

## PSYCHIATRIE HEUTE

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

---

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

## PSYCHOPATHOLOGIE 6

### *Psychiatrische Krankheitslehre 6: Aggression und Gewalt*

Zu den beunruhigendsten Kapiteln menschlichen Zusammenlebens gehören Aggression und Gewalt. In der Allgemeinheit gibt es dazu eine Reihe von Einschätzungen und Schlussfolgerungen, die sich als Erstes aufdrängen. Dabei spielt auch die Frage eine Rolle: geisteskrank oder nicht? In der Fachwelt sind deshalb grundsätzlich konkrete psychopathologische Fragen zu klären, nämlich:

Wie sah man dies früher, wie heute, d. h. welche neueren epidemiologischen Erkenntnisse liegen vor? Welche psychischen Krankheitsbilder, Syndrome oder Symptome können bei fremd-aggressiven Regungen oder Durchbrüchen eine Rolle spielen? Welches sind die häufigsten Ursachen, Hintergründe und Risikofaktoren? Vor allem: Welche psychodynamischen Aspekte könnte bei drohendem Gewalttaten-Risiko eine bedeutsame Rolle spielen? Und schließlich: Welche Möglichkeiten, aber auch Grenzen der Intervention ergeben sich daraus, und zwar im Akut-Fall bzw. bei immer wieder drohendem gewalttätigem Verhalten.

Nachfolgend deshalb eine etwas ausführlichere psychopathologische Übersicht zum Thema Aggression und Gewalt.

#### **Erwähnte Fachbegriffe:**

Aggression – Gewalt – Fremdgefährdung – Selbstgefährdung – Gewalttaten  
Geistesgestörter – Gewalttaten Geistesschwacher – Gewalttaten-Risiko –  
Gewalttaten-Häufigkeit – Gewalttaten-Opfer: Mütter, Geschwister, Väter, The-  
rapeuten, Polizeibeamte, Verkäufer, Kontrolleure, Taxifahrer, Tankwarte u. a.  
– Gewalt und seelische Störung – Gewalt und psychiatrische Krankheitsbilder  
– Gewalt und Medien – Gewalt-Prävention – Gewalt-Therapie – Gewalt-  
Nachsorge – Aggressions-Prävention – Aggressions-Therapie – Aggressions-

Nachsorge – Aggressivität als Symptom – Gewaltbereitschaft als Symptom – psychodynamische Gewalt-Aspekte: Frustration, Lernen am Modell, Hemmungs-Verminderung, Kontaktaufnahme, instrumentelle Aggression, Angst, Rivalität, Aggressions-Verschiebung, idealistische Aggressions-Motive u. a. – psychiatrisches Gewalttaten-Risiko – Gewalt und Schizophrenie – Gewalt und Verfolgungswahn – Gewalt und wahnhafte Fremdsteuerung – Gewalt und Halluzinationen – Verlust der Sozialdistanz – Beziehungs-Überforderung – soziale Desintegration – Erregungszustände – psychotische Angst – Gewalt und geistige Behinderung – Gewalt und hirnorganische Beeinträchtigung – Gewalt und Demenz – Gewalt und akute hirnorganische Erkrankung – Gewalt und organische Persönlichkeitsveränderungen – Gewalt und Epilepsie – Gewalt und Persönlichkeitsstörung – Gewalt und dissoziale Persönlichkeitsstörung – Gewalt und Psychopathie – Gewalt und Soziopathie – Gewalt und Borderline-Persönlichkeitsstörung – Gewalt und Manie – Gewalt und Depression – Erweiterter Suizid – Gewalt und Suchtkrankheiten: Alkohol, Rauschdrogen, Medikamente – Gewalt und Intoxikation – gewalt-fördernde Arzneimittel – Aggressivitäts-Hemmung – Gewalttaten-Hemmung – Aggressions-Gefahr psychisch kranker Gewalttäter: epidemiologische Aspekte, Alkohol-Enthemmung, häufige Tatmotive, Opfer u. a. – Einschätzung eines plötzlichen Aggressionsrisikos: Grundstimmung, Vorgeschichte, Suchtmittelmissbrauch, Hirnschädigung, Phantasien, Bedrohungsgefühle, Wahnsystem, private Ursachen u. a. – wiederholtes gewalttätiges Verhalten – Sicherheitsaspekte – Klinikaufnahme – entspannende Interventionen – Pharmakotherapie – u.a.m.

---

## AGGRESSION UND GEWALT

---

*Aggression* und damit Gewaltbereitschaft, Fremd- und Selbstgefährdung werden zum wachsenden Problem in unserer Zeit und Gesellschaft. Dies gilt auch für den Arzt in Klinik und Praxis.

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 weites Spektrum von konstruktiver Auseinandersetzung (lat.: *aggredi* = angreifen, aber auch herangehen) bis zur feindseligen Gewalttätigkeit, von der raffinierten non-verbale bis zur schweren körperlichen Aggression. Wegen der wachsenden Bedeutung aggressiven Verhaltens sind die nachfolgenden Ausführungen etwas ausführlicher gehalten. Auch sei gleich zu Beginn festgehalten:

Das meiste Aufsehen erregen zwar 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 letztlich nicht öfter vor, als es ihrer Verteilung in der Gesamtbevölkerung entspricht. Allerdings gibt es psychiatrische Krankheitsbilder mit erhöhtem Gewalttatenrisiko. Und es gibt nicht nur widersprüchliche Untersuchungs-Ergebnisse, sondern auch eine objektivierbare Änderung im Spektrum der Gewalt in den letzten Jahren.

## NEUERE ERKENNTNISSE

Zur Frage *psychische Krankheit und Gewalt* stehen sich im Wesentlichen zwei Meinungsbilder gegenüber:

- 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 nachvollziehbar. Wer über keine eigenen Erfahrungen aus dem näheren und weiteren Umfeld verfügt (was nebenbei für seelisch Kranke 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 sensationsgeleitet 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, die zwar zumeist zu keinen (ernsteren) Folgen führen, durch die Fahndungs-Aufrufe und -Berichte aber ebenfalls (nachvollziehbare) Befürchtungen wecken. Meist handelt es sich ja in der Tat um Kranke mit durchaus beängstigender Vorgeschichte. Kurz: Die Bevölkerung ist beunruhigt 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 Psychosekranken gewisse Einschränkungen gemacht. Diese haben sich durch die Studien zur Gewalttätigkeit psychisch Kranker in den letzten Jahren verstärkt. So sind be-

rechtigte Zweifel aufgekommen, ob man das alles heute noch so einfach übernehmen kann. Offensichtlich ist eine differenziertere Sichtweise notwendig:

- Zum einen sind seit der Veröffentlichung der damaligen Gewalttätigkeitsstudien mehr als 30 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 bei z. T. unzureichend ausgestatteten und (damit gelegentlich) hilflos wirkenden Behörden und Ordnungsorganen u. a.
- Zum anderen hat sich auch auf fach-psychiatrischer Ebene 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 in einigen Ländern ganz besonders deutlich wird); ferner die Stärkung der Rechte jener Kranker, die die Behandlung verweigern (und das durchaus nicht immer zu ihrem Vorteil) u. a.

Und was die besagte Studie anbelangt, die (fast) alle psychisch Kranken als nicht häufiger gewalttätig sieht als 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.

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 ambulante Betreuung, meist aber Letzteres. Diese Untersuchungen werden heute nachgeholt – und verändern das Bild nicht unerheblich.

### **Allgemeine Aspekte**

Bedrohung, tätliche Angriffe und Körperverletzungen scheinen sich bei *Männern* zwar überwiegend im öffentlichen Raum (und damit eher registrierter), bei *Frauen* insbesondere 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 schizophran 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 sind es die Therapeutinnen und Therapeuten jeglicher Disziplin (s. später). Im öffentlichen Leben trifft es vor allem jene Personen, die mit auffälligem Verhalten nicht zuletzt beruflich konfrontiert werden wie Polizeibeamte, andere Beauf-

trage der Ordnungsbehörden, aber auch Verkäufer (z. B. Kiosk), Angehörige von Verkehrsbetrieben, Kontrolleure, Taxifahrer, Tankwarte usw., die entsprechenden Konfrontationen ausgesetzt sind.

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“.

Dabei gibt es – je nach Untersuchung in 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, bei Ladendiebstahl und sonstigen Delikten. Dies vor allem aber in Verbindung mit Alkoholismus 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 gesunden Straftätern aus der Vollzugsanstalt, sondern auch bei psychisch Kranken aus der psychiatrischen Klinik um ein Vielfaches erhöht. Das größte Problem ist dabei nicht nur die mangelhafte Nachbetreuung, sondern auch eine zeit- und therapie-mäßig 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 das 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 besonders deutlich erhöht, in denen die allgemeine Bereitschaft zur Gewalt niedriger ist (z. B. in Skandinavien). In Gesellschaften mit größerer allgemeiner Gewaltbereitschaft hingegen relativiert sich das eher (z. B. in den USA).

### **Die häufigsten Krankheitsbilder**

Bei der Frage, welche *psychiatrischen Krankheitsbilder* besonders betroffen sind, ergibt sich auch nach neueren Untersuchungen folgende Reihenfolge:

An erster Stelle stehen Menschen mit Alkohol-, Rauschdrogen- und Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit sowie mit einer Persönlichkeitsstörung, vor

allem der schon danach benannten antisozialen Persönlichkeitsstörung. Im Weiteren gehören in diese Gruppe die Schizophrenie-Erkrankten, die ebenfalls häufiger betroffen sind als die Durchschnittsbevölkerung (Männer mehr als Frauen), was schon in früheren Untersuchungen auffiel. Hier sind Tötungshandlungen zwar selten, aber dann auch mitunter spektakulär (und von bestimmten Medien früher(?) gerne zur Sensations-Darstellung missbraucht). Sehr unterschiedlich werden dagegen die Gewalttaten geistig Behinderter eingestuft und noch kontroverser diejenigen von Depressiven, die wohl zumeist als erweiterter Suizid drohen (s. später).

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, sind aber auch in Gefängnissen inhaftiert, vor allem Psychose-Erkrankte. Dass sich dort das Zustandsbild nicht bessert und nach der 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 ausführlicher 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 gewalt-begünstigende Faktoren:

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 oft in unerträglichen Spannungssituationen. Betroffen sind besonders jene Menschen, die ihnen nahe stehen oder sie therapeutisch betreuen und deshalb häufig in einen verhängnisvollen Teufelskreis geraten. Im Grunde handelt es sich hier mehr um Notwehrmaßnahmen in (subjektiv erlebter) höchster Bedrohung als um aggressive Absichten im eigentlichen Sinne. Das Opfer kann u. U. auch einmal eine Persönlichkeit des öffentlichen Lebens sein, wenn es in ein entsprechendes Wahnsystem einbezogen wurde, wie entsprechende Beispiele belegen.

### **Möglichkeiten und Grenzen**

*Prävention, Therapie und Nachsorge* sind nicht nur machbar (Einschränkungen s. unten), sondern heute auch schon weitgehend realisiert, und zwar durchaus erfolgreich. Nur: davon erfährt die Allgemeinheit nichts. Es interessiert natürlich

auch wenig(e). 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). Das heißt aber nicht, dass nicht einiges besser werden könnte.

Die Bedingungen dafür sind günstig. Denn die Gewalttaten psychisch Kranker sind verhinderbar, weil es sich um Symptome handelt, die erfolgreich behandelt werden können. Eine wirkungsvolle Therapie ist auch möglich, ohne wieder in eine restriktive Psychiatrie zurückzusinken. 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 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.

Aggressivität und Gewaltbereitschaft sind Symptome. Sie 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 Angehörigen und später den Kranken zuzuhören, sich ein Urteil zu bilden, gezielte Maßnahmen einzuleiten – und konsequent zu verfolgen. Damit lässt sich die un-selige Entwicklung der letzten Jahre eindämmen, nämlich:

Zunahme gewalt-bereiter psychisch Kranker → vermehrt Bedrohungen → aggressive Durchbrüche oder gar spektakuläre Gewalttaten → Unruhe in der Allgemeinheit → verstärkt restriktive Maßnahmen als Notlösung, dafür zu wenig Therapie und vor allem Nachsorge → Rückfallgefahr – ein Teufelskreis.

## Psychodynamische Aspekte

Die *psychodynamischen Aspekte*, vor allem die *Ursachen, Hintergründe und Risikofaktoren*, sind vielfältig und entsprechen meist nicht dem öffentlichen Meinungsbild. Wichtig ist die Konstellation von Aggressions-Bereitschaft und Aggressions-Hemmung. Viele psychisch kranke Gewalttäter sind aggressions-gehemmt (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:** hohe Aggressionsbereitschaft bei reduzierter Frustrationstoleranz und geringer Steuerbarkeit; stereotype 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 auch so genannte „neurotische“ Projektionen (Abwehrmechanismen).
- **Aggression aus vermeintlich idealistischen Motiven:** Aggression aus Mitleid (pathologisch: Mitnahme-Suizid), Aggression im Dienste von Erziehungsidealen usw.

## GEWALTTATENRISIKO IM PSYCHIATRISCHEN BEREICH

Beim *Gewalttatenrisiko im psychiatrischen Bereich* muss man unterscheiden zwischen schweren und leichten Gewalttaten. Das ist wichtig, weil z. B. schwere Gewalttaten zwar selten sind, in der Darstellung der Medien und in der Erinnerung aber einen höheren Stellenwert einnehmen als leichtere, und damit die Sachlage verändern. So gilt:

- Bei **schweren(!) Gewalttaten** gibt es – statistisch gesehen – ein erhöhtes Risiko für z. B. schizophrene Psychosen, ein durchschnittliches z. B. für Epilepsien, spät erworbene Hirnschädigungen, Oligophrenien sowie ein unter-



durchschnittliches Gewalttatenrisiko für hirnorganische Abbauprozesse und affektive Psychosen wie Depression und sogar Manie. Einzelheiten siehe dort.

- **Leichte Aggressionen** sind bei praktisch allen psychischen Erkrankungen möglich und kommen dort auch gehäuft vor. Im Einzelnen:

## Schizophrene Psychosen

Statistisch erhöhtes Gewalttatenrisiko. Vor allem bei paranoider Schizophrenie, insbesondere mit Verfolgungswahn, sind verbale und tätliche Angriffe als Verteidigung oder aus Rache möglich. Besonders gefürchtet sind katatone Erregungszustände mit z. T. erheblichem Gewaltpotential. Gewaltakte sind aber auch bei anderen paranoiden (wahnhaften) Erkrankungen möglich. Beispiele: Eifersuchtswahn, Querulantenwahn u. a.

Mit welchen Aggressions-Motiven ist bei schizophrenen Erkrankten zu rechnen (zusätzlich zu den allgemeinen Ursachen und 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.
- *Wahnhafte Missdeutung der Umgehung* (z. B. Umgebungs-Verkennung).
- *Gefühl der Fremdsteuerung* im Handeln, Denken und Fühlen.
- *Reaktion auf akustische Halluzinationen*: Stimmen, die sich einmischen, beschimpfen, befehlen, aufhetzen usw.; meist plötzlich, gesamthaft jedoch selten.
- *Reaktion auf die Nähe anderer Menschen* („Störenfriede“), die als lästig, einengend oder gar bedrängend bis bedrohlich empfunden werden.
- *Verlust der Sozialdistanz* (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* (zuviel Nähe - s. o.): Typisch für die durchaus leidvoll betroffenen Familien sind die ständigen Aufforderungen, nicht herumzuliegen, auf Hygiene zu achten, sich an die einfachsten Regeln zu halten usw. Vorsicht auch im fortgeschrittenen Stadium stationärer Behandlung durch langsam gesteigerten Rehabilitations-Druck seitens der Therapeuten.

- *Zunehmende soziale Desintegration*, nicht zuletzt aus dem krankheitsbedingten Verlust sozialer Kompetenz des Betroffenen.
- In der akuten Psychose gelegentlich *Erregungszustände mit Verlust der Steuerungsfähigkeit und vor allem hochgradiger psychotischer Angst* (kündigt sich meist allmählich an; betroffen sind vor allem Bezugspersonen).
- 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 soll (besonders wichtiges Aggressionsmotiv 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, wovon man im Übrigen meist wenig erfährt) und im öffentlichen Raum Polizeibeamte, sonstige Ordnungsbehörden, aber auch Verkäufer usw.

### **Geistige Behinderung (Intelligenzmangel)**

Bei schwerer geistiger Behinderung ist Gewalt eher selten, wenngleich heftige Erregungszustände selbst durch minimale Auslöser möglich sind. Oftmals große Körperkräfte. Ungerichtete Zerstörungswut, meist gegen Gegenstände, seltener Betreuer. In der Regel gut vorhersehbar (gleichartige, immer wiederkehrende Situationen). Bei leichter geistiger Behinderung (s. dort) sind chronische oder immer wieder aufbrechende Aggressionen nicht selten.

Ursache: häufig Überforderung, verminderte Steuerungsfähigkeit, geringe Frustrationstoleranz, ungünstige Milieueinflüsse, ggf. komplizierende Zusatz-erkrankungen (z. B. Alkoholmissbrauch, Rauschdrogenkonsum, Epilepsie). Oft typische Aggressionsmuster und mitunter die Reizbarkeit verstärkende Arzneimittel (z. B. bestimmte Antiepileptika, paradoxe Reaktion durch Tranquillizer). Gezielte und geplante Handlungen finden sich kaum bei schwerer, eher bei leichter geistiger Behinderung.

### **Hirnorganische Beeinträchtigungen**

Teils Verminderung bzw. Hemmung der Aggressivität (s. später), aber auch Steigerung bis zur raptus-artigen Gewalttätigkeit.

Ursachen meist mehrschichtig: Wut über eigene Behinderung, Schwäche, Hilflosigkeit, Abhängigkeit (z. B. nach Apoplex: Aphasie, mnestischer Störung, Un-

fähigkeit, 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. Personen-Verkennung, Bestehungs-Wahn, Angst vor Überfall, Raub, Beeinträchtigungs-Gefühl). Dazu Wut über Eingesperrtsein, Freiheitsberaubung, Überwältigung, die Medikation (z. B. Injektionen) sowie Zorn und Ärger über Lebensniederlagen sowie mangelhafte Zuwendung, Aufmerksamkeit, Mitleid, Liebe (Angehörige, Pflegepersonal). Dazu Scham, Minderwertigkeitsgefühle, Ohnmachtserleben, Rachegefühle an anderen (z. B. Mitpatienten), an der Klinik, dem Heim, der Gesellschaft u. a. Im Einzelnen:

- **Dementielle Prozesse:** Aggressionen meist in der Familie, oftmals gegen den ebenfalls betagten Partner, oder im Pflegeheim (z. B. Schubsen, Stoßen, Kneifen, Schlagen). Häufig nur periodisch (z. B. nachts durch Schlaf-Wach-Umkehr und delirante Syndrome sowie Personen-Verkennungen = Angstreaktionen). Besonders bei plötzlichen Weglauftendenzen erhebliche Aggressionen möglich (Achtung: selbst betagte und hilflose Menschen können zu gefährlichen Reaktionen fähig sein - s. später). 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, zerebralen Blutungen, Enzephalitis/Meningitis (z. B. postenzephalischer 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. Häufigstes Beispiel:
- **Epilepsie:** verminderte Frustrationstoleranz und Selbststeuerung, erschwertes Umstellungsvermögen, mangelnde Flexibilität, reduziertes Einfühlungsvermögen, rasche Überforderung, fehlende Bewältigungsstrategien in Krisensituationen usw. Ggf. medikamentös bedingte Verstärkung von Reizbarkeit und Aggression (z. B. bestimmte Antiepileptika, ferner Tranquillizer 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 („Alltags-Aggressionen“).

## Persönlichkeitsstörungen

Besondere Probleme durch Minderbegabung (nicht zuletzt leichteren Grades), neurologische Auffälligkeiten wie z. B. Teilleistungsschwächen (Rechnen, Lesen, selbst diskreterer Art), Alkohol- oder Rauschdrogenmissbrauch, ungüns-

tige Vorgeschichte und verhängnisvolle Milieubelastung. Wechsel von fremd- und selbstaggressiven Verhaltensweisen (rasch kippende Fremd- und Selbstbeschädigung: Gewalttat/Suizidgefahr). Aggressionsmuster je nach Persönlichkeitsstörung. Häufig spielen hohe Kränkbarkeit (Narzissmus - s. u.) sowie entsprechende Abwehrmechanismen im „neurosen“-psychologischen Sinne eine Rolle. Besonders problematische Beispiele von Persönlichkeitsstörungen mit hohem Aggressionspotential:

- *Dissoziale Persönlichkeitsstörung*: auch als Psychopathie, Soziopathie oder dissoziale Persönlichkeitsstörung bezeichnet. Wichtigstes Kriterium ist - neben dem Mangel oder Fehlen von Einfühlungsvermögen, Mitleid und Rücksicht - ein tiefgreifendes Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer:

Beispiele: Belästigung, Diebstahl, Zerstörung, Täuschung, Manipulation, Lügen, Betrügen, Simulieren u.a.m.

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).

- *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, extremen Sarkasmen und ggf. körperlichen Auseinandersetzungen. Danach manchmal depressive Verzweiflung mit Scham- und Schuldgefühlen. Seltener auch paranoide Vorstellungen und Depersonalisations- und Derealisations-Phänomene.

Gerichtete Wut (Hass und Aggression) bindet hier freie Angst, schützt vor unerträglicher Selbstkonfrontation (Leere), erhält die Ich-Grenzen, vermittelt dem Selbst den Eindruck von Kraft und Macht, ermöglicht das Gefühl, lebendig da zu sein, wehrt Schuldgefühle ab und überwindet die Abhängigkeitsangst vor anderen (psychoanalytisch: weist das Objekt weit weg).

## Manische Zustände

Entladung von Überaktivität, aus Kraftgefühl und Überheblichkeit, Prahlerei, Defizit an Sozialgefühl (Distanz, Einmischung), gelegentlich aus Größenwahn heraus.

Manische Aggressionen wirken 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 fast nie zu längerfristig geplanten Aggressionshandlungen. Jedoch permanente Reizbarkeit (geringe Frustrationstoleranz) mit stark erhöhter Rivalitäts-Aggression.

Gefährlich ggf. bei leichtem Zugang zu Waffen oder entsprechend missbrauchbaren Gegenständen (Messer, Flaschen, Brieföffner usw. → Impulshandlungen). Gewaltentladungen vor allem bei alkoholischer Enthemmung (Rauferei, Kraftprotzerei).

## Depressionen

Vor allem bei „neurotischer“ oder mehrschichtiger (endo-reaktiver, endo-neurotischer) Depression. Dabei meist „unoffene“ Aggressionen, besonders gegen den Partner (Nörgeln, Stacheln, 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.

Besonders bei therapie-resistenten und damit chronischen Depressionen (die definitionsgemäß auf alle Behandlungsmaßnahmen nicht ansprechen), bei denen der zwischenmenschliche Kontakt durch Hostilität (Feindseligkeit), Appellations-Verhalten (klagsame Hilferufe) und psychosozialen Rückzug geprägt ist.

Schlussfolgerung: auf eine gespannte zwischenmenschliche Situation achten (besonders Partnerschafts- und Sexualbereich).

Die gefährlichste, aus einer Depression entspringende Gewalttat ist wohl der

**Erweiterte 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 Doppelsuizid bzw. Suizid mit vorangegangenen Mord. Kommt z. B. bei „endogener“ Depression vor, z. B. erweiterter Suizid einer depressiven Mutter mit Kind(ern).

*Charakteristika:* z. B. verheiratete Frauen im mittleren Lebensalter und aus intakter, aber hereditär belasteter Elternfamilie (erbliche Belastung mit Depression und Suizid): überwiegend normale Intelligenz, vorwiegend Mittelschicht, äußerlich konfliktfreie Ehe, sozial angepasst, als Hausfrau tätig, kaum durch dissoziale und aggressive Persönlichkeitszüge aufgefallen. – Beschwerdebild: wahnhaft Befürchtungen unvermeidbaren Übels oder drohenden Untergangs bzw. wahnhaft begründete Erlösungsvorstellungen. – Opfer: fast ausschließlich Angehörige der engeren Familie, meist unmündige Kinder, seltener Partner. Häufig im zweiten Teil des phasischen Verlaufs, wenn die psychomotorische Hemmung nachgelassen hat, das depressive Wahn- und Schulerleben aber noch anhält. Erhöhtes Risiko auch bis etwa ein halbes Jahr nach Entlassung aus stationärer Behandlung.

Immer häufiger aber offenbar auch ältere Männer mit schwer erkrankter Partnerin, die sich in subjektiv erlebter Hoffnungslosigkeit zum erweiterten Suizid entschließen. – Ebenfalls offenbar zunehmend Männer im mittleren Lebensalter, die in scheinbar wirtschaftlich aussichtsloser Lage aus Scham sich und einen Teil oder die ganze Familie töten.

## Suchtkrankheiten und andere Intoxikationen

Meist folgenschwere Enthemmung bei Rauschzuständen durch Alkohol, Rauschdrogen, ja sogar bestimmte Arzneimittel.

- Bei der **Alkoholkrankheit** finden sich oft folgende Besonderheiten: nüchtern eher überangepasst und aggressionsgehemmt; häufig stereotyp gleichartige Verhaltensweisen im Rausch (Vorgeschichte erfragen, was im gegebenen Fall auch in Zukunft zu erwarten sei); beim Entzug in der Regel angstgetönte Grundstimmung, bei delirantem Bild (s. dort) mehr oder weniger ungerichtete Aggressionshandlungen (ebenfalls meist ängstlich getönt).
- Bei der **Rauschdrogen-Abhängigkeit** führen die meisten Substanzen zu eher passivem, in sich gekehrtem Verhalten (z. B. Opiate). Ausnahmen sind antriebssteigernde Substanzen (z. B. missbrauchte Psychostimulanzien wie Amphetamine u. a.) sowie die bezüglich der Aggression am meisten gefürchteten Rauschdrogen Kokain, PCP u. ä., bei denen mit erheblichen fremd- und selbstgefährdenden Gewalttaten gerechnet werden muss. Hinsichtlich der Aggression uneinheitlich und von konstitutionellen und situativen Faktoren abhängig sind Halluzinogene (Haschisch/Marihuana, LSD, auch die chemisch ständig wechselnden Designer-Drogen, Party-Drogen).

Völlig unkalkulierbar ist die Mehrfachabhängigkeit (Polytoxikomanie), zumal ihr auch noch häufig eine Persönlichkeitsstörung zugrunde liegt. Die (statistisch) größte Gefahr ergibt sich aber wahrscheinlich aus dem Problem der jeweiligen

Entzugs-Situation mit entsprechender psychischer Symptomatik und der damit verbundenen Beschaffungskriminalität. Wichtig: Fremd-Anamnese!

- 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.).

Beispiele: Psychostimulanzien, Lithiumsalze, bestimmte Tranquilizer/Sedativa und Hypnotika (z. B. Antihistaminika, Benzodiazepine, 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), Antibiotika, vor allem Tuberkulostatika u. a. Meist handelt es sich dabei um eine eher dezente innere Unruhe und unterschwellige Aggressivität, aber während der in der Regel längerfristigen Medikation immer wieder ausbrechend. Entscheidend für die Diagnose ist das Daran-Denken.

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

## ANDERE 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:

- Behinderung (geistig: leichterer Intelligenzmangel; körperlich: Größe, Aussehen, Verkrüppelung), nicht zuletzt Behinderung im Sinnesbereich (Wut und Aggressivität statt Trauer über Erblindung oder Taubheit und damit Erschwerung des Umgebungs-Kontaktes).
- Gereiztheit bei Schmerzen (vor allem chronische: algogenes Psychosyndrom).
- Gereiztheit bei Schlafstörungen und damit Übermüdung, Leistungseinbruch u. a.
- Reaktion auf Versagen, Demütigung, Kränkung, Frustrationen, Spott usw.

- Eifersuchsreaktionen aus verschiedenen Gründen (Sexualität, sonstige Partnerprobleme, Alkoholismus).
- Wut über vermeintliche Kritik, z. B. bei schlechtem Gewissen (Alkohol, Delikte, Untreue u. a.).
- Psychogene Haftreaktion („Zuchthausknall“: blinde Zerstörungswut).
- „Neurotische“ Unausgeglichenheit (ohne dass sich daraus gleich eine ausgeprägtere „neurotische“ Störung ergeben muss).
- Sorgen-belastete Lebenslagen, spannungsreiche Beziehungen usw.

## **ANHANG: VERMINDERUNG BZW. HEMMUNG DER AGGRESSIVITÄT**

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

- habituell als *Persönlichkeits-Eigenart*: bei asthenischen, lahmen, passiven Menschen
- bei allen *körperlichen Leiden*, die schwächen
- *reaktiv* bei Kummer, Gram, Sorgen
- bei *organischen Psychosen mit Demenz*: gelegentlich (aber keineswegs immer - s. o.) im Rahmen einer allgemeinen Aktivitäts-Minderung auch Apathie und damit reduzierter Aggressionspegel
- bei *Depressionen*: hier fast immer eine Minderung der Aggressivität (Ausnahmen: s. o.) mit zermürbender Selbstkritik, Herabsetzung der eigenen Person und Leistung, mit Minderwertigkeitsgefühlen und Suizidgedanken. Allerdings kann diese Neigung zur „Selbstanklage und Selbstzerstörung“ auch eine durchaus fremd-aggressive Dimension annehmen, die u. U. noch mehr verletzt als offene Aggressionen (s. o.)
- bei *chronischer Schizophrenie* (so genannte Negativ-Schizophrenie): hier nicht selten passive, „lahme“, antriebslose, apathische, adynamische, willenlose, dann auch vielfach aggressionslose Patienten

## **EPIDEMIOLOGISCHE ASPEKTE ZUR AGGRESSIONS-GEFAHR PSYCHISCH KRANKER GEWALTTÄTER**

**Allgemeine Aspekte:** Männer überwiegen im Verhältnis 3:1. Alter meist zwischen 20 und 40 Jahren (wie früher(!) in der kriminellen, aber psychisch ge-



sunden Bevölkerung auch. In den letzten Jahren aber Verschiebung zu immer jüngeren Jahrgängen: Jugendalter!). Oft familiäre Belastung: Alkoholismus, aggressives Verhalten in der Herkunftsfamilie (vorwiegend bei geistig Behinderten) sowie zerrüttete Familienverhältnisse.

**Spezifische Aspekte:** In der Regel schon mehrere Jahre seelisch gestört und behandlungsbedürftig, bis es zur erstmaligen Tat kommt. Häufung der Gewalttaten statistisch innerhalb der ersten stationären Aufenthaltswoche und dann 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, insbesondere auch bei schizophrenen Psychosen.

**Häufigste Tatmotive:** Bei schizophrenen Psychosen und entsprechenden Hirnschädigungen meist wahnhaftes Motive. Bei geistig Behinderten nicht selten Bereicherung oder Verschleierung einer Straftat. Ferner Rache, Notwehr, Eifersucht.

**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 Pflegepersonal und Mitpatienten (in der Regel dokumentiert und deshalb in der Statistik häufiger erscheinend).

## EINSCHÄTZUNG DES AGGRESSIONSRISIKOS

- **Beurteilungskriterien für eine unmittelbar oder kurzfristig drohende Gewalttätigkeit**

**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 Verhalten; eigener Wunsch des Patienten nach Fixierung oder Isolierung; verbale Gewaltandrohung; gewalttätige Gestik; 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).

- **Beurteilungskriterien für mittelfristig drohende Gewalttätigkeit**

**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? Aggression nur gegen bestimmte Personen (Angehörige, geschlechtsspezifisch) oder ungerichtet?

**Suchtmittelmissbrauch in der Vorgeschichte:** Entzugssituation zu erwarten? Frühere Gewalttätigkeiten in berauschem Zustand? Art des Suchtmittels (Rauschdrogen, Medikamente, Alkohol); verkehrt in entsprechender „Szene“, hat Umgang mit mutmaßlichen Dealern? Beschaffungskriminalität?

**Organische Hirnschädigungen, neurologische und neuro-psychologische Auffälligkeiten:** aus Vorgeschichte bekannte oder aktuelle Hinweise für verminderte Steuerungsfähigkeit? Zusätzliche medizinische Beeinträchtigungen einer als demütigend empfundenen Behinderung? Epileptische Anfälle? Hinweise für 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 - s. dort)? 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:** 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 Therapie? Verfügbarkeit und Kompetenz der Bezugspersonen; deren eigene gute und schlechte Erfahrungen in ähnlicher Situation.

## **UNTERSUCHUNGSGANG: PRÄVENTIVE UND THERAPEUTISCHE MÖGLICHKEITEN**

Aggressionen 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**

*Akute* Gewalttätigkeit geht in der Regel mit einem aggressiven Erregungszustand einher: starke seelisch-körperliche Erregung (unruhiges Hin- und Herlaufen, Gestikulieren). Aber auch vorausgehende seelisch-körperliche Hemmung möglich mit vermehrter Anspannung (erhöhte Muskelspannung, z. B. gut sichtbar bei der Kau-Muskulatur, ferner generell angespannte Haltung, starre Mimik u. a.). Extremform: katatoner Stupor (s. dort). Ferner laute Beschimpfungen und Drohungen, aggressive Gesten (Fäuste ballen, auf Gegenstände schlagen) sowie vegetative Erregung (Schwitzen, Herzrasen, Hautrötung oder -blässe usw.).

*Vorkommen:* Praktisch bei allen seelischen Störungen möglich, vor allem aber bei akuten „endogenen“ und organischen Psychosen, Vergiftungszuständen (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:

**Sicherheitsaspekte:** 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). Zweiergespräche in separaten Räumen nur, wenn jegliches Risiko ausge-

geschlossen ist (Gefahr der Selbstüberschätzung, besonders beim Berufsanfänger, der überproportional häufig zum Verletzungsoffer wird).

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 schon früher zu 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 drohende 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 Behandlungsbereitschaft erwarten lassen: Stress, Erschöpfung, Schlaflosigkeit, Angst, Überforderung, „Durcheinander von Denken und Gefühlen“. Vor allem „Ungerechtigkeiten“, „Gemeinheiten“, „Bedrohungen“ usw. ernst nehmen, die der Patient beklagt.

Verständnis signalisieren. 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 und sicherer 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 selbst Angst bereiten können). Sind Zwangsmaßnahmen notwendig, dann diese freundlich, 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. Notfalls Injektion (i.v., nicht immer i.m.), wirkt am schnellsten, ist aber auch am demütigendsten (= „Niederspritzen“). Günstig: Kombination aus hoch- und niederpotenten Neuroleptika oder Benzodiazepin-Tranquilizern in flüssiger Form.

Einzelheiten siehe das Kapitel *Pharmakotherapie bei aggressivem Verhalten* von T. Steinert in G. Walter u. Mitarb. (Hrsg.): *Aggression und Aggressionsmanagement – Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe*, Verlag Hans Huber, Bern 2012.

### **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 und Milieuschädigung. Häufig persönlichkeitspezifisch gleichförmige und in entsprechenden Situationen immer wiederkehrende Reaktionsmuster. Charakteristischerweise unerwartete, selbst für den Kranken unkontrollierbare Impuls-Durchbrüche (z. B. auch bei überkontrollierten und aggressionsgehemmten Patienten) sowie durch Lernerfahrungen 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 funktionstüchtiges!) Ruf- und Alarmsystem (tägliche Kontrolle); ggf. Selbstverteidigungskurse für Personal (nur sinnvoll bei gleichzeitiger Kommunikationsschulung, da sonst Gefahr von Provokationen und Demonstrationen der Stärke). Begrenzte Zahl chronisch gewalttätiger Patienten auf einer Station (Spezialstationen 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 Behandlungs-Team); intensive Diskussion solcher Vorfälle (Bearbeitung von Verdrängungs-Mechanismen); 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: Einzelsportarten, gruppentypische Normen („Ehrenwort“) usw.; bei überkontrollierten Patienten Einüben nicht-gewalttätiger aggressiver Äußerungsformen (z. B. körperorientierte Therapieverfahren, Mannschaftssportarten); bei geistig Behinderten körperorientierte 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:** hoch-, mittel- und niederpotente Neuroleptika (am wirksamsten: Clozapin). Ggf. zeitweise Tranquilizer vom Benzodiazepin-Typ, in flüssiger Form effektiver. In Einzelfällen Langzeitbehandlung mit Lithiumsalzen, Carbamazepin u. a. Weitere Einzelheiten siehe T. Steinert (Literatur-Verzeichnis).

### **Zusammenfassung: Prävention von Gewalt in der psychiatrischen Klinik**

- adäquate Pharmakotherapie
- adäquater (psycho-)therapeutischer Umgang mit dem Patienten seitens aller Mitarbeiter (setzt entsprechende Aus-, Weiter- und Fortbildung voraus)
- adäquates Stationsmilieu:
  - ansprechende funktionale Architektur und Ausstattung
  - Verteilung statt Konzentration potentiell gewalttätiger Patienten
  - Errichtung einer „sozialen Norm gegen Gewalt“
  - partnerschaftliche Behandlung des Patienten mit möglichst weitgehenden und vielfältigen Mitbestimmungs-Möglichkeiten
  - kooperativer Führungsstil im Team
- klare interne Sicherheits-Standards und Absprachen über das Vorgehen im Krisenfall
- Mitarbeiter-Schulungen (multiprofessionell) zur Erarbeitung und Umsetzung klinik-interner Standards im obigen Sinne

## LITERATUR

Umfassendes Angebot an Fach-Literatur zu den erwähnten Störungen. Ein ausführlicher Überblick in der letzten Ausgabe dieser Serie.

Grundlage vorliegender Ausführungen aber sind die Fachbücher:

*C. Scharfetter: **Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung.** 6. Auflage. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2010*

sowie

*T. Steinert: **Aggression bei psychisch Kranken.** Enke-Verlag, Stuttgart 1995*

*T. Steinert: **Aggression und Gewalt bei Schizophrenie.** Waxmann-Verlag, Münster 1998*

*T. Steinert: **Pharmakotherapie bei aggressivem Verhalten.** In: G. Walter u. Mitarb. (Hrsg.): Aggression und Aggressionsmanagement. Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. Verlag Hans Huber, Bern 2012*

Weitere Hinweise in den entsprechenden Kapiteln von

[www.psychosoziale-gesundheit.net](http://www.psychosoziale-gesundheit.net)