragen.

### **Was weiß man konkret über potentielle Täter mit einer schizophrenen Psychose?**

In diesem Zusammenhang interessieren nun mehr und mehr Überlegungen, was schon im Vorfeld einer bedrohlichen Entwicklung getan werden kann, vor allem was die Bedeutung sozialtherapeutischer Maßnahmen zur Prävention von Delikten anbelangt. Dabei gab es schon vor mehr als 30 Jahren Untersuchungen, die an einem größeren Schizophrenie-Kollektiv aus den Jahren 1947 bis 1971 folgende Schlussfolgerungen zur Diskussion stellten:

Mehr als ein Viertel der späteren Opfer sei so eindeutig bedroht worden, dass bei einer angemessenen Reaktion die Tat hätte verhindert werden können. Und in 4 von 10 Fällen hätte „das Versagen von Sozialkontrollen auf familiärer, behördlicher, ärztlicher und multifaktorieller Ebene die Tat wesentlich begünstigt“.

Nun kann man davon ausgehen, dass die Verhältnisse vor rund einem halben Jahrhundert (siehe 1947 bis 1971) nicht mehr mit heute verglichen werden können. Daher wurde aus derzeitiger Sicht der Frage nachgegangen, ob Tötungs-Delikte von psychotischen Patienten bei umfassender psychiatrischer Behandlung hätten verhindert werden können (Joachim Nitschke, Bezirksklinikum Ansbach, Klinik für Forensische Psychiatrie sowie Michael Osterheider und Andreas Mokros, Universität Regensburg, Abteilung für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie in der Fachzeitschrift *Psychiatrische Praxis* 38 (2011) 82).

Deshalb analysierte man ausführlich Patienten-Akten, forensische Gutachten und Gerichtsurteile von schizophrenen Erkrankten von 1990 bis 2009, und zwar ausschließlich die in dieser Untersuchung erreichbaren männlichen Patienten. Die Mehrzahl litt an einer paranoiden (vor allem wahnhaften) Schizophrenie, etwa jeder Zehnte an einer schizoaffektiven Psychose (bei der also schizophrene und depressive, insbesondere manische Zustände zusammen oder kurz hintereinander belasten). Das Durchschnittsalter lag bei etwa 30 Jahren (zwischen 17 und 61). Alkohol und Rauschdrogen spielten in jeweils rund jedem 5. Fall eine zusätzliche Rolle; die Diagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung zusätzlich zur schizophrenen Erkrankung bei etwa jedem 20. Patienten. Die überwiegende Zahl war ledig, die Schul- und vor allem Berufsausbildung unterdurchschnittlich; an Vorstrafen fanden sich meist Gewaltdelikte und Diebstahl, seltener Raub oder Sexual-Delikte.

An entsprechenden Krankheitszeichen während der Tat bzw. im Vorfeld dominierten wahnhafte Symptome, vor allem Verfolgungswahn, gefolgt von religiösem Wahn, Größenwahn, Eifersuchtswahn, Kontrollwahn u. a. Die meisten Patienten litten unter formalen Denk-Störungen und Ich-Störungen, nicht wenige unter akustischen Halluzinationen und imperativen Stimmen (erläuternde Einzelheiten zu diesen Symptomen siehe die entsprechenden Kapitel über die Schizophrenien in dieser Serie). Auch affektive Beeinträchtigungen, vor allem Angst und Furcht spielten eine erhebliche Rolle (nämlich bei rund jedem Zweiten).

Die Opfer waren in fast jeden Fall dem Täter bekannt, insbesondere in abnehmender Reihenfolge: Mutter, Vater, Bekannter, Partner, Freunde und Geschwister. Am häufigsten, nämlich in zwei Drittel der Fälle wurden sie erstochen. Eine stumpfe Waffe kam in jedem 4. Fall zum Einsatz, Erwürgen und Erschießen in mehr als jedem 10. (Mehrfach-Nennungen, weil auch andere Gewalt-Formen dazukommen konnten).

Rückwirkend wurde auch bekannt, dass sich ein Viertel der Patienten in den letzten vier Wochen vor der Tat zumindest verbal aggressiv gegenüber dem späteren Opfer zeigte und fast genauso viel mit konkreter Gewalt gedroht hatte. Mehr als jeder Zehnte war in den letzten vier Wochen zuvor dem späteren Opfer gegenüber sogar tötlich geworden.

## **Schlussfolgerung**

Welche Schlussfolgerungen kann man aus diesen Erkenntnissen ziehen? Im Einzelnen:

Es gilt bei entsprechend verdächtigen Schizophrenen auch auf Alkohol und Rauschdrogen sowie Wahn-Inhalte mit bedrohlichem Charakter (insbesondere Verfolgungswahn) zu achten. Und die ja oft schon bestehende medikamentöse Behandlung auf Einnahmezuverlässigkeit zu kontrollieren.

Und, so die Empfehlung aller Experten: Es gilt entsprechende Drohungen bei schizophren Erkrankten ernst zu nehmen. Man darf sie nicht nur leichtfertig als „psychotische Symptome“ bagatellisieren. Bei einer Verschlechterung des psychotischen Zustandsbildes sollte man handeln, wobei nicht nur Angehörige, Hausärzte und Psychiater, sondern auch weitere Therapeuten, ja Freunde, Nachbarn, Polizei, Gesundheitsamt u. a. gemeint sind.

Als günstig hat sich eine umfassende sozialtherapeutische Behandlung erwiesen, die das persönliche Umfeld des Patienten mit einbezieht. Dadurch lässt sich ein dichteres, selbst in kritischen Situationen auch nutzbares und tatsächlich genutztes Behandlungs-Programm etablieren, das vor allem mit angemessener Kontakt-Aufnahme vorgeht, ohne in eine „totale Überwachung“ auszuarten. Dabei gilt es besonders die beschränkten innerseelischen und damit psychosozialen Anpassungs-Möglichkeiten schizophrener Erkrankter im Hinblick auf ihre heikle Nähe-Distanz-Regulation zu berücksichtigen. Denn zu große Nähe kann ebenfalls zur konflikthafteren Zuspitzung beitragen.

Die Schlussfolgerung der Experten lautet deshalb: Die Fragen nach Vorstrafen und nach früher begangenen Gewalttaten gehören zur Vorgeschichte, die gezielt zu explorieren sind. Dadurch kann sich die Zugehörigkeit zu einer Hochrisiko-Gruppe für zukünftige Gewaltdelikte ableiten lassen. – Soziale Bezugspersonen sollten in die Therapie mit einbezogen werden, um vor allem Informationen über den krankhaften Zustand des Patienten zu bekommen, und zwar rechtzeitig, gezielt und nachhaltig. – Und schließlich sollen mögliche Drohungen psychotischer Patienten ernstgenommen und nicht als Symptom der Erkrankung abgetan werden.

## ● EXKURS 2: NARZISSMUS ALS BAHNENDER GEWALT-FAKTOR?

Zwei bedrohliche Aspekte werden in unserer Zeit und Gesellschaft immer häufiger diskutiert, und zwar nicht nur von den Experten, auch in der Allgemeinheit: Gemeint ist die Mehrfach-Erkrankung (Fachbegriff: Co-Morbidität), d. h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt und damit nicht nur folgenreichere, sondern auch schwer überblickbare körperliche, geistige, seelische und psychosoziale Konsequenzen nach sich zieht. Das betrifft zumeist organische Krankheiten, meint man. Doch auch in psychiatrischer Hinsicht wird dies immer häufiger zum Problem, diagnostisch bzw. differential-diagnostisch, d. h. was könnte es sonst noch sein. Vor allem aber die Gefahr, dass mehrere Symptome aus scheinbar unterschiedlichen Krankheiten sich nicht nur verstärken, sondern auch „verwischen“, d. h. die gezielte Diagnose und Therapie erschweren.

### **Narzissmus als Zusatz-Belastung?**

Ein solches Beispiel auf psychischer Ebene ist der Narzissmus, der schon für sich genommen eine erhebliche psychosoziale Bürde werden kann, und zwar auch für das nähere und weitere Umfeld. Noch riskanter aber wenn eine narziss-

tische Wesensart oder gar narzisstische Persönlichkeitsstörung zu einer der zuvor besprochenen seelischen Krankheiten kommt. Denn das kann zu einem überraschend komplexen psychopathologischen Mischbild führen, das nicht nur die erwähnten differential-diagnostischen Schwierigkeiten bereitet, sondern auch in seiner Negativ-Wirkung geradezu dramatisch verstärkt wird. Kurz: Narzissmus und ein weiteres seelisches Krankheitsbild kann die psychosoziale Situation erheblich verschärfen – und dies nicht zuletzt in puncto Aggressivität oder gar Gewaltbereitschaft.

Nachfolgend deshalb ein komprimierter Überblick. Wer sich hier tiefer einlesen will (oder muss, je nach belastendem Umfeld), dem seien die Kurz- oder Langversion zum Thema Narzissmus in dieser Serie empfohlen. Im Einzelnen:

*Narzisstische Wesenszüge*, d. h. überhöhte Anspruchshaltung, unkritische Selbst-Einschätzung, egoistische bis ausnützerische Einstellung, Neid und Überheblichkeit nehmen offenbar zu in unserer Zeit und Gesellschaft. Und deshalb ist auch der Begriff Narzissmus in aller Munde, derzeit mehr denn je. Dabei muss man allerdings die zeit-typische egoistische Selbstverliebtheit von der seelischen Krankheit narzisstische Persönlichkeitsstörung abgrenzen.

### **Die narzisstische Wesensart**

Narzissten, das sind Menschen, die besonderen Wert darauf legen vor anderen als überlegen, großartig und unerreichbar dazustehen. Sie reden fast ausschließlich von sich selber, ihren Ideen und Erfolgen. Dagegen bringen sie dem, was andere zu berichten haben, wenig Interesse oder sogar offene Geringschätzung entgegen. So wirken sie meist „arrogant, überheblich oder eingebildet“.

Als wichtige psychologische Ursachen gelten das Konkurrenz-, ja Bedrohungsgefühl vieler dieser Menschen. Sie sind sich ihrer selbst nicht sicher und können deshalb auch nicht offen, freundlich, aufgeschlossen, nachsichtig und hilfreich sein. Die anderen werden nicht nur als potentielle Konkurrenten, sondern auch als Bedrohung empfunden, die die eigenen Unzulänglichkeiten und Schwächen bloßstellen könnten. Diese seelische Labilität bahnt eine besondere Empfindlichkeit, ja Kränkbarkeit, ggf. heftige feindselige bis Rache-Impulse für eine (scheinbar) erlittene Demütigung. Außerdem sind viele Narzissten unfähig, wirklich zu verzeihen und damit oft nachtragend (kennzeichnend der originelle, aber nicht falsche Satz: „Gott Vater vergibt, ein Narzisst nie...“).

Zwar haben nicht wenige Menschen mit solchen Wesenszügen zu kämpfen, doch der Narzisst entwickelt aktive Abwehr-Strategien, die zum zusätzlichen (umfeldbedingten) Problem werden: partnerschaftlich, familiär, Angehörige, Freundeskreis, Nachbarschaft, Berufsalltag u. a. Dazu kommt eine starke Sensibilität für negative Affekte (Gemütsregungen), insbesondere was Depressivität (Niedergeschlagenheit, was noch nicht krankhafte Depression bedeuten muss) und Angstbereitschaft anbelangt. Das ist fast eine heimliche Grundstimmung des Narziss-



ten, die er allerdings nach außen heftig in Abrede stellt oder sogar überkompensatorisch bekämpft.

Dies wiederum führt - besonders bei lähmender Selbstunsicherheit und vor allem in entsprechenden Belastungssituationen - zwar zu einer Aktivierung aller Kräfte, damit aber auch zu einer fast spiralförmigen (Negativ-)Entwicklung: Auf der einen Seite die Meinung, zwischenmenschlich zu wenig Akzeptanz (Angenommen-, Eingebunden-Sein, letztlich eigentlich Respekt) zu finden, auf der anderen der Versuch, die brüchige Selbstsicherheit durch erneute Übersteigerung und Selbstdarstellung zu festigen (Teufelskreis).

Bei ausgeprägter Kränkbarkeit drohen dann schließlich ängstlich-depressive Krisen, die aber nichts mit der definierten Krankheit „Depression“ zu tun haben müssen, auch wenn öffentlich unsachgemäß öfter von einer Depression gesprochen wird.

Die narzisstische Wesensart ist also das eine, wobei die Übergänge von „halbwegs normal“ zu „gestört“, zumindest aber „grenzwertig“ meist fließend sind. Das ändert sich aber, wenn eine definierte Krankheit vorliegt, nämlich die

### **Narzisstische Persönlichkeitsstörung**

Die diagnostischen Kriterien für eine *narzisstische Persönlichkeitsstörung*, wie sie beispielsweise die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) vorgibt, lauten (modifiziert nach Arbeitskreis OPD):

Tiefgreifendes Muster von Großartigkeit in Phantasie oder Verhalten, Bedürfnis nach Bewunderung und Mangel an Empathie (Einfühlungsvermögen). Konkret sollen dabei mindestens fünf der folgenden Kriterien erfüllt sein:

Größengefühl in Bezug auf die eigene Bedeutung und Wichtigkeit (übertreibt beispielsweise die eigenen Leistungen und Talente, erwartet als bedeutend angesehen zu werden - ohne entsprechende Leistungen). – Beschäftigt sich dauernd mit Phantasien über unbegrenzten Erfolg, Macht, Scharfsinn, Schönheit oder ideale Liebe. – Ist überzeugt, etwas Besonderes und Einmaliges zu sein und deshalb nur von anderen besonderen Menschen oder solchen mit hohem Status verstanden zu werden oder mit diesen verkehren zu können. – Bedürfnis nach übermäßiger Bewunderung. – Anspruchshaltung und unbegründete, vor allem übertriebene Erwartung an eine besonders günstige Behandlung oder die automatische Erfüllung dieser überzogenen Erwartungen. – Ausnutzung von zwischenmenschlichen Beziehungen; Vorteilsnahme gegenüber anderen, um eigene Ziele zu erreichen. – Mangel an Empathie (s. o.); Ablehnung, Gefühle und Bedürfnisse anderer anzuerkennen oder sich mit ihnen zu identifizieren. – Häufig Neid auf andere oder die Überzeugung, andere seien neidisch auf ihn selber. – Arrogante, hochmütige Verhaltensweisen, Einstellungen, Attitüden (innere Haltung).

Ein spezielles Problem ist mitunter die Neigung zur Selbstbeschädigung (auch durch Alkohol, Tabak, Medikamente, gesundheitsschädigendes Verhalten in sportlicher oder sonstiger Hinsicht) bis hin zu ernsteren Selbsttötungs-Impulsen. Dies vor allem bei ausgeprägter Kränkbarkeit.

Durch ihre Art viel zu fordern und wenig zu geben sind die narzisstische Wesensart und vor allem Persönlichkeitsstörungen in ihrer Umgebung wenig beliebt, was dann auch einen verhängnisvollen Teufelskreis anheizt. Das kann allerdings lange dauern. „Narzissen kommt man im Allgemeinen recht spät auf die Schliche“ (Zitat).

Deshalb eine Auswahl zum Thema

### **Narzissmus im Alltag**

- Neigung, vor anderen als besonders überlegen, großartig und unerreichbar dazustehen, fast ausschließlich über sich und von sich zu reden.
- Halten sich für etwas Besseres, was sie andere auch gerne spüren lassen. Gelten deshalb auch häufig als selbstherrlich, überheblich, selbstgefällig, anmaßend, arrogant, hochmütig, selbst-verblendet (besonders wenn noch hysterische Wesenszüge hinzukommen).
- Eigenartiges Konkurrenz-, ja Bedrohungs-Gefühl vieler Narzissen; daher auch die Selbstunsicherheit und fassadenhafte Überheblichkeit. Narzissen erleben die anderen schnell als potentielle Konkurrenten, als gefährliche „Niedermacher“, kurz: als Bedrohung ihrer scheinbaren Selbstherrlichkeit. Ihre größte Furcht sind ihre eigenen (auch vermeintlichen) Unzulänglichkeiten und Schwächen, die ggf. bloßgestellt werden könnten. Diese versteckten Minderwertigkeitsgefühle führen zu ausgeprägter Empfindlichkeit, ja Kränkbarkeit, ggf. zu heftigen feindseligen bis Rache-Impulsen über eine (scheinbar) erlittene Demütigung.
- Narzissen sind oft unfähig, wirklich zu verzeihen - und damit nachtragend. Statt Großzügigkeit, Nachsicht und Verzeihung fordern sie - wenn auch uneingestanden und selbstverständlich nicht nach außen formuliert -, „Vergeltung für das ihnen angetane Unrecht“. Sie sind nicht bereit, den „Tätern“ ihre Schuld „einfach so zu erlassen“ (Wiedergutmachung um jeden Preis).
- Belastend, und zwar für beide Seiten, auch die alte Erkenntnis, dass Narzissen gerade das wollen, was sie selbst am wenigsten zu bieten haben.
- Im zwischenmenschlichen Bereich oft eine rasche und meist unbegründete Eifersucht – und damit entsprechende Szenen (Beziehungsstörung bzw. gar Beziehungsunfähigkeit).

- Neigung, sich zur Selbst-Stabilisierung besonders privilegierten Gruppen anzuschließen. Diese werden dann nicht bekämpft, sondern akzeptiert, aber nicht um ihrer Position oder Leistung willen, sondern als Ausweis eigener Größe („wir“!).
- Und eine lange Reihe weiterer „narzisstischer Alltags-Charakteristika“, wie sie in entsprechenden Beiträgen (z. B. in dieser Serie) nachgelesen werden können.

## Schlussfolgerung

Eines wird dabei deutlich: Die narzisstische Krankheit, sprich narzisstische Persönlichkeitsstörung ist eine schwere Bürde für beide Seiten, Patient und Umfeld. Sie wird dann aber doch relativ rasch erkannt und – falls irgend möglich – auf Distanz gehalten. Dass dies kränkt und zu entsprechenden feindseligen, vor allem Rache-Impulsen Anlass gibt, versteht sich von selber.

Ähnliches gilt auch für die narzisstische Wesensart, also die gleichsam „verdünnte“ Form. Hier können aber noch bestimmte innerseelische Korrektur-Mechanismen greifen, was die Konsequenzen mildert. Die Neigung zu Kränkbarkeit und Vergeltung kann aber trotzdem eine verhängnisvolle Rolle spielen.

Was aber auf jeden Fall zum potenzierten Problem werden kann, ist die erwähnte Co-Morbidität, d. h. wenn die Charakter-Konstellation des Narzissmus mit einer weiteren psychiatrischen Störung kombiniert ist, die sich ebenfalls nur schwer im Griff hat.

Was dann folgen kann, lässt sich denken. Beziehungsweise wird einem dann durch entsprechende Auseinandersetzungen im näheren oder weiteren Umfeld deutlich, wenn nicht gar im Extremfall durch die Medien mitgeteilt. Narzissmus – ein wachsender hoch-explosibler Zusatz-Faktor scheinbar unverständlicher Aggressions- oder Gewalttaten. In solchen Fällen sprechen die Experten sogar vom „malignen“, d. h. bösartigen Narzissmus.

## ● EXKURS 3: AMOK: PSYCHOSOZIALE HINTERGRÜNDE UND PERSÖNLICHKEITSSTRUKTUR – KURZ GEFASSTE ÜBERSICHT

**Definition:** Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Amok als eine „willkürliche, anscheinend nicht provozierte Episode mörderischen oder erheblichen (fremd-)zerstörerischen Verhaltens“. Dabei muss diese Gewalttat mehrere Menschen gefährden, d. h. verletzen oder gar töten, wenn von Amok die Rede sein soll. Die psychiatrische Forschung definiert Amok als „nicht materiell-kriminell motivierte, tat-einheitliche, mindestens in selbstmörderischer Absicht durchgeführte, auf den unfreiwilligen Tod mehrerer Menschen zielende plötzliche

Angriffe“. Ein Amoklauf gehört - wissenschaftlich gesehen - damit zu den so genannten homizidal-suizidalen Handlungen.

**Alter, Geschlecht und sozialer Status:** Bei den früheren Untersuchungen, insbesondere aus dem Fernen Osten, waren es meist Jüngere, seltener mittleres Lebensalter, fast ausschließlich Männer und überwiegend Angehörige der Grundschicht mit geringer Ausbildung. Neuere Untersuchungen, insbesondere aus dem Westen, sprechen von mittleren, aber auch zunehmend jüngeren Jahrgängen (siehe Schul-Amok), wobei allerdings keine Altersgruppe völlig ausgeschlossen bleibt.

Das männliche Geschlecht, oft ledig oder geschieden, überwiegt unverändert. Doch gibt es durchaus auch Amokläuferinnen.

Was die soziale Herkunft anbelangt, muss man für uns offenbar umdenken: Nicht wenigen Tätern gelingt zunächst eine berufliche Qualifikation und gesellschaftliche Integration oder kurz: Sie sind nach außen meist „unauffällige“ Mitbürger. Dann aber braut sich etwas zusammen, für das Umfeld weitgehend unerkennbar (und nicht nur unerkant, weil man vielleicht nur ungern näher hinschaut). Und irgendetwas, oft nicht einmal akut oder ein für die Umgebung gar nicht besonders belastendes Ereignis löst dann die Tat aus. In zunehmendem Maße kommt es aber auch zu einer Art „Tat-Entwicklung“, das heißt der aggressive Durchbruch baut sich innerlich auf und nimmt sogar strukturell erst langsam Gestalt an (Form, Ort, Zeit, Waffenwahl, Zielgruppe, d. h. Opfer usw.).

Bezüglich der **Hintergründe** und **Ursachen** wurde – zumindest früher – praktisch alles in Erwägung gezogen: körperliche Leiden (z. B. Epilepsie), seelische Störungen (insbesondere die so genannte katatone und paranoide Form der Schizophrenien), ferner hirnorganische Veränderungen, Vergiftungszustände (meist Rauschdrogen, z.B. das gewalt-gefährliche Kokain, was auch heute noch eine Rolle spielt) u.a.

An erster Stelle stehen aber nach wie vor psychosoziale Ursachen, also Frustrationen, Benachteiligungen, Demütigungen, Kränkungen und Beleidigungen, wobei der Betroffene für sich selber entscheidet, ob angebracht oder ungerecht, ob real oder eingebildet, meist allerdings in seinem verdrossenen bis schließlich verbitterten oder gar feindselig-verzweifelten Sinne.

Bei den **seelischen Störungen**, die als Ursachen eines Amoklaufes diskutiert werden, spielen vor allem die erwähnten Rauschgiftsüchtigen, Psychose-Erkrankten und – bisher weniger untersucht – die Persönlichkeitsstörungen eine Rolle. Im Einzelnen:

Über die Gefahr, die von einer *Drogenabhängigkeit* ausgeht, muss nicht weiter diskutiert werden (z. B. Kokain, Crystal Meth u. a.). Bei den *Psychosen* (volkstümliche: Geisteskrankheiten) sind es insbesondere die wahnhaften Beeinträch-

tigungen und ggf. Sinnestäuschungen, die als Auslöser möglich sind, statistisch gesehen aber offenbar keine große Rolle spielen. Das Gleiche gilt für *Depressionen* mit der Gefahr eines erweiterten Suizids (der Patient nimmt noch andere mit in den Tod), was aber mit dem eigentlichen Amoklauf nichts zu tun hat.

Etwas anderes sind die *Persönlichkeitsstörungen*, früher als Psychopathien bezeichnet. Und hier insbesondere wahnhaft, fanatische, querulatorische, dissoziale/antisoziale bzw. asoziale und emotional instabile, also aggressive oder reizbar-explosible Persönlichkeitsstörungen. Da sagen ja schon die Fachbegriffe einiges aus. Doch auch hier sind fundierte Untersuchungsergebnisse nachträglich schwer zu bekommen, was nicht zuletzt auf den häufig tödlichen Ausgang bei den Tätern zurückgeht.

Gesamthaft gesehen bleibt folgender Eindruck: Dass ein Amokläufer seelisch nicht völlig gesund sein kann, ergibt sich schon aus der Tat. Ob es sich aber um eine in der psychiatrischen Krankheitslehre konkret beschreibbare seelische Störung handelt, das ist noch weitgehend unklar. Die bisherige Expertenmeinung lautet: in Einzelfällen ja, in der Mehrzahl wohl nein.

Der Frage: Gibt es eine **bestimmte Wesensart**, die zum Amoklauf disponiert? gilt derzeit das größte Forschungsinteresse. Dabei fand man schon früher kulturübergreifende und damit allgemein-menschliche Aspekte, die offenbar überall die gleiche amok-riskante Rolle spielen:

Das sind zum einen eher geringe geistige und gemütsmäßige Gaben (oder zumindest nicht für die jeweilig angestrebte gesellschaftliche Position ausreichend); zum anderen die Neigung und damit Gefahr von Rückzug und Isolation; manchmal auch wahnhaft, Umdeutung an sich harmloser Geschehnisse, besonders wenn man seine Umwelt als feindselig erlebt.

Nicht unwichtig für eine zumindest theoretische Vorbeugung (siehe später) ist auch das Gefühl vieler Amokläufer, niemand sei wirklich für sie da, sie könnten auf keine gemütsmäßige und praktische Hilfe hoffen, seien letztlich allein, verlassen, ausgegrenzt, isoliert und damit verloren - wenn nicht gar verachtet, verlacht oder verhöhnt. Erschwerend kommt dazu noch ihre Unfähigkeit, diese Situation auf herkömmliche Weise zu bewältigen, so wie es den meisten anderen mit ähnlichen Belastungen und wenigstens halbwegs befriedigendem Erfolg vergönnt ist.

Eine wichtige Rolle spielt auch der so genannte „Gesichtsverlust“, der im Fernen oder Nahen Osten offenbar eher als Auslöser ausreichen kann. Im Westen ist es aber nicht viel anders, hier unter dem Begriff „Prestige-Verlust“ einzuordnen, nämlich Verletzung, Beschämung, Verachtung durch andere - und dadurch Selbstbeschämung, Selbstverachtung und schließlich „nackter Hass“.

Gibt es nun **verschiedene Amoklauf-Typen**? Hier kursieren verschiedene Theorien, vor allem aus früheren Erkenntnissen (insbesondere fernöstlicher Amokläufer). Ob sich das auch auf den heutigen westlichen Kulturkreis übertragen lässt, bleibt offen. Das, was man bisher zu wissen glaubt, gliedert sich – zumindest theoretisch – in folgende Gruppierungen auf:

- Da gibt es Amokläufer, die gelten von Natur aus sogar als sanft und gutmütig (Kommentar: „guter Junge“, „völlig unauffällig“, „ich bin entsetzt, hätte ich nie gedacht“ usw.) und haben Schwierigkeiten, ihre Ansprüche und vor allem Aggressionen wirksam zum Ausdruck zu bringen („Aggressions-Stau“, „Beiß-Hemmung“). Hier kann es trotzdem zu einem Gewalt-Durchbruch kommen - und dann natürlich besonders unerwartet.
- Andere Amokläufer werden als krankhaft geltungsbedürftig geschildert, stellen sich ständig zur Schau und sind außerordentlich empfindlich gegenüber dem erwähnten Verlust an Ansehen und Prestige (Stichworte: „Verdruss-Karriere“ oder gar „Verhängnis-Karriere“). Hier ist man vielleicht schon nicht mehr so überrascht, wenn eine solche Tat geschieht (siehe auch Schul-Amok).
- Ein weiterer Typ erscheint abnorm ichbezogen, reizbar, ja erregbar, streitsüchtig, ggf. fanatisch, querulatorisch, aggressiv bis explosibel. Er missachtet die sozialen Normen, Regeln und Verpflichtungen, gilt als verantwortungslos und unfähig, die Gefühle der anderen zu respektieren und längerfristige Beziehungen einzugehen. Er hat nicht nur eine niedrige Schwelle für aggressives oder gar gewalttätiges Verhalten, sondern ist auch unfähig, ein normales Schuldbewusstsein zu entwickeln und aus der Erfahrung zu lernen, selbst aus Bestrafungen.

**Weitere Charakterisierungs-Versuche**, die man besonders aus der jüngeren Medien-Berichterstattung zu rekonstruieren versuchte, scheinen folgende „Prototypen von Tätern“ zu identifizieren:

- Unter den Amokläufern, die sich am Ende selbst töteten, fanden sich zwei Kategorien:
  - Zum einen waren dies ältere, zuvor unauffällige Täter, die ausschließlich Familienmitglieder attackierten, und dies meist mit Schusswaffen. Sie gingen mit tödlicher Präzision vor, so dass kaum ein Opfer überlebte.
  - Zum anderen kam eine Gruppe heraus, die verblüffend genau dem in den entsprechenden Filmen entworfenen Stereotyp entsprachen: Es handelt sich oftmals um ledige, kontaktarme Waffennarren, die zum Teil noch bei der Mutter lebten. Diese Täter griffen entweder nur fremde Personen an oder taten dies, nachdem sie im Anfangsstadium des Geschehens nächste Angehörige ihrer Familie getötet hatten.

- Amokläufer hingegen, die sich nicht selbst umbrachten, zeigten andere Handlungsmuster: Sie verursachten beispielsweise enorme Sachschäden, in dem sie nicht die üblichen, sondern ungewöhnliche Waffen einsetzten, nämlich Pkw, Lkw, Busse oder sogar Panzer, die sie zuvor entwendet hatten und aufgrund entsprechender Vorkenntnisse auch offensichtlich zu steuern wussten. Deren impulsive Gewaltakte führten einerseits zu hohen Sachschäden, neuerdings aber auch zu entsetzlichen Menschenverlusten, je nach gewähltem Amok-Ort. Diese Täter waren offenbar häufiger psychisch krank (z. B. Verfolgungswahn) oder standen unter Einfluss von Rauschdrogen. Zum Thema „Radikalisierung“ siehe später.

- Ein Phänomen, das sich erst seit vergleichsweise überschaubarer Zeit zu häufen scheint, sind **Jugendliche**, die an ihren eigenen oder einer ihnen bekannten Schule Mitschüler, Lehrer und anderes Personal sowie Eltern ermorden. Dabei stellte sich heraus, dass diese Art von Amok in den seltensten Fällen als „blindwütige Raserei“ angelegt war, das heißt sich schnell und impulsiv aus einer entsprechenden Situation heraus aufbaute. Denn fast alle Täter hatten sich zuvor durchaus einige Zeit gedanklich mit dem bevorstehenden Gewaltakt beschäftigt. Bei mehr als der Hälfte ging eine längere Planung voraus (Internet!). Auch die Tatsache, dass in den meisten Fällen die Opfer bewusst ausgewählt worden waren und oftmals sogar Todeslisten existierten sowie regelrechte „Hinrichtungen“ praktiziert wurden, zeigt, dass die Vorbereitungsphase eher die Regel als die Ausnahme war.

So ist der Schul-Amok (internationaler Fachbegriff: school shootings) offenbar eine besondere Form geworden, bei der sich jugendliche Täter ausgegrenzt fühlen und sich an einer scheinbar abweisenden Welt durch ein blutiges Finale rächen, in dem sie dann selber untergehen („Wut und Hass“).

- Eine weitere, derzeit beunruhigend wachsende Gruppe sind die ganz offensichtlich **politisch motivierten Amoktaten** durch international agierende und attackierende Terror-Organisationen. Hier muss man allerdings differenzieren zwischen den wirklichen Überzeugungs-Tätern, den erst später aus welchem Grund auch immer radikalisierten Tätern und einer wohl neueren Form, den so genannten „adoptierten“ Amok-Tätern, die erst danach von den entsprechenden Propaganda-Institutionen der Terror-Organisationen politisch vereinnahmt werden.

Gibt es nun aus den bisherigen Erkenntnissen für die **Vorbeugung** verwertbare Schlussfolgerungen? Leider sind die Ergebnisse entsprechender Studien ernüchternd, denn zum einen scheint es kein einheitliches Profil unter den Amokläufern zu geben, zum anderen aber finden sich immer wieder Gemeinsamkeiten, die es zu beachten gilt und damit so genannte **Risiko-Marker**. Dazu gehören folgende Fragen:

Handelt es sich um eine narzisstische Persönlichkeitsstruktur mit krankhafter Ich-Bezogenheit und entsprechender Kränkbarkeit? Liegt eine geringe Frustrations-

toleranz vor (gerät schnell an seine Belastungsgrenzen und reagiert dann nicht nur frustriert, sondern ggf. wütend und unkalkulierbar)? Finden sich plötzliche Verhaltenssprünge (scheinbar unerklärliche Änderungen in Wesensart, Auftreten und zwischenmenschlichem Kontakt)? Liegt ein auffälliger, auf gewalttätige Inhalte konzentrierter Medienkonsum vor (insbesondere Internet)? Wird im näheren und weiteren Umkreis ein krankhaft-aggressives, zumindest aber in dieser Hinsicht grenzwertiges Verhalten toleriert, wenn nicht gar propagiert? Mangelt es an Nähe und Vertrautheit im Umfeld des Betroffenen? Findet sich ein (leichter) Zugang zu Waffen? Leidet der Betroffene unter depressiven Verstimmungen mit Suizidneigung (Selbst-Aggression kann schnell in Fremd-Aggression umschlagen – und wieder zurück)? Wurde der Betroffene in der Vergangenheit häufig Ziel von Hohn und Spott bzw. Ausgrenzung oder Verfolgung durch Kameraden und Mädchen, Kollegen, Nachbarn, Vorgesetzten, Institutionen usw.?

Was sich nämlich immer wieder findet, ist die schon mehrfach erwähnte tiefe Kränkung, oftmals ausgelöst durch Unverständnis, Zurückweisung, Missachtung, Demütigung, Kränkung, Beleidigung, Mobbing, Bloßstellung, Beschämung, Ehrverletzung, Stigmatisierung, Diskriminierung, Entwürdigung, Erniedrigung, Beleidigung, Beschimpfung, Anfeindung, Diffamierung, Verleumdung u.a.m. Man kann darüber hinweggehen, es nicht für bedeutsam halten, wo doch letztlich keiner davor sicher sein kann. Nur: Die einen können es verarbeiten (wie auch immer), die anderen eben nicht – und einige wenige mit tödlichen Konsequenzen. Denn auf die so erlebte Beeinträchtigung und das damit bedrohte Selbstwertgefühl reagieren eben auch manche mit Rückzug in eine Fantasiewelt, in der dann als Rache Macht und Gewalt in ausufernden Größen- und Allmachtsvorstellungen ausgelebt werden.

Und kommt noch Feindseligkeit und Hass hinzu, blinder Hass bei einer Wesensart, die diese zerstörerische Kraft nicht bändigen kann, dann ist auch ein unkalkulierbarer Gewaltdurchbruch nicht mehr auszuschließen.

Das ist die schwer durchschaubare Erkenntnis-Basis. Was dann den scheinbar entscheidenden Auslöser abgibt, bleibt sehr individuell und kann zuvor kaum abgeschätzt werden. Doch das was sich zuvor zusammengebraut hat, schon eher – sofern man daran zu denken gewillt ist. Amok – die Abwesenheit der anderen...?

## **AGGRESSION UND GEWALT DURCH BIO-PSYCHO-SOZIALE URSACHEN?**

Der Zusammenhang zwischen seelischer Gesundheit und Gewalt-Bereitschaft ist ein heikles Thema, es klang schon mehrfach an. Einzelheiten dazu finden sich übrigens auch in dem Beitrag über „Das Böse aus psychiatrischer Sicht“ in dieser Serie, insbesondere was die biologischen Aspekte anbelangt. Hier nur ein



kurzer Einschub. Für weitergehende Interessen siehe die entsprechende Fachliteratur.

Nach den bisherigen Modell-Vorstellungen, die sich nach dem Stand der Dinge in den entsprechenden Wissenschaftskreisen am ehesten durchzusetzen scheinen, gilt es zwei Aspekte zu vereinen, die früher eher einseitig und für sich genommen als wegweisend postuliert wurden:

- Zum einen handelt es sich um die Erkenntnis, dass es offenbar weniger die psychische Störung als solche ist, die zu gewalttätigem Verhalten führt. Eher oder sogar entscheidend sind die *Lebens-Umstände*, die mit dieser Störung einhergehen, also letztlich doch von ihr ausgelöst werden. Beispiele: Armut, soziale Randständigkeit, konflikt-belastetes soziales Umfeld – und nicht zuletzt Alkohol und Rauschdrogen.
- Zum anderen die *biologischen Ursachen*, bei denen die Psychiater und alle beteiligten wissenschaftlichen Disziplinen ein komplexes Gefüge neurobiologischer und psychosozialer Faktoren diskutieren. Auch wenn viele widersprüchliche Befunde bislang kein schlüssiges Gesamtbild erlauben, scheint nicht zuletzt ein niedriger Spiegel des Neurohormons (Botenstoffs) Serotonin im Gehirn sowohl den Alkoholmissbrauch als auch eine erhöhte Bereitschaft zu aggressivem (und nebenbei auch autoaggressivem, also selbstzerstörerischem) Verhalten auszulösen. Ähnliches gilt scheinbar für die Monoaminoxidase A (MAOA). Die Verfügbarkeit von Serotonin unterliegt offenbar weniger genetischen (Erb-), mehr sozialen Einflüssen, wie im Tierversuch an Primaten bewiesen werden konnte.

Gestützt auf die modernen technischen Möglichkeiten zur so genannten funktionellen Bildgebung des Zentralen Nervensystems fand sich auch eine verringerte Funktions-Aktivität des Frontalhirns (Stirnhirns). Außerdem eine Aktivitäts-Änderung der so genannten Amygdala (dem Mandelkern). Das ist eine wichtige Gehirn-Region für die Beteiligung an Lern- und Gedächtnisprozessen sowie der Speicherung von Daten und Fakten, insbesondere von emotionalen Gedächtnisinhalten. Und vor allem bedeutsam zur Produktion und Steuerung von Gemütsregungen (insbesondere Angst). Außerdem ein Zentrum der furcht- und angstgeleiteten Verhaltens-Bewertung und damit Verhaltens-Steuerung, sprich: Analyse möglicher Gefahren. Entsprechende Schädigungen oder Unterfunktionen führen beispielsweise zum Verlust des Furcht- und Aggressions-Empfindens und damit zur Beeinträchtigung von Warn- und ggf. Abwehr-Strategien. Wichtig auch die verminderte Fähigkeit, den Gefühls-Inhalt insbesondere negativer emotionaler Signale (z. B. Gesichtsausdruck) zu entschlüsseln. Oder kurz: Die Fähigkeit, soziale Situationen angemessen zu beurteilen – und danach adäquat zu handeln.

Betroffen sind in dieser Hinsicht beispielsweise Schizophrene, Epileptiker mit Schläfenlappen-Epilepsie, im Verlaufe des Lebens aber auch die Patienten mit Parkinson- und Alzheimer-Krankheit usw. Und wohl das, was man heute eine antisoziale Persönlichkeitsstörung mit psychopathischen Eigenschaften nennt.

Mehr indirekte Hinweise auf strukturelle (Gehirnzellen) und funktionelle (leistungsbezogene) Norm-Abweichungen des Gehirns ergeben sich aus epidemiologischen Studien mit Schädel-Hirn-Traumen sowie mütterlichem Nikotin- und Alkoholkonsum während der Schwangerschaft. Interessant ist auch bei Personen mit Neigung zu geplanter Gewaltausübung der Befund einer reduzierten Herzrate in Ruhe. Die Herzschlag-Frequenz in Ruhe gilt als Hinweis für einen Mangel an Furcht und für eine geringgradig ausgeprägte Reue-Reaktion nach kriminellen Handlungen. Hirnphysiologische Auffälligkeiten zeigen sich auch in Form langsamer Frequenzen der Gehirnströme im Elektroenzephalogramm (EEG) und bei reduziertem Hautleit-Widerstand in jungen Jahren.

Leider sind diese neurobiologischen Hinweise noch keine verlässlichen Prognose-Möglichkeiten (Hinweise für Krankheitsverlauf und Heilungsaussichten für den Einzelfall), was die Neigung zu Aggressivität auf organischer Grundlage (teils genetisch, teils erworben) anbelangt.

Deshalb lautet eine der derzeit besonders diskutierten Schlussfolgerungen: Verhaltensauffälligkeiten wie aggressives Verhalten gehen mit Veränderungen der Funktionsweise des Gehirns einher. Diese sind ihrerseits aber nicht nur erbbestimmt, sondern ergeben sich sowohl aus frühkindlichen Erfahrungen als auch dem aktuellen Wechselspiel mit der Umwelt. Dabei kommt allerdings dem Alkohol eine besondere (Auslöse-)Bedeutung zu.

Es herrscht aber gerade bei den am besten nachvollziehbaren Theorien zu biopsychosozialen Ursachen noch erheblicher Forschungsbedarf. Hier konzentrieren sich jedoch auch die aktuellen wissenschaftlichen Bemühungen – mit hoffentlich hilfreichen Erkenntnissen. Denn Aggression und Gewalt werden ganz offensichtlich zum zentralen Problem in unserer Zeit und Gesellschaft.

## VERMINDERUNG BZW. HEMMUNG DER AGGRESSIVITÄT

In diesem Zusammenhang nicht unbedingt zwingend, gleichwohl nicht uninteressant ist auch die Frage: Gibt es eine verminderte bzw. gehemmte Aggressivität aus krankhaften Gründen? Dazu im Einzelnen:

Eine *Verminderung bzw. Hemmung der Aggressivität* ist möglich:

- Habituell (gewohnheitsmäßig) als Persönlichkeits-Eigenart bei asthenischen Menschen. Unter Asthenikern verstand man früher abnorme Persönlichkeiten mit rascher Ermüdbarkeit, chronischer (und dabei oft reizbarer) Schwäche, Kraftlosigkeit und damit Unfähigkeit zu größeren körperlichen und geistigen Anstrengungen, kurz: einem reduzierten Potential an Vitalität. In der ersten Lebenshälfte halbwegs kompensierbar, in der zweiten häufiger körperliche Beeinträchtigungen wie unerquicklicher Schlaf, Kopfschmerzen, hypochondrische Leibesbeschwerden, Depersonalisations-Erscheinungen u.a.

- Bei allen körperlichen Leiden, die schwächen.
- Reaktiv: bei Kummer, Gram, Sorgen.
- Bei organischen Psychosen mit Demenz: gelegentlich (aber keineswegs immer) im Rahmen einer allgemeinen Aktivitätsminderung auch Apathie und damit reduziertem Aggressivitäts-Pegel.
- Bei Depressionen: hier fast immer eine Minderung der Aggressivität (Ausnahmen!) mit zermürbender Selbstkritik, Herabsetzung der eigenen Person und Leistung, mit Minderwertigkeitsgefühlen und Suizidgedanken. Allerdings kann die Neigung zur „Selbstanklage und Selbstzerstörung“ auch eine durchaus fremd-aggressive Dimension gegen andere annehmen, die u. U. noch mehr verletzt als offene Aggressionen.
- Bei chronischer Schizophrenie (so genannte Negativ-Schizophrenie): hier nicht selten passive, lahme, antriebslose, apathische, adynamische, willenslose, dann auch vielfach aggressionslose Patienten.

## EINSCHÄTZUNG DES AGGRESSIONS-RISIKOS

Die Beurteilung drohender Gewalttätigkeit ist eine Wahrscheinlichkeits-Abschätzung, für die bestimmte Risiko-Indikatoren herangezogen werden können. Dafür gibt es – wie eingangs ausführlicher dargestellt – eine Reihe von Risiko-Skalen (z. B. in Fach-Kürzeln PCL-R, BVC, VRAG, HCR-20 usw.), die eine gewisse Sicherheit vermitteln, sofern sie „trainiert“ und dann auch regelmäßig eingesetzt werden. Es bleibt allerdings letztlich der Erfahrung, konkret: dem „Gefahren-Instinkt“ des Fachpersonals überlassen, ob eine ggf. riskante bis ernsthaft bedrohliche Situation rechtzeitig objektiviert und entschärft werden kann. Nachfolgend deshalb einige Hinweise auf der „allgemeinen Kenntnis-Ebene“. Dabei ist zu unterscheiden zwischen

1. kurzfristiger Vorhersage (Minuten bis Stunden)
2. mittelfristiger Vorhersage (Wochen)
3. langfristiger Vorhersage (Monate bis Jahre)

Im Einzelnen:

### ● **Beurteilungs-Kriterien für eine unmittelbar oder kurzfristig drohende Gewalttätigkeit**

Die Einschätzung kurzfristig drohender Gewalttätigkeit bereitet dem Erfahrenen meist weniger Probleme. Für den Unerfahrenen, und dazu gehört die überwie-

gende Mehrzahl der Bevölkerung, aber bleibt es ein bedrohliches Risiko. Deshalb ist die nachfolgende Kurz-Information hilfreich, auch wenn es von der jeweiligen Situation abhängt. Im Einzelnen:

Feindselige Grundstimmung mit deutlicher Tönung durch Angst oder Ärger; Zeichen seelisch-körperlicher Erregung oder Anspannung sowie innerer Unruhe; eingeschränkte Selbstkontrolle; bizarres, rasch wechselndes und hochgradig ambivalentes (zwiespältiges) Verhalten; verbale Gewalt-Androhung; gewalttätige Gestik, ggf. schon mit Sachbeschädigungen; fehlendes Ansprechen auf Kontakt- und Behandlungsangebote durch Arzt oder Bezugspersonen.

Wichtiger Faktor: unzureichende Rückzugsmöglichkeiten für den Patienten (z. B. erkennbar bevorstehende Zwangseinweisung oder Zwangsbehandlung auf Station), mitunter aber auch eigener Wunsch des Patienten nach Fixierung oder Isolierung.

### ● **Beurteilungs-Kriterien für mittelfristig drohende Gewalttätigkeit**

Die mittelfristige Vorhersage drohender Gewalttätigkeit ist wichtig für die Frage einer notwendig werdenden stationären Behandlung sowie bei der Prüfung, ob die unerlässlichen Voraussetzungen für eine Klinik-Entlassung gegeben sind. Hier ist die Sorgfaltspflicht der beteiligten Ärzten besonders hoch und die lückenlose Dokumentation ggf. juristisch bedeutungsvoll. Deshalb ist hier die Zahl der Beurteilungs-Kriterien auch besonders groß, unterteilt in anamnestische (Vorgeschichte) und solche, die aktuell festgestellt und damit auch therapeutisch beeinflusst werden können. Im Einzelnen:

- *Aggressive Handlungen in der Vorgeschichte*: einmalig – wiederholt? Nur in einem jeweils spezifisch krankhaften Zustand bedrohlich (Rausch, akute Psychose)? Oder in einer typischen, jetzt wieder zu erwartenden Konfliktsituation? Geplante Aggressionshandlung? Gebrauch von Waffen oder ggf. riskanten Gerätschaften? Aggression nur gegen bestimmte Personen (Angehörige, geschlechtsspezifisch) oder ungerichtet?
- *Suchtmittelmissbrauch in der Vorgeschichte*: Entzugssituation (Abstinenz-Symptome) zu erwarten? Frühere Gewalttätigkeiten in berauschem Zustand? Art des Suchtmittels (Rauschdrogen, Medikamente, Alkohol); verkehrt in entsprechender „Szene“, hat Umgang mit mutmaßlichen Dealern oder Internet-Bezug? Beschaffungskriminalität?
- *Organische Hirnschädigungen, neurologische und neuropsychologische Auffälligkeiten*: aus Vorgeschichte bekannte oder aktuelle Hinweise für verminderte Steuerungsfähigkeit? Zusätzliche medizinische Beeinträchtigungen einer als de-

mütigend empfundenen Behinderung? Epileptische Anfälle? Hinweise auf Teilleistungsschwächen und chronische Überforderung?

- *Gewalttätige Phantasien*: andauernde Hassgefühle, allgemein oder gegen bestimmte Personen? Aggressive Gedanken, Tagträume, Träume? Akustische Sinnestäuschungen mit befehlenden Stimmen, die zu Gewalt auffordern (imperative Halluzinationen genannt)? Feindselige Grundeinstellung gegen bestimmte Personen (z. B. „Weißkittel“ = Arzt, aber auch Frauen, Homosexuelle, Ausländer usw.)? Wichtig: sadistische Sexualphantasien bei Sexualtätern (Rezidivgefahr!)?

- *Weitere psychopathologische Aspekte*: überwiegend feindselige, ablehnende Grundstimmung? Anhaltend wahnhaftes Gefühl des Bedrohtseins? Fixiertes Wahnsystem mit bedrohenden Mächten oder Personen? Unbeeinflussbare Abwehrmechanismen in Bezug auf eigene aggressive Anteile? Unfähigkeit, Schuldgefühle zu empfinden bzw. zwanghaftes Abwehren derselben?

- *Therapeutische Fragen (so genannte Therapietreue, Einnahmезuverlässigkeit der verordneten Medikamente u. a.)*: Behandlung als hilfreich akzeptiert? Medikamentöse Therapie freiwillig oder unter Zwang? Qualität der therapeutischen Beziehungen (konstant, ambivalent)? Wie werden Weiterbetreuung und Nachsorge akzeptiert?

- *Private Beziehungen*: vorhanden, tragfähig, stützend, konfliktbelastet? Einstellung der Bezugspersonen (Partner, sonstige Angehörige, Freunde) zur Behandlung (therapeutisch immer hilfreich)? Verfügbarkeit und Kompetenz der Bezugspersonen; deren eigene gute und schlechte Erfahrungen in ähnlicher Situation?

### ● **Beurteilungs-Kriterien für langfristig drohende Gewalttätigkeit**

Für die langfristige Vorhersage von Gewalttätigkeit gibt es bisher kaum verlässliche Indikatoren (Erfahrungshinweise). Die Vorhersage seltener Ereignisse (und darum handelt es sich bei schweren Aggressions-Fällen durch psychisch Kranke) ist mit großen Schwierigkeiten behaftet. Die Langzeit-Prognose (Heilungsverlauf) für aggressives Verhalten ist eines der zentralen Probleme der forensischen Psychiatrie, die sich der Diagnose und Therapie psychisch kranker Rechtsbrecher widmet.

Einzelheiten siehe Fachliteratur, insbesondere was so genannte evidenz-basierte Präventionsmaßnahmen zur strukturierten regelmäßigen Risiko-Beurteilung anbelangt. Beispiel die *Brøset Violence Checklist*, wie sie eingangs kurz beschrieben wurde.

## VORBEUGENDE, THERAPEUTISCHE UND REHABILITATIVE MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN

Aggressionen bei seelisch Kranken sind ein Gewaltakt und damit ein psychiatrischer Notfall. Deshalb kann man in der Regel auch nicht mehr von einem geordneten Untersuchungsgang sprechen. Doch ist die Vorbereitung zur Klärung der nötigen Maßnahmen sehr wichtig.

Man kann Aggressionen in 1. akute Gewalttätigkeit (aggressiver Erregungszustand) und 2. in immer wiederkehrendes gewalttätiges Verhalten unterteilen. Im Einzelnen:

- **Akute Gewalttätigkeit (aggressiver Erregungszustand)**

Akute Gewalttätigkeit geht in der Regel mit einem aggressiven Erregungszustand einher: starke-seelisch-körperliche Erregung (unruhiges Hin- und Herlaufen, Gestikulieren), ferner laute Beschimpfungen und Drohungen, aggressive Gesten (Fäuste ballen, auf Gegenstände schlagen) sowie vegetative Erregung (Schwitzen, Herzrasen, Hautrötung oder -blässe usw.).

Möglich ist aber auch eine vorausgehende seelische-körperliche Hemmung mit vermehrter innerer Anspannung bis hin zur Extremform, dem Stupor: deutlich reduzierte bis aufgehobene seelische und körperliche Aktivität, starre Mimik, beharrliches Schweigen, ausbleibende Reaktionen auf äußere Stimulation usw.

Vorkommen: Praktisch bei allen seelischen Störungen möglich, vor allem aber akute „endogene“ und organische Psychosen, Vergiftungszustände (Intoxikationen, Entzugssyndrome), Epilepsie (nach dem Anfall, epileptische Psychose, zwischenmenschliche Auseinandersetzungen usw.).

Verlauf: akut, kurzfristig.

Therapiemaßnahmen: psychiatrischer Notfall! Gelingt keine Beruhigung, sind die nachfolgenden Aspekte zu berücksichtigen:

- **Sicherheits-Aspekte:** besteht Verdacht auf Waffenbesitz, verbale De-Eskalation versuchen, notfalls Polizei hinzuziehen. Hier sind Sicherheitsaspekte (Schutz von Mitarbeitern und Mitpatienten) vorrangig.

Vorsicht vor gefährlichen Gegenständen, auch wenn sie auf den ersten Blick nicht gefährlich erscheinen: Aschenbecher, Flaschen (Flaschenhals abschlagen), Kugelschreiber, Lineale, Brieföffner (Augen). Fluchtwege für alle Beteiligten freihalten (nicht nur für Arzt, Sanitäter, Angehörige, auch für den seelisch Kranken, der sich ja subjektiv bedroht fühlen kann). Zweier-Gespräche in separaten Räu-

men nur, wenn jegliches Risiko ausgeschlossen ist. Gefahr der Selbstüberschätzung, besonders bei Berufs-Anfängern (Arzt, Pfleger, Sanitäter u. a.), die überproportional häufig zum Verletzungsopfern werden.

- Bei der **Klinikaufnahme** ausreichend Mitarbeiter, um eine körperliche Überlegenheit zu sichern. Eine Demonstration der Stärke kann allerdings nicht nur die Einsicht fördern, sondern auch Verzweiflungstaten provozieren. Ggf. Sicherungsmittel (Isolierräume, Fixierung) bereithalten. Wichtig: keine Diskussion unter Mitarbeitern über Sinn und Zweck sowie Pro und Kontra der zu ergreifenden Maßnahmen in Anwesenheit des Patienten, vielmehr eine zwar freundliche, aber entschiedene und vor allem gemeinsame Position vertreten.
- **Entspannende Interventionen:** Gesprächsführung durch Personen des Vertrauens bevorzugen (vielleicht schon zuvor bekannt = bestimmte Schwestern, Pfleger, Sozialarbeiter, Ärzte, Psychologen, die früher mit dem Patienten ein vertrauensvolles Verhältnis aufbauen konnten). Also Bezugspersonen mit günstigem Einfluss hinzuziehen, solche mit ungünstigem (unbeherrscht, dominierend, autoritär, Belastungen aus früheren Auseinandersetzungen) umgehend entfernen, sofern möglich (sonst droht Eskalation).

Interesse und Einfühlung zeigen, keine Konfrontationen aufkommen, keine heimlich ablehnende oder überhebliche Haltung spüren lassen (viele Patienten registrieren mehr, als die meisten ahnen).

Symptome ansprechen, die am ehesten Behandlungs-Bereitschaft erwarten lassen: Stress, Erschöpfung, Schlaflosigkeit, Angst, Überforderung, „Durcheinander von Denken und Gefühlen“. Vor allem „Ungerechtigkeiten“, „Gemeinheiten“, „Bedrohungen“ usw. ernst nehmen, die der Patient beklagt, auch wenn sie nicht objektivierbar sind. Verständnis signalisieren.

Im Klinikbereich konkrete Hilfsangebote machen: Ruhe, eigenes Zimmer. Falls sinnvoll und vom Patienten akzeptiert, beruhigende Mittel (z. B. Tee, ggf. Beruhigungs- oder Schlafmittel) anbieten. Patient nie erniedrigen. Stets eigene Wahlmöglichkeiten offen lassen, Mitspracherecht sichern, und zwar schon in kleinen Belangen: „Wo möchten Sie sitzen?“ „Möchten Sie etwas essen oder trinken?“.

Je gelassener, sicherer und freundlicher der Therapeut, desto besser lässt sich der Patient trotz unkontrollierbarer Impulse führen. Dabei durchaus bestimmtes Auftreten und Aufzeigen von Grenzen und Konsequenzen, jedoch jegliche Drohung vermeiden. Ggf. Neigung zu Aggressionen ansprechen (die dem Patienten selber Angst bereiten können). Sind Zwangsmaßnahmen notwendig, dann diese verständnisvoll, aber unbeirrbar ankündigen und auch konsequent durchführen.

- **Pharmakotherapie:** bei akuten Erregungszuständen oft nicht zu vermeiden. Patient darauf hinweisen, ggf. Darreichungsform wählen lassen: Tropfen und

Saft wirken schneller als Tabletten, Kapseln und Tabs, scheinen auch psychologisch günstiger. Vor allem wenn der Patient freiwillig zustimmt, führt dies in der Regel zu einer raschen und deutlichen Beruhigung (auf beiden Seiten).

Notfalls muss man zu einer intravenösen Medikamenten-Verabreichung greifen. Das hat den Vorzug eines schnellen Wirkungseintritts, wird aber oft als demütigend empfunden (= „Niederspritzen“). Die intramuskuläre Anwendung hat hinsichtlich des Wirkungseintritts weniger Vorteile und wird – außer auf besonderen Wunsch des Patienten – oft nur als Notfall-Maßnahmen zur Zwangsbehandlung von hoch-erregten Patienten eingesetzt.

Zur Frage: Welche Medikamente empfehlen sich in welcher Situation (z. B. hoch- und niederpotente Neuroleptika/Antipsychotika, Beruhigungsmittel vom Typ der Benzodiazepine u. a.) siehe die entsprechenden Fachliteratur (z. B. die erwähnte Behandlungsleitlinie *Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten*) bzw. ärztliche Auskunft.

### ● **Wiederholtes gewalttätiges Verhalten**

Ein *wiederholtes gewalttätiges Verhalten* ist selten, meist in Kliniken, Heimen, Vollzugsanstalten. *Vorkommen*: geistige Behinderung, Persönlichkeitsstörungen mit dissozialen Zügen (auch sadistische Perversionen) und häufig zusätzliche Suchtproblematik, organische Hirnschädigungen, schizophrene Psychosen (oft mehrere psychiatrische Diagnosen zusammen) und Milieuschädigung.

Häufig persönlichkeits-spezifisch gleichförmige und in entsprechenden Situationen immer wiederkehrende Reaktionsmuster. Charakteristischerweise unerwartete, selbst für den Kranken unkontrollierbare Impulsdurchbrüche (z. B. auch bei überkontrollierten und aggressions-gehemmten Patienten) sowie durch negative Lern-Erfahrungen erworbene Verhaltensweisen. Verlauf: langwierig bis chronisch.

- **Therapie- und sonstige Maßnahmen:** Rahmenbedingungen und Sicherheitsaspekte beachten. Ausbildung eines professionellen Teams, ausreichende personelle Ausstattung; Isolierräume; externe Beschäftigungsmöglichkeiten für die Patienten (Beschäftigungstherapie, geschützter Arbeitsplatz); geklärte juristische Voraussetzungen für Aufenthalt und Behandlung; nahtloses (und funktionierendes!) Ruf- und Alarmsystem (tägliche Kontrolle); ggf. Selbstverteidigungskurse für Personal (nur sinnvoll bei gleichzeitiger Kommunikations-Schulung, da sonst Gefahr von Provokation und Demonstration der Stärke). Begrenzte Zahl chronisch gewalttätiger Patienten auf einer Station (Spezial-Stationen mit Zusammenfassung solcher Kranken haben sich nicht bewährt).

- **Spezielle therapeutische Strategien:** Analyse der aggressiven Beweggründe und typischen Auslösesituationen (wiederholen sich ständig); Aufbau tragfähiger Beziehungen zu mehreren Bezugspersonen; stations-interne soziale Norm gegen Gewalt (modellhaftes Vorleben durch das Behandlungsteam); intensive Diskussion solcher Vorfälle (Bearbeitung von Verdrängungsmechanismen);



Besprechung bevorstehender schwieriger Situationen; fortlaufende Team-Supervisionen durch einen auswärtigen Supervisor (Absprachen, Teamkonflikte, Spaltungsvorgänge beachten, z. B. „guter Arzt - böser Pfleger“); Sicherung von Solidarität (manche aggressive Patienten sind Meister im Spalten von Teams); Einbeziehung von Familie und Angehörigen; Stärkung von Selbstkontrolle und Eigenverantwortung gewalttätiger Patienten: Einzelsport-Arten, gruppentypische Normen: „Ehrenwort“ usw.; bei überkontrollierten Patienten Einüben nicht-gewalttätiger aggressiver Äußerungsformen (z. B. körper-orientierte Therapieverfahren, Mannschafts-Sportarten); bei geistig Behinderten körper-orientierte Behandlung (verbale Zugänglichkeit geringer).

Klar definierte Grenzen und Konsequenzen für den Patienten. Aber Vorsicht vor „Verträgen“ und „Vereinbarungen“; sie setzen auch das therapeutische Team unter Zugzwang. Bei ausschließlich negativen Konsequenzen besteht zudem die Gefahr, dass sich der Patient mit strafendem Therapeuten-Verhalten als gewalttätigem Modell identifiziert (s. o.). Deshalb auch positive Aspekte („positive Verstärker“) nicht vergessen. Juristische Maßnahmen (Strafanzeige usw.) nur in sorgfältig abgesprochenen Einzelfällen.

- **Pharmakotherapie:** Entsprechende Arzneimittel als einzige Behandlung ist meist nicht ausreichend. Denn gerade die Pharmakotherapie aggressiven Verhaltens benötigt wegen der schwierigen Therapietreue und Einnahmезuverlässigkeit dieser Patienten eine tragfähige therapeutische Beziehung und aufwendige Motivations-Arbeit. Umgekehrt ermöglicht aber in vielen Fällen nur die optimale Ausschöpfung der medikamentösen Möglichkeiten Erfolge mit den psycho- und soziotherapeutischen Angeboten.

Während die medikamentöse Behandlung akuter aggressiver Erregungszustände relativ einfach ist, birgt die längerfristige Behandlung zur Prophylaxe (Vorbeugung) solcher Zustände erhebliche Probleme auf verschiedenen Ebenen.

So kann die bei der Akut-Behandlung angestrebte und wirksame starke Sedierung (Dämpfung) bei einer Dauer-Behandlung als Nebenwirkung meist nicht in Kauf genommen werden und führt nebenbei besonders rasch zum Therapie-Abbruch, wenn nicht gar zu einer zusätzlichen (Frustrations-)Aggression.

Außerdem besteht für die Akut-Behandlung von Gewalttätigkeit bei einer psychischen Erkrankung immer eine klare Heilanzeige, sprich: psychiatrischer Notfall. Dem gegenüber erfordert eine prophylaktische (d. h. vorbeugende und damit in der Regel länger dauernde) Behandlung eine ethische Begründung.

Daneben sind grundsätzlich folgende Fragen zu klären: 1. Ist die Grundkrankheit (falls vorhanden) ausreichend behandelt? 2. Sind Substanzen, die aggressives Verhalten provozieren können, eliminiert (z. B. Alkohol, bestimmte Rauschdrogen, ja Medikamente)? 3. Ist die Behandlung ethisch gerechtfertigt?

Wenn alle diese Fragen geklärt sind, bietet sich auch hier die bereits erwähnten Psychopharmaka sowie zusätzlich bestimmte Phasen-Prophylaktika an, die man zur Rückfallvorbeugung von manisch-depressiven Störungen einsetzt und die auch hier eine spürbare Linderung des allseits belastenden Beschwerdebildes erbringen können. Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie und die erwähnten Behandlungsleitlinien *Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten*.

### **Anhang: Das Konzept Safewards**

In Großbritannien wurde zur Reduktion von aggressivem Verhalten von Patienten, aber auch von Zwangsmaßnahmen vonseiten der Mitarbeiter (was auch bei ihnen zu Aggression und Gewalt führen kann) das Konzept *Safewards* entwickelt. Dabei handelt es sich nicht um eine Einzelmaßnahme, sondern um eine komplexe Intervention, die das ganze Stationskonzept umfasst und jeden Aspekt der Kommunikation auf einer psychiatrischen Station behandelt.

Dabei können die betroffenen Stationen unter mehreren Vorgehensweisen und Maßnahmen wählen und diese für ihre speziellen Bedürfnisse anpassen. Das reicht von der Schulung der Mitarbeiter und Patienten in Deeskalationsmaßnahmen, geht über die Zahl der Stationsregeln und die aktive Befragung der Patienten nach ihren Wünschen und Bedürfnissen, die Einbindung von Betreuern und Angehörigen bis zur Empfehlungen für die Kommunikation und sogar eine „Willkommenskultur“.

Eine wichtige Rolle spielt dabei die Mitarbeit ehemaliger Patienten (in Deutschland inzwischen als „Genesungsberater“ mit entsprechender Ausbildung bezeichnet). Alle dafür notwendigen Unterlagen sind inzwischen auch ins Deutsche übersetzt und im Internet verfügbar ([www.safewards.net/de](http://www.safewards.net/de)).

### **KURZE ZUSAMMENFASSUNG EPIDEMIOLOGISCHER ASPEKTE ZUR AGGRESSIONS-GEFAHR PSYCHISCH KRANKER GEWALTÄTÄTER**

Zum Abschluss noch einmal eine kurz gefasste Übersicht zu den wichtigsten epidemiologischen Aspekten zu Ursache, Verteilung und Folgen, um die Einschätzung des Aggressions-Risikos und Gewalt-Gefahr besser verstehen zu können. Im Einzelnen:

**Allgemeine Aspekte:** Männer überwiegen deutlich. Alter meist zwischen 20 und 40 Jahren, in den letzten Jahren aber Verschiebung zu immer jüngeren Jahrgängen bis zum Jugendalter. Aber auch das höhere Alter nicht unterschätzen. Oft familiäre Belastung: Alkoholismus, aggressives Verhalten im näheren Umfeld mit entsprechenden Übergriffen (sprich eigene Erfahrung bei früherer körperlicher Gewaltanwendung) sowie zerrüttete Familienverhältnisse.

**Spezifische Aspekte:** in der Regel schon mehrere Jahre seelisch gestört und behandlungsbedürftig, bis es zur erstmaligen Tat kommt. Häufung der Gewalttaten unter bestimmten äußeren Bedingungen (s. o.). Zeitlich gesehen natürlich vor der ersten stationären Aufenthaltswoche und dann aber – wichtig zu wissen – noch einmal in den ersten sechs Monaten nach Entlassung aus der Klinik.

**Alkoholmissbrauch:** erhöht statistisch das Risiko für Gewalttätigkeit bei Männern und Frauen nicht nur bei Gesunden, sondern auch bei allen Formen psychischer Erkrankungen erheblich. Dies insbesondere bei schizophrenen Psychosen, aber auch Persönlichkeitsstörungen, manischen Zuständen u. a. Das Gleiche gilt für Rauschdrogen, nicht zuletzt die immer häufiger missbrauchten Designerdrogen (z. B. Crystal Meth u. a.).

**Häufigste Tatmotive:** bei schizophrenen Psychosen und entsprechenden Hirnschädigungen meist wahnhaftige Motive. Bei geistig Behinderten nicht selten Bereicherung oder Verschleierung einer Straftat. Im weiteren Rache, Notwehr, Eifersucht, subjektiv empfundene Kränkungen, Demütigungen, Provokationen usf.

**Opfer:** meist Kernfamilie, seltener Freunde und Bekannte, noch seltener Autoritätspersonen, Fremde oder zufällige Opfer. In der Klinik mit an erster Stelle Ärzte/Psychologen (was von diesen oft nicht gemeldet wird) sowie im weiteren Pflegepersonal und Mitpatienten (in der Regel dokumentiert und deshalb in der Statistik häufiger erscheinend).

**Wichtiger Aspekt zu Prognose und Prävention:** Die weit verbreitete Auffassung, dass psychisch erkrankte Menschen „gefährlich“ sind, führt zu einer verstärkten Stigmatisierung. Das aber hindert die Betroffenen medizinische und psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Konsequenzen sind Nicht-Behandlung, zu lange Erkrankungs-Zeiträume mit fehlender Therapie, mangelnde Behandlungs-Zuverlässigkeit und verstärkte Empfindlichkeit gegenüber äußeren Auslöse-Faktoren. Ein Teufelskreis.

## LITERATUR

Nicht nur wissenschaftlich und klinisch, sondern auch psychosozial, den Alltag eines jeden Mitbürgers immer intensiver berührendes, wenn nicht gar belastendes Thema. Deshalb auch zunehmend wissenschaftlich von fachlichem Interesse und populärmedizinisch in den Massenmedien zum bedeutsamen Thema geworden. Nachfolgend eine begrenzte Übersicht deutschsprachiger Monographien und Sammelbände, die man – insbesondere englisch-sprachig – erheblich erweitern könnte.

*Adams, V.:* **Verbrechen.** Time-Life-International, München 1977

*Anke, M. u. Mitarb.:* **Deeskalationsstrategien in der psychiatrischen Arbeit.** Psychiatrie-Verlag, Bonn 2009

**APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5®.** Hogrefe-Verlag, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 2015

*Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention am Deutschen Jugendinstitut (Hrsg.): Strategien der Gewaltprävention im Kindes- und Jugendalter.* Deutsches Jugendinstitut, München 2007

*Arolt, V., A. Diefenbacher (Hrsg.): Psychiatrie in der klinischen Medizin.* Steinkopff-Verlag, Darmstadt 2004

*Asendorph, J.B.: Psychologie der Persönlichkeit.* Springer-Verlag, Berlin 2004

*Bailey, R.: Gewalt und Aggression.* Verlag Time-Life-International, München 1977

*Bandura, A.: Aggression – eine sozial-lerntheoretische Analyse.* Klett-Cotta-Verlag, Stuttgart 1979

*Bell, K., K. Höfeld: Aggression und seelische Krankheit.* Psychosozial-Verlag, Gießen 1996

*Benkert, O., M. J. Müller: Pharmakotherapie psychiatrischer Notfallsituationen.* In: O. Benkert, H. Hippus (Hrsg.): Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. Springer-Verlag, Berlin 2014

*Berzowski, H. (Hrsg.): Der psychiatrische Notfall.* Springer-Verlag, Berlin 1996

*Blasius, D.: Der verwaltete Wahnsinn.* Fischer-Taschenbuch-Verlag, Frankfurt 1980

*Bley, R.: Rockerkriminalität.* Verlag für Polizeiwissenschaft, Frankfurt 2014

*Bleuler, M: Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten.* Thieme-Verlag, Stuttgart 1972

*Böker, W., H. Häfner: Gewalttaten Geistesgestörter. Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland.* Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1973

*Böhme, H.: Das Recht des Krankenpflegepersonals.* Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 1991

*Bojack, B., A. Akli (Hrsg.): Die Tötung eines Menschen.* Verlag für Polizeiwissenschaft, Frankfurt 2005

*Bors, K., J. Reinicke (Hrsg.): Delinquenz im Jugendalter.* Waxmann-Verlag, Münster 2007

*Breakwell, G. M.: Aggression bewältigen.* Verlag Hans Huber, Bern 1998

*Brockmann, A., A. Hammann: Psychiatrie-Erfahrung als Berufskompetenz.* Hochschule Bremen, Bremen 2006

*Brökling, E.: Frauenkriminalität.* Enke-Verlag, Stuttgart 1980

*Bron, B.: Drogenabhängigkeit und Psychose.* Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1982

*Brückner, G.: Zur Kriminologie des Mordes.* Kriminalistik-Verlag, Hamburg 1961

*Brunner, M., J. Lohl (Hrsg.): Normalungetümer.* Psychosozial-Verlag, Gießen 2013

*Bundeskriminalamt (Hrsg.): Was ist Gewalt? Band 1.* Bundeskriminalamt, Wiesbaden 1986

*Bundesministerium des Inneren (Hrsg.): Polizeiliche Kriminalstatistik 2007 – Die Kriminalität in der Bundesrepublik Deutschland.* BMI, Berlin 2008

*Bund-Länder-AG: Entwicklung der Gewaltkriminalität junger Menschen mit einem Schwerpunkt auf städtischen Ballungsräumen.* Ohne Ortsangabe, 2007

*Curbo, D.: Vorsätzliche Mehrfachtötungen durch junge Einzeltäter.* Verlag für Polizeiwissenschaft, Frankfurt 2014

*Croitoru, J.: Der Märtyrer als Waffe.* Hanser-Verlag, München-Wien 2003

*Czak, S. u. Mitarb.: Das Frontalhirnsyndrom in Bedrohungs- und Geisellagen.* Manual für den Umgang mit „kopfloren“ Tätern. Verlag für Polizeiwissenschaft, Frankfurt 2009

*DGPPN: Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie – S2. Band 1: Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen.* Steinkopff-Verlag/Springer Science & Business Media, Heidelberg 2009

*DGPPN: Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie – S2: Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten.* Steinkopff-Verlag/Springer Science & Business Media, Heidelberg 2010

*DGPPN:* **Behandlungsleitlinie Schizophrenie.** Steinkopff-Verlag/Springer Science und Business Media, Heidelberg 2006

*Dietz, A. u. Mitarb.:* **Behandlungsvereinbarungen.** Vertrauensbildende Maßnahme in der Akutpsychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1998

*Dollard, J. u. Mitarb.:* **Frustration und Aggression.** Beltz-Verlag, Weinheim 1970

*Dollinger, H.:* **Schwarzbuch der Weltgeschichte.** area-Verlag, Erfstadt 2004

*Dollinger, B., J. Raithel:* **Einführung in die Theorien abweichenden Verhaltens.** Beltz-Verlag, Weinheim und Basel 2006

*Doubek, K.:* **Lexikon der Attentate.** Piper-Verlag, München-Zürich 2003

*Dubin, W.R., K.J. Weiss:* **Handbuch der Notfall-Psychiatrie.** Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle 1993

*Dubbert, G.:* **Erweiterte Suizide aus forensisch-psychologischer Perspektive.** Verlag für Polizeiwissenschaft, Frankfurt 2013

*Eckert, R. u. Mitarb.:* „**Ich will halt anders sein wie die Anderen!**“ **Abgrenzung, Gewalt und Kreativität bei Gruppen Jugendlicher.** Verlag Leske u. Budrich, Opladen 2000

*Eckert, R., H. Willems:* **Eskalation und Deeskalation sozialer Konflikte: Der Weg in die Gewalt.** In: W. Heitmeyer, J. Hogan (Hrsg.): Internationales Handbuch der Gewaltforschung. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden 2002

*Eisenberg, U.:* **Kriminologie.** Verlag C. H. Beck, München 2005

*Elhardt, S.:* **Aggression als Krankheitsfaktor.** Verlag Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen 1974

*Elster, A. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Handwörterbuch der Kriminologie.** Verlag Walter de Gruyter, Berlin 1979

*Ernst, K.:* **Gewalt in der psychiatrischen Klinik.** In: K. Ernst (Hrsg.): Praktische Klinikpsychiatrie. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1995

*Ernst, J.:* **Frontotemporale lobäre Degeneration und delinquentes Verhalten.** Med. Diss., TU München 2007

*Faust, B.:* **School-Shooting.** Psychosozial-Verlag, Gießen 2010

*Faust, V.:* **Biometeorologie - Der Einfluss von Wetter und Klima auf Gesunde und Kranke.** Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1977

*Faust, V., M. Wolfersdorf (Hrsg.): Suizidgefahr. Häufigkeit – Ursachen – Motive – Prävention – Therapie.* Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1984

*Faust, V.: Der psychisch Kranke in unserer Gesellschaft.* Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1981

*Faust, V.: Manie.* Enke-Verlag, Stuttgart 1987

*Faust, V. (Hrsg.): Psychiatrie – Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung.* Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1995

*Fiedler, P.: Persönlichkeitsstörungen.* PVU-Verlag, Weinheim 2001

*Fiedler, P.: Stalking – Opfer, Täter, Prävention, Behandlung.* Beltz-Verlag, Weinheim 2006

*Finzen, A. u. Mitarb. (Hrsg.): Hilfe wider Willen. Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag.* Psychiatrie-Verlag, Bonn 1993

*Fischer-Homberger, E.: Medizin vor Gericht.* Verlag Hans Huber, Bern 1983

*Ford, F. L.: Der politische Mord – von der Antike bis zur Gegenwart.* Junius-Verlag, Hamburg 1990

*Förstl, H.: Frontalhirn. Funktionen und Erkrankungen.* Springer-Verlag, Heidelberg 2005

*Fuchs, J. M.: Kontrollierter Umgang mit physischer Gewalt und Aggression in der Psychiatrie?* In: D. Sauter, D. Richter (Hrsg.): Gewalt in der psychiatrischen Pflege. Verlag Hans Huber, Bern 1998

*Füllgrabe, U.: Kriminalpsychologie.* Verlag für Angewandte Psychologie, Stuttgart 1983

*Galtung, J.: Strukturelle Gewalt.* Rowohlt-Verlag, Reinbek 1975

*Gauggel, S., M. Herrmann (Hrsg.): Handbuch der Neuro- und Biopsychologie.* Hogrefe-Verlag, Göttingen 2007

*Gehl, G. (Hrsg.): Amok.* Bertuch-Verlag, Weimar 2011

*Gertz, H.-J.: Demenz, Wahn und bloßes Altsein.* In F. Kunz und H.-J. Gertz (Hrsg.): Straffälligkeit älterer Menschen. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 2015

*Goffmann, G.: Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen.* Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 1972

- Grond, E.:* **Altenpflege ohne Gewalt.** Vincentz-Verlag, Hannover 1997
- Gudehus, C., M. Christ (Hrsg.):* **Gewalt. Ein interdisziplinäres Handbuch.** Verlag J. B. Metzler, Stuttgart 2013
- Habermann, N.:* **Jugendliche Sexualmörder.** Pabst Science Publications, Len-gerich 2008
- Hacker F.:* **Aggression. Die zunehmende Brutalisierung unserer Welt.** Econ-Verlag, Düsseldorf-Wien 1985
- Hampel, R., H. Selg:* **FAF – Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitäts-faktoren.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 1975
- Hare, R. D.:* **Gewissenlos – die Psychopathen unter uns.** Springer-Verlag, Wien-New York 2005
- Heinrich, J.:* **Aggression und Stress.** Beltz-Verlag, Weinheim 1992
- Heitmeyer, W., J. Hagan (Hrsg.):* **Internationales Handbuch der Gewaltfor-schung.** Westdeutscher Verlag, Wiesbaden 2002
- Heitmeyer, W., H.-G. Soeffner (Hrsg.):* **Gewalt. Entwicklungen, Strukturen, Analyseprobleme.** Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 2004
- Heitmeyer, W. u. Mitarb.:* **Gewalt. Schattenseiten der Individualisierung bei Jugendlichen aus unterschiedlichen Milieus.** Juventa-Verlag, Weinheim 1995
- Hernstorfer, A.:* **Depression im Jugendalter unter besonderer Berücksichti-gung der Komorbidität zwischen Angst und Depressionen und Aggression und Depression.** Diplomarbeit, GERIN, München 2000
- Herpirtz, S.:* **Impulsivität und Persönlichkeit: Zum Problem der Impulskon-trollstörungen.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2001
- Hewer, W., W. Rössler (Hrsg.):* **Das NotfallPsychiatrieBuch.** Verlag Urban & Schwarzenberg, München 2002
- Hilke, R., W. Kempf (Hrsg.):* **Aggression.** Huber-Verlag, Bern 1982
- Hinz, S.:* **Gefährlichkeitsprognose bei Straftätern: Was zählt?** Lang-Verlag, Frankfurt 1987
- Hippler, J. u. Mitarb.:* **Krieg, Repression, Terrorismus.** Institut für Auslandsbe-ziehungen, Stuttgart 2006



*Hoffmann, C., V. Faust:* **Psychische Störungen durch Arzneimittel.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1983

*Hoffmann, J.:* **Stalking.** Springer-Verlag, Heidelberg 2006

*Hofinger, K. (Hrsg.):* **Kommunikation in kritischen Situationen.** Verlag für Polizeiwissenschaft, Frankfurt 2005

*Hole, D.:* **Fanatismus.** Psychosozial-Verlag, Gießen 2004

*Huck, W.:* **Amok.** Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2012

*Hücker, F.:* **Rhetorische Deeskalation.** Boorberg-Verlag, Stuttgart 1997

*Hyman, S. E.:* **Manual der psychiatrischen Notfälle.** Enke-Verlag, Stuttgart 1988

*Innes, B.:* **Gerichtsmedizin und Kriminaltechnik.** Kaiserverlag, Klagenfurt 2008

*Jansch, A.:* **Taktische Notfallmedizin.** Verlag für Polizeiwissenschaft, Frankfurt 2010

*Kaiser, G.:* **Kriminologie.** C. F. Müller-Verlag, Heidelberg 1997

*Kaschka, W. P., E. Lungershausen (Hrsg.):* **Paranoide Störungen.** Springer-Verlag, Berlin 1992

*Kast, V.:* **Neid und Eifersucht.** Deutscher Taschenbuchverlag, München 1999

*Karnath, H. O., P. Thier (Hrsg.):* **Neuropsychologie.** Springer-Verlag, Heidelberg 2006

*Kernberg, O. F, H. P. Hartmann:* **Narzissmus.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2006

*Kernberg, O. F. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Handbuch der Borderline-Störungen.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2000

*Kernberg, O. F.:* **Schwere Persönlichkeitsstörungen.** Klett-Cotta-Verlag, Stuttgart 1988

*Ketelsen, R. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Seelische Krise und Aggressivität. Der Umgang mit Deeskalation und Zwang.** Psychiatrie-Verlag, Bonn 2007

*Kienzle, T., B. Paul-Ettliger:* **Aggression in der Pflege. Umgangsstrategien für Pflegebedürftige und Pflegepersonal.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2007

*Kleiter, E. F.:* **Gender und Aggression. Männliche und weibliche Aggression im Rahmen der Sozialpersönlichkeit bei Jugendlichen und Erwachsenen.** Beltz-Verlag, Weinheim-Basel 2002

*Knobling, C.:* **Konfliktsituationen in Altenheimen.** Lambertus-Verlag, Freiburg 1985

*Kockott, G.:* **Männliche Sexualität.** Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1988

*Kornadt, H. J.:* **Aggression und Aggressionshemmung.** Verlag Hans Huber, Bern 1981

*Kraepelin, E.:* **Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte.** Verlag Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1896

*Kretschmer, E.:* **Der sensitive Beziehungswahn.** Springer-Verlag, Berlin 1918

*Kröber, H. L., H. J. Albrecht (Hrsg.):* **Verminderte Schuldfähigkeit und psychiatrische Maßregel.** Nomos-Verlag, Baden-Baden 2001

*Kröber, H. L. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 3: Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie.** Steinkopff-Verlag, Darmstadt 2006

*Kunz, K.-L.:* **Kriminologie.** Haupt-Verlag, Bern 2011

*Kunz, F., H.-J. Gertz (Hrsg.):* **Straffälligkeit älterer Menschen.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 2015

*Kurz, A.:* **Organische Persönlichkeitsstörungen.** In: H. J. Möller u. Mitarb. (Hrsg.): **Psychiatrie und Psychotherapie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2003

*Laehr, H.:* **Die Gedenktage der Psychiatrie und ihrer Hilfsdisziplinen in allen Ländern.** Walter de Gruyter-Verlag, Berlin 1889

*Laux, G., F. Reimer:* **Klinische Psychiatrie.** Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1981

*Leibbrand, W., A. Wettley:* **Der Wahnsinn. Geschichte der abendländischen Psychopathologie.** Albert-Verlag, Freiburg 1961

*Lempp, R.:* **Jugendliche Mörder.** Hans Huber-Verlag, Bern 1977

*Lewis, B.:* **Die Assassinen.** Eichborn-Verlag, Frankfurt 2001

*Leygraf, N.:* **Psychisch kranke Straftäter.** Springer-Verlag, Berlin 1988

*Linkemer, B.:* **Der professionelle Umgang mit schwierigen Menschen.** MVG, Landsberg 2000

*Litzcke, S. M.:* **Polizeibeamte und psychisch Kranke.** Verlag für Polizeiwissenschaft, Frankfurt 2003

*Litzcke, S. u. Mitarb.:* **Sexualmord in Bayern.** Verlag für Polizeiwissenschaft, Frankfurt 2015

*Lösel, F. (Hrsg.):* **Kriminalpsychologie.** Beltz-Verlag, Weinheim und Basel 1983

*Lösel, F. u. Mitarb.:* **Hooliganismus in Deutschland.** Bundesministerium des Inneren, Berlin 2001

*Lösel, F. u. Mitarb.:* **Kriminologie und wissenbasierte Kriminalpolitik.** Forum-Verlag, Godesberg 2007

*Lorenz, K.:* **Das sogenannte Böse. Zur Naturgeschichte der Aggression.** Verlag Borotha-Schoeler, Wien 1963

*Lück, M. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Psychobiologische Grundlage aggressiven und gewalttätigen Verhaltens.** Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg, Oldenburg 2005

*Lüdemann, C., Th. Ohlemacher:* **Soziologie der Kriminalität.** Juventa-Verlag, Weinheim und München 2002

*Marneros, A.:* **Intimidid – die Tötung des Intimpartners.** Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2008

*Marneros, A.:* **Affekttaten und Impulstaten. Forensische Beurteilung von Affektdelikten.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2007

*Marneros, A.:* **Aggression und Gewalt.** In: A. Rohde, A. Marneros: Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie – Ein Handbuch. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2007

*Marneros, A.:* **Das neue Handbuch der bipolaren und depressiven Erkrankungen.** Thieme-Verlag, Stuttgart 2004

*Marquis de Sade:* **Gesammelte Werke.** Stephenson-Verlag, Flensburg 1979

*Meck, U.:* **Selbstmordattentäter sterben, um zu töten.** Verlag für Polizeiwissenschaft, Frankfurt 2007

*Meier, B.-D.:* **Kriminologie.** Verlag C. H. Beck, München 2010

*Meier-Ebert, K., H. Schulz (Hrsg.): Schlaf und Schlafstörungen.* Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1998

*Michaelis, W.: Perspektiven der Theorienbildung über Aggression.* Habilitationsschrift, Kiel 1976

*Micus, C.: Friedfertige Frauen und wütende Männer?* Juventa-Verlag, Weinheim-München 2002

*Möllers, M.H.W., R. C. van Ooijen (Hrsg.): Jahrbuch Öffentliche Sicherheit 2006/2007.* Verlag für Polizeiwissenschaft, Frankfurt 2007

*Müller, H.-J., H.E. van Praag (Hrsg.): Aggression und Autoaggression.* Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1992

*Müller-Isberner, R., S. Gonzales Cabeza (Hrsg.): Forensische Psychiatrie – Schuldfähigkeit, Kriminaltherapie, Kriminalprognose.* Gießener Kriminalwissenschaftliche Schriften. Band 9. Bad Godesberg 1998

*Musolff, C., J. Hoffmann (Hrsg.): Täterprofile bei Gewaltverbrechen.* Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2006

*Nedopil, N.: Forensische Psychiatrie.* Thieme-Verlag, Stuttgart 2000

*Neu, P.: Akutpsychiatrie.* Schattauer-Verlag, Stuttgart 2008

*Oberlies, D.: Tötungsdelikte zwischen Männern und Frauen.* Centaurus-Verlag, Herpolzheim 1995

*Oberwittler, D., S. Karstedt (Hrsg.): Soziologie der Kriminalität.* Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2004

*Olweus, D.: Gewalt in der Schule.* Verlag Hans Huber, Bern 1995

*Oud, N., G. Walter: Leitlinien für den Umgang mit Aggression und Gewalt.* In G. Walter u. Mitarb. (Hrsg.): Aggression und Aggressionsmanagement. Verlag Hans Huber, Bern 2012

*Payk, Th. R.: Pathopsychologie.* Springer-Verlag, Heidelberg 2002

*Peters, V.: Macht – Zwang – Sinn. Subjektives Erleben, Behandlungsbewertungen und Therapieerfolg bei gesetzlicher Unterbringung schizophrener Menschen.* Psychiatrie-Verlag, Bonn 2003

*Peters, U. H.: Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie.* Verlag Urban & Fischer bei Elsevier, München-Jena 2007

*Pfeiffer, C. u. Mitarb.:* **Migration und Kriminalität.** Nomos-Verlag, Baden-Baden 2005

*Pöldinger, W., W. Wagner (Hrsg.):* **Aggression, Selbstaggression, Familie und Gesellschaft.** Springer-Verlag, Berlin 1989

*Popp, W.:* **Zwangsbehandlung von psychisch Kranken mit Betreuungsrecht.** Verlag Peter Lang, Frankfurt 2003

*Prokop, O., B. Göhler:* **Forensische Medizin.** Gustav-Fischer-Verlag, Stuttgart 1976

*Pschyrembel:* **Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie.** Verlag Walter de Gruyter, Berlin-New York 2009

*Rabold, S. u. Mitarb.:* **Jugendgewalt und Jugenddelinquenz in Hannover.** Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen, Hannover 2008

*Rammstedt, O. (Hrsg.):* **Gewaltverhältnisse und die Ohnmacht der Kritik.** Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 1974

*Rasch, W.:* **Forensische Psychiatrie.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 1986

*Rausch, W.:* **Tötung des Intimpartners.** Enke-Verlag, Stuttgart 1964

*Remschadt, H. (Hrsg.):* **Tötungs- und Gewaltdelikte junger Menschen.** Springer-Verlag, Heidelberg 2012

*Richter, U.:* **Die Rache der Frauen.** Kreuz-Verlag, Stuttgart 1997

*Richter, D.:* **Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken.** Lambertus-Verlag, Freiburg 1999

*Richter, D. u. Mitarb.:* **Konfliktmanagement in psychiatrischen Einrichtungen.** GUV Westfalen-Lippe, Düsseldorf 2001

*Richter, D.:* **Patientenübergriffe – Psychische Folgen für Mitarbeiter.** Psychiatrie-Verlag, Bonn 2007

*Riemann, D.:* **Die Parasomnien.** In: M. Berger (Hrsg.): Handbuch des normalen und gestörten Schlafs. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1992

*Ringel, E.:* **Der Selbstmord.** Klotz-Verlag, Frankfurt 2005

*Rink, E.:* **Tötungsdelikte schizophrener Geisteskranker unter besonderer Berücksichtigung der Sozialkontrollen im Tat-Vorfeld, der Täterpersönlichkeit und der Rehabilitationschancen.** In: G. Laux, F. Reimer: Klinische Psychiatrie. Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1981

*Robertz, F. J., A. Thomas (Hrsg.):* **Serienmord.** Belleville-Verlag, München 2004

*Robertz, F. J., J. Langer (Hrsg.):* **Gewaltphantasien.** Verlag für Polizeiwissenschaft, Frankfurt 2011

*Roessler, W., P. Hoff:* **Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang.** Springer-Verlag, Heidelberg, 2005

*Roß, Th.:* **Bindungsstile von gefährlichen Straftätern.** Dissertation Universität Ulm, Ulm 2000

*Rupp, M.:* **Notfall Seele.** Thieme-/Matthias Grünewald Verlag, Stuttgart-New York-Mainz 1996

*Ruthemann, U.:* **Aggression und Gewalt im Altenheim.** Recom-Verlag, Basel 1993

*Saß, H. (Hrsg.):* **Affektdelikte.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-NewYork 1993

*Sauter, D. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Lehrbuch Psychiatrische Pflege.** Verlag Hans Huber, Bern 2004

*Sauter, D., D. Richter (Hrsg.):* **Gewalt in der psychiatrischen Pflege.** Verlag Hans Huber, Bern 1998

*Scharfetter, C.:* **Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2010

*Scharfetter, C.:* **Schizophrene Menschen.** Beltz-Verlag, Weinheim-New York 1995

*Scharfetter, C., V. Faust:* **Anamnese und psychischer Befund in Stichworten.** In: V. Faust (Hrsg.): Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. G. Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1995

*Schaumburg, C.:* **Basiswissen: Maßregelvollzug.** Psychiatrie-Verlag, Bonn 2007

*Scherer, K.:* **Kamikaze.** Iudicium-Verlag, 2001

*Schipkuwensky, N.:* **Tötung und Psychose.** In: A. Elster u. Mitarb. (Hrsg.): Handwörterbuch der Kriminologie. Verlag de Gruyter, Berlin 1975

*Schirmer, U. u. Mitarb.:* **Prävention und Aggression und Gewalt in der Pflege. Grundlagen des Aggressionsmanagements für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie.** Schlütersche Verlagsbuchhandlung, Hannover 2006

*Schneckener, U.:* **Transnationaler Terrorismus.** Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 2006

*Schneider, H. J. (Hrsg.):* **Kriminalität und abweichendes Verhalten.** Band 1. Beltz-Verlag, Weinheim 1983

*Schneider, H. J.:* **Kriminologie der Gewalt.** Hirzel-Verlag, Stuttgart-Leipzig 1994

*Schneider, H. J. (Hrsg.):* **Internationales Handbuch der Kriminologie.** Verlag Walter de Gruyter, Berlin 2007

*Schorsch, E.:* **Perversion, Liebe, Gewalt.** Enke-Verlag, Stuttgart 1993

*Schorsch, E.:* **Sexualwissenschaft und Strafrecht.** Enke-Verlag, 1987

*Schorsch, E. u. Mitarb.:* **Perversion als Straftat.** Springer-Verlag, Berlin 1985

*Schröder, A. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Handbuch Konflikt- und Gewaltpädagogik.** Wochenschau-Verlag, Schwalbach 2008

*Schröder, D., R. Berthel:* **Gewalt in sozialem Nahraum I und II.** Verlag für Polizeiwissenschaft, Frankfurt 2004 und 2005

*Schulz, M., C. Zechert:* **Die fremdaggressive Notfallsituation – Maßnahmen zur sekundären Prävention.** In: R. Ketesen u. Mitarb. (Hrsg.): Seelische Krise und Aggressivität. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2004

*Schwind, H.-D. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Ursachen, Prävention und Kontrolle von Gewalt.** Verlag Duncker & Humblot, Berlin 1990

*Schwind, H.-D.:* **Kriminologie.** Kriminalistik-Verlag, Heidelberg 2013

*Schwithal, B.:* **Weibliche Gewalt in Partnerschaften.** Books on Demand, 2005

*Selg, H. u. Mitarb.:* **Psychologie der Aggressivität.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 1988

*Selg, H.:* **Menschliche Aggressivität.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 1974

*Sellers, T.:* **Der korrekte Sadismus.** Iko-Verlag, Pullenreuth 1993

- Sewing, S.:* **Die Wirkung experimentell induzierter Aggression auf Gehirn und Verhalten.** Med. Dis. Universität Tübingen, Tübingen 2007
- Sluga, W.:* **Geisteskranke Rechtsbrecher.** Manz-Verlag, Wien-München 1977
- Sloterdijk, P.:* **Zorn und Zeit.** Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 2006
- Sofsky, W.:* **Traktat über die Gewalt.** S. Fischer-Verlag, Frankfurt 1996
- Soyka, M.:* **Wenn Frauen töten.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2005
- Spröder, N.:* **ProACT + E - Entwicklung und Evaluation zur Prävention von Bullying.** Diss. Universität Tübingen, Tübingen 2006
- Steigleder, E.:* **Mörder und Totschläger.** Enke-Verlag, Stuttgart 1968
- Steinert, T.:* **Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie.** Psychiatrie-Verlag, Bonn 2008
- Steinert, T.:* **Aggression und Gewalt bei Schizophrenie. Epidemiologie, Prädiktoren, Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf.** Waxmann, Münster-New York-München-Berlin 1998
- Steinert, T.:* **Aggression.** In: V. Faust (Hrsg.): Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. G. Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1995
- Steinert, T.:* **Aggression bei psychisch Kranken.** Enke-Verlag 1995
- Steinert, T.:* **Indikationen von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken.** In: R. Ketelsen u. Mitarb. (Hrsg.): Seelische Krise und Aggressivität. Der Umgang mit Deeskalation und Zwang. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2004
- Steller, M., R. Volbert (Hrsg.):* **Handbuch der Rechtspsychologie.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 2008
- Stelly, W., J. Thomas:* **Einmal Verbrecher, immer Verbrecher.** Westdeutscher Verlag, Wiesbaden 2001
- Stierlin, H.:* **Der gewalttätige Patient.** Karger-Verlag, Basel 1956
- Suhling, St., W. Greve:* **Kriminalpsychologie-Kompakt.** Beltz-Verlag, Weinheim-Basel 2010
- Townshind, C.:* **Terrorismus.** Reclam-Verlag, Stuttgart 2005



*Trube-Becker, E.:* **Frauen als Mörder.** C.H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung, München 1974

*Ullrich, S., A. Maneros:* „**Was ist das nur für ein Mensch, der so etwas tun konnte?**“ In: C. Musolff, J. Hoffmann (Hrsg.): Täterprofile bei Gewaltverbrechen. Springer-Verlag, Heidelberg 2006

*Venzlaff, U., K. Foerster:* **Psychiatrische Begutachtung.** Verlag Urban & Fischer, München 2004

*Verres, R., I. Sobez:* **Ärger, Aggression und soziale Kompetenz.** Klett-Cotta-Verlag, Stuttgart 1980

*Wahl, K.:* **Fremdenfeindlichkeit, Rechtsextremismus, Gewalt.** DJI-Verlag, München 1995

*Wahl, K.:* **Studien über Gewalt in Familien.** DJI-Verlag, München 1996

*Wahl, K. (Hrsg.):* **Fremdenfeindlichkeit, Antisemitismus, Rechtsextremismus.** Bundesministerium des Inneren, Berlin 2001

*Wahl, K. u. Mitarb.:* **Fremdenfeindlichkeit.** Verlag Leske & Budrich, Opladen 2001

*Wahl, K. (Hrsg.):* **Skinheads, Neonazis, Mitläufer. Täterstudien und Prävention.** Verlag Leske u. Budrich, Opladen 2003

*Wahl, K.:* **Vertragen oder Schlagen?** Cornelsen-Verlag Scriptor, Berlin 2007

*Wahl, K., K. Hees:* **Opfer oder Täter? Jugendgewalt – Ursachen und Prävention.** Reinhardt-Verlag, München 2009

*Wahl, K.:* **Aggression und Gewalt. Ein biologischer, psychologischer und sozialwissenschaftlicher Überblick.** Spektrum-Akademischer Verlag, Heidelberg 2009

*Waler, G. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Aggression und Aggressionsmanagement.** Verlag Hans Huber, Bern 2012

*Walter, M.:* **Jugendkriminalität.** Boorberg-Verlag, Stuttgart 2005

*Weltgesundheitsorganisation Europa (Hrsg.):* **Weltbericht Gewalt und Gesundheit.** Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa, Kopenhagen 2003

*WHO:* **Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10.** Verlag Hans Huber, Göttingen 1992

*Wesuls, R. u. Mitarb.:* **Professionelles Deeskalationsmanagement. Praxisleitfaden zum Umgang mit Gewalt und Aggression in Gesundheitsberufen.** Badischer Gemeindeunfallsversicherungsverband/Badische Unfallkasse, Karlsruhe 2003

*Wetterling, T.:* **Organische psychische Störungen – Hirnorganische Psychosyndrome.** Steinkopff-Verlag, Darmstadt 2002

*Wetzels, P. u. Mitarb.:* **Jugend und Gewalt.** Nomos-Verlag, Baden-Baden 2001

*Wetzstein, T. A. u. Mitarb.:* **Sadomasochismus. Szenen und Rituale.** Rowohlt-Verlag, Reinbek 1994

*Wirth, I. (Hrsg.):* **Kriminalistik-Lexikon.** Kriminalistik-Verlag, Heidelberg 2011

*Zeh, A. u. Mitarb.:* **Gewalt und Aggression in Pflege- und Betreuungsberufen – ein Literaturüberblick.** Gesundheitswesen 71 (2009) 449

*Zeiler, J.:* **Schizophrenie und Alkohol.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1990

### **WEITERE LITERATUR-ÜBERSICHTEN**

Siehe auch die Literatur-Hinweise in den drei Beiträgen dieser Internet-Serie

*Psychiatrie heute*

**<http://www.volker-faust.de/psychiatrie>**

- Der schwierige Patient - Teil 1: aus psychiatrischer Sicht
- Der schwierige Patient - Teil 2: aus allgemein-ärztlicher Sicht
- Der schwierige Patient - Teil 3: Wie Therapeut und Patient zusammenfinden