

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

AGGRESSION, GEWALT UND PSYCHISCHE STÖRUNG (1)

Teil 1: Allgemeine Aspekte

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 in zwei Teilen eine komprimierte Übersicht zu: Begriff und Definitionen, neuere Erkenntnisse, Häufigkeit, spezifische Aspekte wie Vorhersagekriterien, 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, wahnhaftige 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, raumfordernde oder infektiöse Hirn-Prozesse usw.

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, vor allem bei häuslicher Gewalt, ferner 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, nicht zuletzt bei häuslicher Gewalt – 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 im 1. Teil eine thematisch begrenzte Übersicht mit Schwerpunkt auf alltagsrelevante 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 nachvollziehbar. 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 fundiert 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 22.

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 mehrschichtig 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 Gewalttaten in psychiatrischen Krankenhäusern kein Hinweis darauf, dass das männ-

liche 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, tötlich aggressives Verhalten und sacherstörerisches 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 effizienter 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 zermürend, 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[®] / 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, wengleich 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:

Ursachen aggressiven Verhaltens (Auswahl)*	
Psychologisch	Auftreten
(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
Biologisch	
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)
Psychopathologisch	
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
Toxisch	
Alkohol	sehr häufig
erregende Drogen	Kokain, Amphetamine, Crystal Meth u. a.
Medikamente (einschl. Nebenwirkungen)	z. B. Akathisie bei Neuroleptika
Sozial	
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.

Die Entstehung aggressiver Impulse und ihre Verarbeitung*			
Entstehung der aggressiven Impulse	gesunde Verarbeitung	Verarbeitung bei pathologisch gesteigerter Aggressionsbereitschaft	Verarbeitung bei pathologisch gehemmter Aggressionsbereitschaft
1. Frustration	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)
2. Lernen aus Erfahrung	„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
3. Lernen am Modell	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 Erziehungsidealien)	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-Revoluten 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 wetterfühliger, 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.

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 Gedächtnis-Inhalten. 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 usf. 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 (EGG) 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 zermürender 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 überwiegende 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 demütigend 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, Einnahmeverlässlichkeit 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 freigehalten (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); inten-

sive 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*.

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).

ANHANG: HÄUSLICHE GEWALT – ERKENNEN UND HANDELN

Wer die Tagespresse aufmerksam studiert, den beschleicht ein ungutes Gefühl, wenn bzw. weil er von wachsender Aggressivität und Gewalt im Alltag liest; vor allem wenn der inzwischen meist kurze Text mit dem Satz endet: „... und musste in eine dafür zuständige Klinik eingeliefert werden“. Manchmal wird die Information auch deutlicher, wenn von „seelischen Problemen“ die Rede ist.

Nun soll aber gerade in diesem Zusammenhang noch einmal daran erinnert werden, dass die überwiegende Mehrzahl entsprechender zwischenmenschlicher Auswüchse nicht auf seelische Störungen zurückgeht. Es darf, es kann, es soll aber auch nicht verschwiegen werden, dass psychische Beeinträchtigungen, vor

allem Reizbarkeit, Aggressivität und ggf. gewalttätige Durchbrüche ebenfalls zunehmen. Auf jeden Fall nimmt der Respekt vor den anderen ab. Diese folgenschwere Entwicklung in unserer Zeit und Gesellschaft kann jeder bestätigen: nicht nur „Nachtschwärmer“ in entsprechenden Lokalitäten oder auf dem Heimweg (wobei in der Regel beide Seiten nicht nüchtern geblieben sind), sondern vor allem Lehrer, Behörden, ja sogar Ordnungskräfte, Rettungsdienste, medizinisches Personal und Ärzte. Der Alltag ist geprägt von Unduldsamkeit, Reizbarkeit, ganz offenbar auch von Gewaltbereitschaft und damit krimineller Energie. Das geht von nonverbalen bis zu tätlichen Beleidigung, Drohungen, ja Anrempelungen, wenn nicht gar Beißen, Bespucken, Demolieren oder gar Schläge, meist ungezielt, aber auch gnadenlos direkt.

Über die Ursachen wird kontrovers diskutiert. Die einen sehen sie vor allem in den Medien, besonders Facebook und Co., im Fernsehen und Internet, in zahlreichen Video- und Computerspielen – von der digitalen Attacke bis zur direkten körperlichen Konfrontation. Kein Wunder, dass sich ein nicht geringer Teil unserer (vor allem jüngeren) Bevölkerung hier in negative Lern-Effekte einsaugen lässt und im Alltag den Unterschied zwischen virtuellem Raum und Realität nicht mehr auseinanderhalten kann. Dies insbesondere unter Substanzen, die Klarheit und Willen schwächen. Dreistes unethisches Verhalten gerät dann auch leichter in eine verhängnisvolle Vorbild-Funktion und zieht Nachahmer an.

Nun gibt es – wie schon statistisch differenziert dargestellt – nicht wenige Mitbürger, die sich gesundheitlich in einer Ausnahme-Situation befinden. Das betrifft körperlich beeinträchtigte, vor allem aber in ihrer seelischen und geistigen Gesundheit bedrohte oder bereits erkrankte Menschen. Hier ist die zwischenmenschliche Toleranz rascher erschöpft als in stabilem psycho-physischem Zustand. Sie sind schneller besorgt, verunsichert, gestresst, ja aufgewühlt, gereizt, schließlich aggressiv und nah an gewalttätigen Reaktionen. Das geht schon bei rein organisch Belasteten oder gar Erkrankten so und nimmt im seelischen und damit psychosozialen Bereich noch an Brisanz zu. Kein Wunder, dass sich im derzeitigen Interessen- und Informations-Spektrum die zumindest theoretische, auf jeden Fall nicht fachlich gestützte Verbindung von „Gewalt und seelischer Störung“ immer öfter in den Vordergrund drängt. Und zwar nicht nur in den Medien (die sich in letzter Zeit in dieser Hinsicht vermehrt eine redaktionelle Zurückhaltung auferlegen), sondern auch im zwischenmenschlichen Alltag: beunruhigt, ja furcht-getrieben und damit rasch bei entsprechenden Verdächtigungen, Vorhaltungen, Unterstellungen, Kommentaren und Empfehlungen zur „Abhilfe“. Deshalb ist es besonders wichtig, solchen irrationalen Vorurteilen und damit scheinbar zwingenden Konsequenzen fachlich aufklärend zu begegnen. Dies wäre die Aufgabe der dafür zuständigen medizinischen Disziplin, nämlich die Psychiatrie. Und die nimmt sowohl diese gesellschaftliche Entwicklung als auch die sich daraus ergebenden diagnostischen, therapeutischen und vor allem präventiven Schlussfolgerungen durchaus ernst. Das zeigt sich nicht zuletzt darin, dass für den zuständigen bzw. ggf. betroffenen Fachbereich immer mehr spezielle Bücher auf dem Markt kommen, die inzwischen nicht umsonst die 3. oder gar 4. Auflage erreicht haben. Zwei davon, die sich auch besonderen (Notfall-)Situ-

tionen widmen, heißen *Akutpsychiatrie – Das Notfall-Manual* von P. Neu (Hrsg.) im Schattauer-Verlag, Stuttgart 2017 sowie *Notfall Seele – Ambulante Notfall- und Krisenintervention in der Psychiatrie und Psychotherapie* von M. Rupp im Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2017.

Nachfolgend aus jedem der beiden Fachbücher einige praxis-relevante Hinweise und konkrete Empfehlungen zu Prävention, Diagnose und Therapie in kritischen Fällen von *häuslicher Gewalt*. Im Einzelnen nach P. Neu (2017):

Rund 25 % der Frauen in Deutschland (weltweit zwischen 15 und 70 %, so die WHO 2013) sollen körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch einen Partner oder Expartner erlebt haben. Ca. zwei Drittel davon sind durch mehrmalige und schwere bis sehr schwere Gewalthandlungen betroffen, d. h. äußere Verletzungen, davon 40 % wahrscheinlich schwer. Jede 6. Frau soll in ihrer Partnerschaft von psychischer Gewalt in anhaltender und stärker ausgeprägter Form beeinträchtigt sein: zumeist entsprechende verhaltens- und verbal-psychische Aggressionen, Demütigungen, sexuelle Übergriffe, Bedrohung und Einschüchterung, nicht zuletzt aus extremer Eifersucht oder krankhaftem Kontrollbedürfnis heraus.

Auch Männer erleben Gewalt, doch gibt es dazu weniger systematische Untersuchungen (Scham?). Nachfolgende Stichworte beziehen sich deshalb auf *Gewalt an Frauen*:

Die gesundheitlichen Konsequenzen häuslicher Gewalt werden im medizinischen Versorgungsbereich häufig nicht als solche erkannt, zumindest in ihrer Schwere unterschätzt. Das betrifft neben Verletzungen, die sich eindeutiger zuordnen lassen, insbesondere verschiedene gynäkologische Beschwerden, Schmerz-Syndrome, Magen-Darm- sowie neurologische Auffälligkeiten. In psychologischer Hinsicht sind es vor allem posttraumatische Belastungsstörungen (rund 60 %), Depressionen (ca. 50 %) sowie Angstsymptome, Missbrauch/Abhängigkeit von Alkohol oder anderen Suchtmitteln, Schwierigkeiten bei Alltagsbewältigung, relevante berufliche Beeinträchtigungen und schließlich Suizidalität. Das Schädigungspotential in psychosozialer Hinsicht ist auf jeden Fall folgeschwer.

Rechtzeitiges Erkennen und richtiges Handeln

Was empfiehlt sich nun zum rechtzeitigen Erkennen und richtigen Handeln in solchen potentiellen Gefahren-Situationen?

Als Erstes das konkrete *Erfragen von häuslicher Gewalt und gezielte Aufklärung der Betroffenen*.

Das Problem: Frauen sprechen von sich aus kaum über Gewalterfahrungen aufgrund von Scham- und Schuldgefühlen oder der Angst, nicht ernstgenommen zu werden. Und das zweite Problem, das noch wichtiger wäre: Weniger als 10 % der Betroffenen werden überhaupt jemals von einem Arzt nach häuslicher Ge-

walt befragt. Dabei gibt es einige Hinweise, die in der Regel rasch und treffsicher auf die richtige Spur bringen. Beispiele:

- Verletzungen an Gesicht, Hals, Brust, Unterarmen u. a., die sich wiederholen, unterschiedliche Heilungsstadien aufweisen und nicht überzeugend erklärt werden können oder wollen
- Fortlaufende gemütsmäßige/psychische Probleme wie Stress, Angst, Depressionen u. a.
- Missbrauch/Abhängigkeit von Alkohol, Drogen und Beruhigungsmitteln
- Gedanken, Pläne oder Taten von Selbstverletzungen oder (versuchtem) Suizid
- Wiederholtes Auftreten sexuell übertragbarer Infektionen und ungewollte Schwangerschaften
- Unerklärliche (und vom Betreffenden unerklärte?) chronische Schmerzen oder körperliche Beschwerden. Beispiele: Genital-Becken-Bereich, Nieren- und Blaseninfektionen, Magen-Darm-Probleme, Kopfschmerzen usf.
- Wiederholte Konsultationen ohne eindeutige Befunde

Doch schon das vorsichtige Ansprechen von Gewalterfahrung, vor allem durch den (Ex-)Partner, ist nicht ohne Probleme, verstärkt natürlich bei sprach- und kultur-fremder Umgebung. Das setzt nicht nur Fachwissen, sondern auch Einfühlungsvermögen und eine zwischenmenschliche Situation voraus, die nicht durch äußere Beeinträchtigungen jeglicher Art belastet ist. Beispiele:

Insistierende Fragen sollten vermieden werden. Jede 3. Betroffene hat bereits in ihrer Kindheit Gewalt oder Missbrauch erlebt. Man sollte deshalb auf dieses Thema erst einmal verzichten. Hilfreich ist dafür die Information, dass häusliche Gewalt häufig ist und in *allen* Gesellschaftsschichten, Kulturen und Religionen vorkommt und dass die Verantwortung dafür allein bei der gewalt-ausübenden Person liegt. Es ist also nicht das irrtümlich selbstbezogene, d. h. selbst zu verantwortende Fehlverhalten, wie nicht selten schuldbewusst angeführt wird.

Leider ist es auch unwahrscheinlich, dass die Partner-Gewalt von alleine aufhört. Im Gegenteil, sie kann immer heftiger und damit folgenreicher werden und öfter vorkommen. Dies insbesondere bei Alkohol- und/oder Drogen-Konsumenten, leider sogar noch nach durchaus erfolgreicher Entzugsbehandlung und Abstinenz.

Und dies alles bei den Opfern mit einem breiten Spektrum quälender und miteinander widersprüchlicher Gefühle. Beispiele: Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Gefühl von Kontrollverlust, Angst, Schuld, Scham und Selbstvorwürfe, Stimmungsschwankungen, Taubheitsgefühle, Wut und Reizbarkeit u. a.

Viele Frauen sind auch so eingeschüchtert, irritiert und hilflos, dass man selbst hart getroffenen Opfern direkte Fragen nach unterschiedlich erlittenen Formen von Gewalt stellen muss. Dazu einige Beispiele aus dem entsprechenden Kapitel der *Akutpsychiatrie* (2017):

- *Körperliche Gewalt*: schubsen, treten, schütteln, beißen, kratzen, schlagen, einsperren, fesseln, mit einer Waffe bedrohen oder verletzen?
- *Sexuelle Gewalt*: Erzwingen von Sex ohne Verhütung oder Schutz vor einer Infektion, Zufügen von Schmerzen während des sexuellen Aktes ohne Absprache, sexuelle Nötigung bis zur Vergewaltigung u. ä.
- *Emotionale/psychische Gewalt*: herabgesetzt, beschimpft, gedemütigt, lächerlich gemacht, bedroht, nicht nur was die eigene Unversehrtheit, sondern auch wichtige sonstige Aspekte oder gar die Kinder betrifft.
- *Ökonomische und soziale Gewalt*: extreme Eifersucht mit Vorwürfen zur Untreue. Beispiele: will immer wissen wo die Partnerin ist; versucht sozial zu isolieren, d. h. Freunde oder die eigene Familie zu treffen, ja zur Arbeit zu gehen, Geld zu verdienen, das Haus zu verlassen etc.

Wie lässt sich ein mehr oder weniger unmittelbares Gewalt-Risiko zuhause einschätzen?

Zur Frage der Risiko-Einschätzung folgende Empfehlungen:

Frauen, die mindestens drei der folgenden Fragen bejahen, sind möglicherweise besonders hoch und unmittelbar von Gewalt bedroht:

- Ist die körperliche/sexuelle Gewalt in den letzten 6 Monaten öfter vorgekommen oder schlimmer geworden?
- Hat der Partner jemals eine Waffe benutzt oder mit einer Waffe bedroht?
- Hat er jemals versucht, zu strangulieren oder zu (er-)würgen?
- Glaubt die Betroffene, er könnte sie umbringen?
- Hat er jemals zugeschlagen, als sein Opfer schwanger war?
- Ist er heftig und ständig eifersüchtig?

Auch in dem Fachbuch *Notfall Seele – Ambulante Notfall- und Krisenintervention in der Psychiatrie und Psychotherapie* von Manuel Rupp geht es um die Frage: Wie lässt sich häusliche Gewalt möglichst schnell erkennen sowie konsequent und damit erfolgreich unterbinden? Dazu auch hier eine kurz gefasste Übersicht:

Meist sind es Angehörige oder Nachbarn, die Schutz vor Gewalttätigkeit und entsprechenden Beistand in einer Konflikt-Situation erwarten. Das betrifft an erster Stelle die Polizei, die sich aber ggf. um weitere psychosoziale oder psychiatrische Hilfe bemühen muss.

Dabei geht es schon am Telefon um erste Hinweise, um das Sicherheits-Risiko für alle Beteiligten, einschließlich Notfallhelfer abzuschätzen. Folgende Punkte können für die Abklärung hilfreich sein:

Wer ist am Konflikt beteiligt, was ist der Anlass, wo liegen die Hauptbefürchtungen? Ferner: Gibt es Hinweise auf Kontrollverlust (Alkohol, Drogen, Erschöpfung, psychische Krankheit)? Gab es schon ähnliche Vorfälle und was hat man damals unternommen? Sind Kinder oder Nachbarn betroffen? Und nicht zuletzt: Sind nicht nur Alkohol oder Drogen, sondern ggf. Waffen im Spiel?

Verhaltens-Empfehlungen am Tatort

Wichtig auch die Empfehlungen zur Überbrückung von Wartezeit, zur Begrüßungs-Intervention, zur Gestaltung des Treffens selber. Stichwort: Konflikte ohne oder mit Bedrohung und Gewalttätigkeit, was tun bei Beschimpfungen, Beleidigungen, bei unberechenbaren und gewaltbereiten Patienten, im Rausch und bei verwirrt-wahnhaften Kranken? Schließlich kann man konflikt-lösende Gespräche nur mit Gesprächsfähigen und Gesprächsbereiten führen. Sehr hilfreich die entsprechenden Regie-Anweisungen („Tapeten-Wechsel“, „Aufmerksamkeit verschieben“, „Distanz-Tricks“ u. a.).

Dann die Empfehlungen für die psychosoziale Einschätzung vor Ort: Rollenverteilung in der Familie, Fraktionen, versteckte Koalitionen, „Helfer“, „Vermittler“, „Außenseiter“, „Sündenböcke“, „Unterdrücker“, „Opfer“ oder „Täter“ u.a.m. Wichtig auch die Impulskontrolle (wer hat sich wie im Griff – oder auch nicht), wie steht es mit der familiären Kommunikations-Kultur oder gar dem Ausmaß von Zermürbung und Zerrüttung?

In der Abklärungsphase geht es um die Gesprächsführung, sprich: Kommunikation oder Konfrontation? Lassen sich Gesprächs-Spielregeln ohne Gewalt-Androhung durchsetzen? Dazu einige Empfehlungen: angemessener Tonfall, keine zynischen Bemerkungen oder gar Beschimpfungen, persönliche Interpretationen möglich, aber als solche deklariert, nicht unterbrechen, sondern geduldig ausreden lassen, sich angemessen kurz halten und nicht ständig von einem Thema zum anderen springen. Dazu einige Strategien zum „nervenden“ monologisierenden Gesprächsverhalten einzelner Beteiligter.

Schwierig auch die Frage: Wie gehe ich mit vieldeutigen oder manipulativen Äußerungen des Angesprochenen um? Beispiele: andauernd schweigen, ohne erkennbaren Anlass lachen oder weinen, zum Fenster hinausschauen, mysteriös

lächeln, plötzlich auf und abgehen etc. Und natürlich die Gefahr direkter Aggressionen, d. h. von dauerndem Unterbrechen über Beschimpfungen bis zu verletzendem Verhalten.

Schließlich der Versuch einer konkreten Abklärung mit ergänzenden sachbezogenen Fragen, z. B. Beziehungsnetz, Aufgabenteilung in der Familie, soziale Situation und Notfallereignis mit oder ohne Auslöser wie Alkohol und Drogen.

Zuletzt, d. h. wenn aus der Situation vertretbar, nach Gewalt-Absichten forschen, weil damit der Ernst der Lage deutlich wird von latenten Konflikten, wachsender Spannung, zunehmenden Eskalationen und Grenzüberschreitungen bis zu Feindseligkeit, Aggressivität, Hass und Gewaltbereitschaft.

Abschließende Beurteilung

Bei der abschließenden Beurteilung geht es vor allem um die letzten Stufen, d. h. welche sind die Risikofaktoren für eine unmittelbar drohende Gewaltgefahr? Das klärt sich aus vorangegangenen Gewaltausbrüchen, früheren Gewalttaten, Häufung schwerer Verkehrsunfälle u. a. Ferner aus sozialen Kränkungen, Verstrickungen, schließlich auch biografischen Risikofaktoren und Persönlichkeits-Eigentümlichkeiten. Und natürlich auch hier: Alkohol-, Drogen- und Tabletten-Missbrauch, ggf. aber auch chronische oder akute hirnorganische Beeinträchtigungen, also gewalt-riskante Krankheiten und konstitutionelle Beeinträchtigungen mit vielleicht bis dahin noch fehlender sozialer Kontrolle (Sanktionen, Grenzverletzungen, gewalttätiges Milieu u. a.).

Ganz besondere Vorsicht bei subjektiv empfundener Chancenlosigkeit („Ich habe ohnehin nichts mehr zu verlieren“). Ähnliches bei sich immer konkreter abzeichnenden Gewalt-Plänen („Ich kenne den Heimweg Deiner Kinder“). Oder bewusste Schädigungs-Absicht des potentiellen Opfers („verdient es“). Und schließlich die Gleichgültigkeit bezüglich drohender Konsequenzen („Mir ist es egal, wenn ich ins Gefängnis komme“).

Notfallbetreuung von Tätern?

Ein weiteres Problem ist die *Notfallbetreuung von Tätern*, denn auch das kann sich ergeben, und zwar nicht selten. Denn außer bei bestimmten psychischen Krankheitsbildern stehen nüchterne Täter mit erhaltenem Realitätsbezug und intakter Hirnfunktion nach einem plötzlichen Durchbruch von Gewalttätigkeit häufig selber unter einer Art Schock. Sie wiederholen innerlich den Tatvorgang und begreifen nicht, weshalb sie – in einer emotional stark aufgeladenen Konfliktsituation – derart „ausgerastet sind“. Doch dieses „Nicht-richtig-verstehen-Können“ ist Zeichen eines wiedergewonnenen Realitätsbezugs. Im Moment der Tat werden wichtige Impulse (z. B. die Einfühlung in das Opfer) ausgeblendet bis hin zur psychose-nahen Verkennung. Danach kommt der „Schock“ („Ich?“).

Bei Wiederholungstätern, die misshandeln und missbrauchen, stellt sich das aber anders dar. Hier wird die Tat häufig abgestritten oder bagatellisiert. Nicht selten wird versucht, das Opfer zum Täter zu machen (Stichwort: „unglaubliche Tatsachen-Verdrehungen“). Bei einsichtigen Tätern empfehlen sich entsprechende Vorschläge wie „Unrecht eingestehen, Sühne, Selbstanzeige, keine persönliche Verurteilung, Grenzsetzung“ u. a.

Dies als Auszug einiger nützlicher Hinweise zum Thema „häusliche Gewalt“ (aber auch sonst hilfreich nutzbar) durch die beiden bewährten Fachbücher von P. Neu über Akutpsychiatrie und M. Rupp zum Thema Notfall Seele.

KURZE ZUSAMMENFASSUNG EPIDEMIOLOGISCHER ASPEKTE ZUR AGGRESSIONS-GEFAHR PSYCHISCH KRANKER GEWALTTÄTER

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 Be-

reicherung 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 für den Teil 1 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. Höhfeld:* **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
- Bröckling, 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

Guggel, 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, Lenigerich 2008

Hacker F.: **Aggression. Die zunehmende Brutalisierung unserer Welt.** Econ-Verlag, Düsseldorf-Wien 1985

Hampel, R., H. Selg: **FAF – Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren.** 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 Gewaltforschung.** 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 Berücksichtigung der Komorbidität zwischen Angst und Depressionen und Aggression und Depression.** Diplomarbeit, GERIN, München 2000

Herpirtz, S.: **Impulsivität und Persönlichkeit: Zum Problem der Impulskontrollstörungen.** 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

Hipler, J. u. Mitarb.: **Krieg, Repression, Terrorismus.** Institut für Auslandsbeziehungen, 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

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

Krüber, 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.: **Akupsychiatrie**. 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

Spröber, 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

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