

## PSYCHIATRIE HEUTE

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

Prof. Dr. med. Volker Faust

*Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit*

## AGGRESSION, GEWALT UND PSYCHISCHE STÖRUNG (2)

### Teil 2: Spezielle Krankheitsbilder

Aggressionen und Gewaltbereitschaft nehmen zu. Diesen Eindruck muss man gewinnen, wenn man die täglichen Nachrichten verfolgt. Und es scheint so, als ob es stimme - leider. Da drängen sich viele Fragen auf: politische, gesellschaftliche, alltags-psychologische, kriminologische - und offenbar sogar psychiatrische. Gemeint ist die Frage, die immer wieder ungeklärt durchscheint: Stehen hinter den unfassbaren Gewalttaten mit z. T. entsetzlichen Folgen auch psychische Störungen? Konkrete Antworten gibt es zumeist nicht und Verdachts-Diagnosen ohne fachärztliche Untersuchungs-Möglichkeit bringen auch nicht weiter. Man kann es aber auch nicht einfach übergehen.

Deshalb in Ergänzung zu Teil 1 nachfolgende Übersicht mit begrenzter Auswahl und der Frage: Welche seelischen Störungen bzw. konkrete psychiatrische Krankheitsbilder können ggf. mit scheinbar unerklärlichen Gewalttaten in Verbindung gebracht werden? Was muss man wissen bzw. was bietet die Medizin im Allgemeinen und die Psychiatrie, insbesondere die Forensische Psychiatrie im Speziellen dazu an möglichen Erklärungen; natürlich nur individuell und nach ausführlicher fachärztlicher Untersuchung?

#### Erwähnte Fachbegriffe:

Aggression und psychische Störung – Gewalt und psychische Störung – schwere Gewalttaten und psychische Störung – schizophrene Psychose – Schizophrenie, Alter und Gewalttaten-Risiko – Schizophrenie, Geschlecht und Gewalttaten-Risiko – Schizophrenie, Suchtmittelmissbrauch und Gewalttaten-Risiko – Verfolgungswahn und Gewalttaten-Risiko – katatone Erregungszustände und Gewalttaten-Risiko – Raptus und Gewalttaten-Risiko – akute Psychose mit Erregungszuständen – psychotische Angst – Verfolgungswahn – Beeinträchtigungswahn – Wahnsystem und Gewalttat – wahnhafte Missdeutung – wahnhafte Fremdsteuerung – akustische Halluzinationen und Gewalttaten-Risiko – Gewalttaten-Opfer durch schizophrene Aggressionen – Beruf

und Gewalttaten-Opfer – Paranoia – Paraphrenie – sensitiver Beziehungswahn – Liebeswahn – Größenwahn – Eifersuchtswahn – Verfolgungswahn – geistige Behinderung und Gewalttaten-Risiko – Intelligenzmangel und Gewalttaten-Risiko – hirnorganische Beeinträchtigungen und Gewalttaten-Risiko – Demenz und Gewalttaten-Risiko – akute hirnorganische Erkrankung und Gewalttaten-Risiko – Schädel-Hirn-Trauma und Gewalttaten-Risiko – hirnlokales Psychosyndrom – endokrines Psychosyndrom – Gehirn-Blutung – Enzephalitis – Meningitis – postenzephalitischer Parkinsonismus – hirnorganische Persönlichkeitsänderung – Persönlichkeitsstörung und Gewalt-Risiko – Psychopathie und Gewalt-Risiko – dissoziale Persönlichkeitsstörung – antisoziale Persönlichkeitsstörung – asoziale Persönlichkeitsstörung – paranoide (wahnhaft) Persönlichkeitsstörung – schizoide Persönlichkeitsstörung – schizotypische Persönlichkeitsstörung – Borderline-Persönlichkeitsstörung – Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS/ADS) – Manie – manisch-depressive Psychose – Depressionen und Gewalttaten-Risiko – bipolare Depression – depressive Verstimmung und Gewalttaten-Risiko – Homizid – Homizid-Suizid – Mitnahme-Suizid – erweiterter Suizid – Männer-Depression – Suchtkrankheit und Gewalttaten-Risiko – Alkoholkrankheit – Alkoholmissbrauch – Alkoholisierung – Rauschdrogen-Abhängigkeit und Gewalttaten-Risiko – Haschisch – Marihuana – Halluzinogene – Weckmittel – Stimulanzen – Psychoanaleptika – Psychotonika – Crystal Meth – Kokain – Crack – synthetische Cannabinoide – „Spice“ – synthetische Cathinone – Bath Salts – Horror-Trip – Bad-Trip – Echo-Psychose – Mehrfach-Abhängigkeit – Polytoxikomanie – Arzneimittel und Gewalttaten-Risiko – nicht stoff-gebundene Suchtkrankheiten und Gewalttaten-Risiko – Behinderung und Gewalttaten-Risiko – Schlafstörungen und Gewalttaten-Risiko – Alpträume – Pavor nocturnus – Schlafwandeln – Verhaltensstörungen im Schlaf – Haftreaktion – pathologischer Rausch – Amok – Selbstmord-Attentate – Radikalisierung und Gewalttaten-Risiko – Sadismus und Gewalttaten-Risiko – Stalking und Gewalttaten-Risiko – Schädel-Hirn-Trauma und Gewalttaten-Risiko – Hirn-Tumor und Gewalttaten-Risiko – Epilepsie und Gewalttaten-Risiko – Posttraumatische Belastungsstörung und Gewalttaten-Risiko – Beziehungstater – Tötungsdelikte und Partnerschaft – Gewalt in Vollzugsanstalten – Gewalt unter Inhaftierten – Narzissmus als Gewalttaten-Risiko – narzisstische Persönlichkeitsstörung – narzisstische Wesensart – bössartiger Narzissmus – Fanatismus – fanatische Persönlichkeitsstörung – u. a. m.

## ALLGEMEINE ASPEKTE

Aggressionen und Gewaltbereitschaft in den Medien - täglich. D. h. unerklärliche Attacken mit Lebensgefahr für ein überraschtes und fassungsloses Umfeld, gezielter Terror, verheerende Amokläufe, Suizid-Attentate, kurz: unfassbare Gewalttaten mit entsetzlichen Folgen.

Aber auch im scheinbar weniger dramatischen Alltag nimmt der zwischenmenschliche Respekt ab und nehmen Reizbarkeit und Aggressionen zu. Diese folgenschwere Entwicklung in unserer Zeit und Gesellschaft kann jeder bestätigen, nicht nur Politessen, Zugbegleiter, Behörden (z. B. Arbeitsagentur), ja sogar Polizei, Rettungsdienste, medizinisches Personal und Ärzte (insbesondere in Notaufnahme) und - unfassbar - im Gerichtssaal. Der Alltag ist geprägt von Unduldsamkeit, Reizbarkeit, ganz offenbar auch von latenter und schließlich durchbrechender Gewalt-Bereitschaft und damit wachsender krimineller Energie. Das geht von nonverbalen Bedrohungs-Gesten bis zu Beleidigungen, konkreten Drohungen, Pöbeleien, Anrempelungen, Bissen, Bespuckungen, sexuellen Belästigungen, Demolieren oder gar Schlägen, wenn nicht gezieltem Zustechen oder Schusswaffen-Gebrauch. Und als technische Krönung die inzwischen allseits ausufernden digitalen Attacken über Mail und Internet.

Kein Wunder, die Opfer müssen sich vorsehen - und wappnen, wenn scheinbar ganz normale Bürger ihrem Frust und ihrer Wut hemmungslos freien Lauf lassen. Das geht von entsprechenden Unterweisungen, Kursen und Seminaren bis zu Notruf-Tastenkombinationen am PC in entsprechenden Ämtern und schließlich durch die Security-gesicherten Ein- und Ausgänge. Und natürlich den verstärkten Einsatz von eigenen Sicherheitskräften für Kaufhäuser, Behörden, Bahn, Gerichtssäle usw. Die Frage lautet: Was kommt noch alles auf uns zu und was muss man noch alles dagegen technisch und personell aufwenden?

Über die Ursachen wird kontrovers diskutiert. Die einen sehen sie in den Medien, von Social Media über Fernsehen bis zum Internet, nicht zuletzt auch in grenzwertigen Video- und Computerspielen, die bisweilen die Gewalt-Themen förmlich gepachtet haben. Und dass sich im Fernsehen täglich mehrere Krimi-Serien anbieten, und zwar mit wachsendem Interesse allseits, fällt auch schon niemanden mehr auf. Kein Wunder, dass sich ein nicht geringer Teil unserer (vor allem jüngeren?) Bevölkerung hier in negative Lern-Erfahrungen einspannen lässt; und im Alltag den Unterschied von virtuellem Raum und Realität nicht mehr auseinanderhalten kann. Und dies nicht zuletzt unter dem Intoxikations-Einfluss alt-bekannter sowie immer häufiger neuer und damit unkalkulierbarer Substanzen, die Klarsicht und Willen schwächen und nach der Ausnüchterung einen ratlosen Täter hinterlassen.

Da drängen sich viele Fragen auf: politische, gesellschaftliche, alltags-psychologische, kriminologische - und offenbar sogar psychiatrische. Gemeint ist vor allem die Frage, die immer wieder ungeklärt durchscheint: Stehen hinter den unfassbaren Gewalttaten auch psychische Störungen? Und wenn ja, wie häufig und vor allem welche?

Tatsächlich gibt es nach wissenschaftlicher Erkenntnis immer häufiger Mitbürger, die sich gesundheitlich in einer „Ausnahme-Situation“ befinden. Dies betrifft körperlich Beeinträchtigte, vor allem aber in ihrer seelischen und geistigen

Gesundheit bedrohte oder bereits erkrankte Menschen. Hier ist die zwischenmenschliche Toleranz rasch erschöpft; sie sind schneller besorgt, verunsichert, gestresst, ja aufgewühlt, frustriert, gereizt, schließlich aggressiv und nah an gewalttätigen Reaktionen, die sie sich nach Beruhigung selber kaum erklären können. Das geht schon bei rein organisch beeinträchtigten Patienten 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 Verbindung von „Gewalt und seelischer Störung“ immer öfter in den Vordergrund drängt, und zwar im zwischenmenschlichen Alltag wie in den Medien (die sich aber inzwischen in der Regel um Objektivität bemüht zurückhalten).

Denn konkrete Antworten gibt es zumeist erst einmal nicht und Verdachts-Diagnosen ohne fachärztliche Untersuchungs-Möglichkeiten bringen auch nicht weiter. Trotzdem bleibt zumindest ein ungutes, ein zwiespältiges Gefühl. Was also muss man wissen, um zu einer halbwegs objektiven Meinung und ggf. zu tragfähigen Entscheidungen zu kommen? Deshalb die nachfolgende begrenzte Auswahl möglicher Ursachen angesichts aber oft wissenschaftlich kontroverser Erkenntnisse und Interpretationen mit der Frage:

Welche seelische Störungen bzw. konkrete psychiatrische Krankheitsbilder können mit scheinbar unerklärlichen Gewalttaten in Verbindung gebracht werden? Was muss man wissen bzw. was weiß die Medizin im Allgemeinen und die Psychiatrie, insbesondere die Forensische Psychiatrie im Speziellen dazu?

Weitere Einzelheiten siehe auch der Beitrag über *Aggression, Gewalt und psychische Störung, Teil 1: Allgemeine Aspekte* in diesem Internet-Angebot.

## **CHARAKTERISTISCHE AGGRESSIONS-MUSTER BEI PSYCHIATRISCHEN KRANKHEITSBILDERN?**

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

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

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

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

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

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

Einzelheiten zu diesen Krankheitsbildern siehe später.

– *Leichtere Aggressionen* sind dagegen bei praktisch allen psychischen Erkrankungen möglich und kommen dort auch durchaus gehäuft vor. Weitere Einzelheiten nochmals siehe der Beitrag *Aggression, Gewalt und psychische Störung, Teil 1: Allgemeine Aspekte* in dieser Serie.

## **SPEZIELLE PSYCHISCHE KRANKHEITSBILDER**

Nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht mit Schwerpunkt auf bestimmte seelische Leiden, die immer wieder in die Diskussion geraten. Weitere Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Internet-Serie sowie die psychiatrische und forensische Fachliteratur (deutschsprachige Auswahl - siehe Literaturverzeichnis am Ende dieses Beitrags von Teil 1 und 2). Im Einzelnen:

### **● SCHIZOPHRENE PSYCHOSEN**

Kaum eine Krankheits-Gruppe ist so heterogen (unterschiedlich zusammengesetzt) wie die *schizophrenen Psychosen*. Einzelheiten dazu, insbesondere was psychose-nahe Krankheitsbilder anbelangt (z. B. wahnhaft, schizotypische, paranoide und schizoide Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung u. a.) siehe später. Was gilt es zu wissen (Übersichten z. B. bei T. Steinert 1995, 1998, 2008):

Statistisch erhöhtes Gewalttaten-Risiko bei vor allem jüngerem Alter, männlichem Geschlecht, früherer, insbesondere noch unbehandelter Krankheitsphase, ggf. begleitendem Suchtmittel-Missbrauch wenn nicht gar -Abhängig-

keit. Erhöhtes Risiko für das plötzliche Umschlagen von fremd- in selbst-aggressives Verhalten (Suizidgefahr).

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

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

Auf welche eher spezifischen Aggressions-Motive ist bei schizophren Erkrankten zu achten (zusätzlich zu den allgemeinen Beweggründen)?

- Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahn. Besonders problematisch: Einbeziehung in ein Wahnsystem (Aggression aus subjektiv erlebter akuter oder chronischer Bedrohung). Eher selten, jedoch schwer vorhersehbar und potentiell gefährlich, da geplante (glücklicherweise auch meist vorangekündigte) Aggressionshandlungen.
- Wahnhafte Missdeutung der Umgebung (z. B. Umgebungs-Verkennung).
- Gefühl der Fremdsteuerung im Handeln, Denken und Fühlen.
- Reaktion auf akustische Halluzinationen: Stimmen, die sich einmischen, beschimpfen, aufhetzen oder befehlen (so genannte imperative Stimmen). Meist plötzlich, gesamthaft jedoch selten, dann aber bisweilen „raptusartig“ (vom Lat.: rapere = weg-, fort- oder hinreißen). Imperative (z. B. befehlende) Stimmen stehen meist in einem zwischenmenschlich verstehbaren Zusammenhang (aber nur für den Kranken, nicht für das ahnungslose Umfeld).
- Reaktion auf die Nähe anderer Menschen („Störenfriede“), die als lästig, einengend oder gar bedrängend bis bedrohlich empfunden werden (wichtig: körperliche Distanz).
- Verlust der Sozial-Distanz (Störung der eher subjektiv empfundenen Dimension Nähe/ Distanz). So provoziert z. B. die Distanzlosigkeit des Patienten bei anderen Menschen Aggressionen, die wiederum beim Kranken selber Aggressionen auslösen. Weitere Einzelheiten s. u.

- Überforderung durch Leistungs- und Beziehungsansprüche der Umgebung (zu viel Nähe - s. o.): Typisch für die betroffenen Familien sind die ständigen Aufforderungen, nicht herumzuliegen, auf Hygiene zu achten, mitzuhelfen usw. Vorsicht auch im fortgeschrittenen Stadium stationärer Behandlung durch langsam zunehmenden Rehabilitationsdruck seitens der Therapeuten.

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

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

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

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

## ● WAHNHAFTE STÖRUNGEN

Die anhaltenden *wahnhaften Störungen* (früher zumeist Paranoia, aber auch Paraphrenie, paranoides Zustandbild, sensitiver Beziehungswahn u. a. genannt) sind zwar eine relativ seltene, dann aber oft spektakuläre Erkrankung, auch mit der Gefahr von aggressiven Durchbrüchen. Auf jeden Fall wichtig zu wissen: Die wahnhafte Störung ist *keine* schizophrene Psychose. Auch han-

delt es sich hier um keinen Wahn durch beispielsweise Rauschdrogen, Kopf-unfall, Alzheimer'sche Demenz, Stoffwechselstörungen u. a.

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

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

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

- **SPÄT-SCHIZOPHRENIE UND WAHNHAFTES STÖRUNGEN IM HÖHEREN LEBENSALTER**

Ein besonderes, möglicherweise zunehmendes Problem sind wahnhafte Störungen im höheren Lebensalter oder gar bei dementieller Entwicklung.

Denn die schizophrenen und wahnhaften Störungen können auch erst im höheren Alter beginnen, selten zwar, und deshalb auch nur selten konkret diagnostiziert. Das Beschwerdebild unterscheidet sich nicht wesentlich von dem in jüngeren Jahren. Allerdings scheint bei der Spät-Schizophrenie eine paranoide (wahnhafte) Symptomatik in Form von Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahn besonders häufig zu sein - mit allen Konsequenzen im näheren Umfeld. Auch akustische, ja optische, olfaktorische oder taktile Halluzinationen, also Gehörs-, Seh-, Geruchs- und Tast-Trugwahrnehmungen, finden sich öfter; affektive (gemütsmäßige) Einbußen hingegen seltener.

Bei der anhaltenden wahnhaften Störung ist der Wahn das einzige Krankheits-Zeichen, während Stimmung und Persönlichkeit meist unbeeinträchtigt bleiben. Das besondere, nicht zuletzt im höheren Lebensalter, sind die zwischen-

menschlichen Konsequenzen durch Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahn, aber auch Querulanten-, Eifersuchts- und hypochondrischen Wahn. Stimmen werden seltener, Geräusche, die mit bestimmten Tätigkeiten verbunden sein sollen, dafür häufiger registriert, und zwar zunehmend gereizt bis aggressiv. Aber auch „Gerüche“, „Bestrahlungen“, undefinierbare „Belästigungen“ u. ä. sind nicht selten.

Wahnideen machen sich in der Regel an den unmittelbaren Lebensbedingungen und der direkten Umgebung des Patienten fest und beziehen oft (ahnungslose) Nachbarn in das ggf. schließlich risikoreiche Wahn-System ein („von der anderen Seite der Wohnungswand“). Kurz: Der Wahn verfolgt oder zumindest beeinträchtigt zu sein, ist am häufigsten.

Das betrifft nicht zuletzt dementiellen Erkrankungen der verschiedensten Ursache (siehe auch später die entsprechenden Hinweise). Bei Demenzen wird vor allem der Wahn verfolgt, bestohlen oder beeinträchtigt zu sein problematisch. Bei zunehmender geistiger Beeinträchtigung werden die Wahngedanken schließlich immer folgenschwerer und möglicherweise mit erhöhter (Abwehr-) Aggressivität „beantwortet“.

### ● **GEISTIGE BEHINDERUNG (INTELLIGENZMANGEL)**

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

Bei leichter geistiger Behinderung sind chronische oder immer wieder aufbrechende Aggressionen nicht selten. Ursache: häufig Überforderung, verminderte Steuerungsfähigkeit, geringe Frustrationstoleranz, ungünstige Milieueinflüsse, ggf. komplizierende Zusatzerkrankungen (z. B. Alkoholmissbrauch, Rauschdrogenkonsum, vor allem Epilepsie). Oft typische Aggressionsmuster und mitunter die Reizbarkeit verstärkende Arzneimittel (z. B. bestimmte Antiepileptika, aber auch Tranquilizer u. a.).

### ● **HIRNORGANISCHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN**

Teils Verminderung bzw. Hemmung der Aggressivität (siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Internet-Serie), aber auch Steigerung bis zur raptusartigen Gewalttätigkeit. Die Ursachen sind meist mehrschichtig: Wut über eigene Behinderung, Schwäche, Hilflosigkeit, Abhängigkeit, z. B. nach Apoplex (Hirnschlag mit Bewegungsschwäche oder Lähmungen), Aphasie (Sprachstö-

nung), mnestischer (Erinnerungs-)Störungen, Unfähigkeit, sich verbal verständlich zu machen und Ansprüche anzumelden; ferner mangelhafte Übersicht/Einsicht über/in die Situation, u. U. auch Desorientierung. Nicht zuletzt wahnhaft, halluzinatorische oder illusionäre Umgebungs-Verkennungen (z. B. Personenverkenning, Bestehlungswahn, Angst vor Überfall, Raub, Beeinträchtigungsgefühl).

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

- **Akute hirnorganische Erkrankungen:** gelegentlich bei Schädel-Hirn-Trauma (s. u.), also hirnlokales Psychosyndrom mit raptus-artiger Gewalttätigkeit, ähnlich wie beim endokrinen Psychosyndrom, zerebralen (Gehirn-) Blutungen, Enzephalitis/Meningitis (d. h. Gehirn- bzw. Gehirnhaut-Entzündung, z. B. postenzephalitischer Parkinsonismus mit möglichen Angriffsimpulsen wie jemanden zu würgen). Fremd-Aggressionen oft ungezielt, Steuerungsfähigkeit aufgehoben.

- **Organische Persönlichkeitsänderungen:** meist durch eine körperliche Krankheit mit direkter oder indirekter Wirkung auf das Zentrale Nervensystem. Leichtere hirnorganische Beeinträchtigungen führen zu Teilleistungs-Defiziten (z. B. Rechnen, Schreiben) bei jedoch oft erhaltener Arbeitsfähigkeit. Dazu einige Beispiele (ausführliche Hinweise siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Internet-Serie):

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

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

nicht gar querulatorische Fehlentwicklung, oft auch eine periodische Überempfindlichkeit.

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

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

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

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

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

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

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

Ferner verminderte Frustrationstoleranz und Selbststeuerung, erschwertes Umstellungsvermögen, mangelnde Flexibilität, reduziertes Einfühlungsvermögen, rasche Überforderung, fehlende Bewältigungs-Strategien in Krisensituationen usw. Ggf. medikamentös bedingte Verstärkung von Reizbarkeit und Aggression (z. B. bestimmte Antiepileptika, Tranquilizer usw.).

Aggressive Durchbrüche meist spontan oder im Affekt, selten geplant gefährlich. Im Krampfanfall kaum, häufiger im nachfolgenden postiktalen Dämmerzustand. Am häufigsten jedoch ohne direkten Zusammenhang mit einem Anfalls-geschehen.

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

Ähnliches gilt auch für scheinbar unsinnige Handlungen im Halbschlaf, bei denen sich auch schwerwiegende Fehler einschleichen können, je nach Situation. Oder allgemeinverständlich: unsinnige Aktivitäten, gleichsam „halb-automatisch“ bei offensichtlich geistiger Abwesenheit. Auch hier finden sich mitunter erklärungsbedürftige Folgen.

- **Dementielle Abbau-Prozesse** (früher als „erworbener“ Schwachsinn bezeichnet, z. B. durch höheres Lebensalter): Aggressionen meist in der Familie, oftmals gegen den ebenfalls betagten Partner oder im Pflegeheim (Vorsicht: Gefahr von Stürzen und Frakturen). Häufig nur periodisch (z. B. nachts durch Schlaf-Wach-Umkehr und delirante Syndrome sowie Personen-Verkennungen

= Angstreaktionen). Besonders bei plötzlicher Weglauf-Tendenz erhebliche Aggressionen möglich. Achtung: selbst betagte und hinfällige Menschen können zu unerwarteten und damit gefährlichen Reaktionen fähig sein (Beispiel: Essbesteck in Gesicht und vor allem Augen!). Jedoch meist ängstliche Verwirrtheit aus dem subjektiven Erleben heraus, bedroht oder in seinen Rechten eingeschränkt zu sein.

Dies sind die allgemeinen Hinweise, von denen man immer wieder hört. Bei genauerer differential-diagnostischer Unterscheidung geht es vor allem um zwei Demenz-Untergruppen, nämlich die (viel häufigere) Alzheimer-Krankheit sowie die (relativ seltene, aber dann deutlich auffälligere) fronto-temporale Demenz (früher Morbus Pick genannt).

Das so genannte **Frontalhirn-Syndrom** (auch als organische Persönlichkeitsstörung bezeichnet) belastet weniger durch geistige Einbußen oder gar körperliche Hinfälligkeit, mehr durch so genannten Verhaltensstörungen, vieldeutig, schwer zu beschreiben und am ehesten durch irritierte Angehörige geschildert. Dabei geht es nicht nur um verwirrte Unsicherheit, Apathie, Depressionen, Agitation (innerlich unruhig, nervös, gespannt) oder gar Enthemmung, Wahn und Halluzinationen, sondern um unangemessenes, unüberlegtes und impulsives, ja distanzloses bis anmaßendes Verhalten, Verlust von Anstand und Schicklichkeit sowie Einfühlungsvermögen. Auffällig auch der Verlust von sozialem Interesse selbst gegenüber dem näheren und weiteren Umfeld. Ungewöhnlich sind bisweilen ständig wiederholte Bewegungen (Stereotypien) bis hin zu zwanghaftem, ja ritualisiertem Verhalten, einschließlich Sprach-Stereotypien. Auffällig auch ein verändertes Ess-Verhalten (z. B. alles prüfend in den Mund stecken) und die unkontrollierte Zunahme von Alkohol- und/oder Zigaretten-Konsum. Das Gedächtnis ist - wie bereits erwähnt - relativ gut erhalten. Das Gleiche gilt für die körperliche Aktivität (oft noch sehr rüstig, wenn nicht gar überaktiv).

Was die psychosoziale Auffälligkeit bis hin zu Strafdelikten anbelangt, so finden sich zwar ganz unterschiedliche Untersuchungs-Ergebnisse, dann aber doch immer wieder Hinweise über (Laden-)Diebstahl, Finanzdelikte, Schädigung fremden Eigentums, das öffentliche Zur-Schau-Stellen des eigenen Körpers, ja Einbruch und Gewaltdelikte im Sinn körperlicher Angriffe usf. Außerdem wird immer wieder darauf hingewiesen, dass solche neuro-psychiatrischen Erkrankungen für die - allseits fassungslos registrierte - Erst-Täterschaft im hohen Alter eine bedeutsame Rolle spielen. Und natürlich zusätzlich belastend eine Alkoholabhängigkeit sowie Antisoziale Persönlichkeitsstörung und wahnhaftes Erkrankung. Das hat auch zur Folge, dass nicht wenige Betroffene so genannte „unverbesserliche Wiederholungs-Täter“ sind.

Weitere Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Internet-Serie.

## ● PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

Persönlichkeitsstörungen gehören zum „schwierigsten Kapitel“ im zwischenmenschlichen Alltags-Bereich. Dies hängt nicht zuletzt mit der Vielschichtigkeit dieses meist schwer durchschaubaren psychopathologischen Phänomens zusammen. Im Einzelnen:

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

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

- **Paranoide (wahnhafte) Persönlichkeitsstörung:** Charakterisiert durch ein tiefgreifendes und vor allem nicht gerechtfertigtes Misstrauen sowie Argwohn gegenüber anderen Menschen. Deren Motive werden grundsätzlich oder überwiegend als böswillig ausgelegt. Deshalb fühlen sie sich ständigen, vielfältigen und unfairen Angriffen ausgesetzt, was z. B. ihr Ansehen, ihre moralische Integrität, ihre berufliche Leistung(sfähigkeit), ihren guten Willen u. a. anbelangt. Selbst freundliche Bemerkungen, Kommentare, Fragen oder Gesten können als feindselig, zumindest herabwürdigend erlebt werden, und zwar in heftiger, unkorrigierbar und ggf. beleidigender bis aggressiver Art.

So verwundert es nicht, dass diese Art von Persönlichkeitsstörung größte Probleme im zwischenmenschlichen Bereich auslösen kann. Dabei muss sich ihr ungewöhnliches Misstrauen bis hin zu hass-erfülltem Groll aber nicht nur in

offensiver Wut, Streitbarkeit und vielleicht sogar aggressiven Durchbrüchen äußern, es kann sich auch in wiederholten Klagen, ja sogar durch stille, aber offensichtlich bittere, missgünstige oder gar wiederum hass-erfüllte Reserviertheit, Distanzierung und Unnahbarkeit, wenn nicht gar Feindseligkeit ausdrücken. Verbale und ggf. körperliche Gewaltbereitschaft ist aber auch hier nicht auszuschließen - und dann für viele „völlig überraschend“.

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

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

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

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

Daneben aber lautet die Klage auch: unnahbar, unterkühlt, exzentrisch, nicht nur eigentümliches Verhalten, sondern auch sonderbare Erscheinung, d. h. die Kleidung nicht immer angepasst und vor allem sauber; Augenkontakt vermeidend, furchtsam-argwöhnisch auf Distanz bedacht, humorlos, Neigung zu Rückzug und Isolation. Dabei irgendwie ängstlich, verunsichert, scheu, wenn nicht gar misstrauisch bis grenzwertig wahnhaft. Deshalb(?) zumindest unterschwellig reizbar, aggressiv, wenn nicht gar feindselig, ja voller Groll, Hass, Neid (auf was?), Missgunst, Bitterkeit, Rachsucht u. a. Auch die Sprache wirkt irgendwie abstrakt bis gekünstelt. Im Extremfall hört man sogar Befürchtungen

wie „ich bin nicht mehr ich selber“ oder „alles irgendwie sonderbar um mich herum“. Dabei offensichtlich körperliche Beeinträchtigungen, ohne dass sich etwas Organisches finden ließe (was die Ängste des Betroffenen noch verstärkt). Oder kurz: Manches wirkt regelrecht „schizophren“, zumindest wie man sich diese Krankheit in der Allgemeinheit vorstellt.

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

Dazu ausgeprägte Angst vor anderen, die auch nicht bei zunehmender Vertrautheit abnimmt und die eher mit paranoiden Befürchtungen als mit kritischer Selbstbeurteilung zusammenhängt. Und gelegentlich sogar vorübergehende quasi-psychotische Episoden mit intensiven illusionären Verkennungen, akustischen und anderen Sinnestäuschungen und wahn-ähnlichen Ideen - und zwar ohne äußere Veranlassung.

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

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

Hier irritieren vor allem die plötzlichen, nicht nachvollziehbaren Zustände von Miss-Stimmung, ängstlicher Reizbarkeit, schließlich heftigen Wutausbrüchen mit Verbitterung, Drohungen, Verwünschungen, extremem Sarkasmus, ggf. körperlichen Auseinandersetzungen. Danach manchmal depressive Verzweiflung mit Scham- und Schuldgefühlen. Seltener auch paranoide (wahnhaftige)

Vorstellungen und Depersonalisations- und Derealisations-Phänomene (z. B. „ich bin nicht mehr ich selber“ bzw. „alles so sonderbar um mich herum“).

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

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

### **EXKURS: GEWISSENLOSE PSYCHOPATHEN - WAS HEIßT DAS HEUTE?**

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

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

#### **Dissoziale Persönlichkeitsstörung**

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

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

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

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

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

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

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

### **Gewissenlose Psychopathen**

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

Zwei Aspekte verstärken noch dieses allseits belastende Phänomen:

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

Weitere Einzelheiten siehe die entsprechenden Hinweise in dieser Internet-Serie.

- **AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT-/HYPERAKTIVITÄTS-STÖRUNG (ADHS/ADS)**

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

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

Dazu gehören das desorganisierte Verhalten bis hin zum „ständigen Chaos“, eine häufig bis dauerhaft missgestimmt-reizbare Wesensart, schon aus geringem Anlass und sogar rasche und mitunter unkalkulierbare Wutausbrüche, auf jeden Fall eine ungesteuerte Impulsivität auf verschiedenen Ebenen (nicht nur Partnerschaft, Familie, Schule/Ausbildung, Beruf, sondern auch Freizeitverhalten, Sport und nicht zuletzt Straßenverkehr).

Noch problematischer wird es bei der in mehr als zwei Drittel aller Fälle registrierbaren Co-Morbidität, d. h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt. Das ist dann besonders folgenreich, wenn es sich um eine der erwähnten Persönlichkeitsstörungen oder Suchtkrankheiten handelt. Bei Letzterem nicht nur der fast obligatorische Nikotinkonsum, sondern vor allem Alkohol und ggf. Rauschdrogen. Weitere Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Internet-Serie.

- **MANISCHE ZUSTÄNDE**

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

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

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

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

## • DEPRESSIONEN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Eine infame Mord-Strategie ist das heimtückische Angebot über soziale Medien, Hilfe zum Suizid zu leisten oder gar einen gemeinsamen Suizid durchzuführen, um damit an besonders hilf- und ahnungslose, vor allem verzweifelte Selbsttötungswillige als Mord-Opfer zu kommen.

## **EXKURS: DIE SO GENANNTEN MÄNNER-DEPRESSION**

Bei dieser - wissenschaftlich noch nicht ausdiskutierten - Depressionsform geht es vor allem um das Beschwerdebild und seine Konsequenzen. Nachfolgend deshalb eine etwas ausführlichere Darstellung, wobei es - wie erwähnt - unterschiedliche Interpretationen gibt: Frage: vor allem männer-typische Reaktion oder Unterform depressiver Verlaufsmöglichkeiten, die zwar mehr Männer, aber durchaus auch Frauen trifft? Hier geht es aber lediglich um die Frage: Gewalt-Risiko oder nicht? Im Einzelnen:

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

Im Weiteren werden aber eine erhöhte Feindseligkeit, verstärkter Alkoholkonsum zur verzweifelten Selbstbehandlung und eine ausgeprägtere Unruhe, Nervosität, Fahrigkeit und innere Gespanntheit gefunden. Deshalb ging man diesem neuen(?) Leidens-Phänomen gezielter nach und fand einen offenbar spezifischen Symptom-Katalog: depressive Herabgestimmtheit, aber zugleich auch erhöhte Reizbarkeit, ja aggressive Gestimmtheit. D. h. öfter Überreaktionen bei selbst kleinsten Anlässen, bis hin zu Groll, Wut und Zorn-Ausbrüchen. Auf jeden Fall Abstreiten von Kummer, Traurigkeit oder gar („weibischer“) Schwermut.

In diesem Zusammenhang zunehmende Häufigkeit und Intensität von (grundlosen?) Ärger-Attacken mit entsprechender (bisher eher persönlichkeits-fremden) Impulsivität. Dabei vermehrter sozialer Rückzug, der nach außen aber oft verneint wird. Dafür zunehmend rigide Forderungen nach Autonomie, sprich: in Ruhe gelassen zu werden, bis hin zu der Unfähigkeit, Hilfe von anderen anzunehmen. Kurz: Rückzug, Aufbau einer Fassade („mit sich alleine abmachen“), dadurch aber auch verstärkte Hilflosigkeit, ja Hoffnungslosigkeit und damit suizid-riskante Vereinsamung.

Im Gegensatz zu dem, was man bisher von einer Depression generell kannte, nämlich Leistungsrückgang oder gar -einbruch, findet sich hier bei dieser Depressionsform erst einmal ein berufliches Über-Engagement, das aber von auffälligen Klagen über ständig wachsenden Stress begleitet ist. In Wirklichkeit nimmt die bisher verfügbare Stress-Toleranz ab, und zwar fortlaufend. Das führt aber zu einer wachsenden Versagens-Angst und zunehmenden Unfähig-

keit, sich vor allem an neue Situationen anzupassen. Dafür eine verhängnisvolle Neigung, andere für die eigenen Probleme verantwortlich zu machen. Am Schluss vielleicht sogar eine verdeckte oder gar offene Feindseligkeit - ohne Grund. Auch fällt eine zunehmende (narzisstische) Überempfindlichkeit auf, z. B. als anhaltende Gekränktheit gegenüber allem und jedem.

An körperlichen Beeinträchtigungen finden sich beispielsweise abnehmendes (oder demonstrativ überzogenes) sexuelles Interesse sowie Schlaf- und Gewichtsprobleme. Als anfangs scheinbar hilfreiches, später einbrechendes Kompensations-System gelten vermehrter bis risikoreicher Alkohol- und/oder Nikotin-Konsum, gelegentlich auch medikamentöses Gehirn-Doping. Bekannt ist auch die Abwehr von wachsender Depressivität durch überlangen Fernseh-Konsum, exzessive sportliche Aktivität und letztlich ineffektive „Arbeits-Wut“.

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

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

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

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

## ● SUCHTKRANKHEITEN UND ANDERE INTOXIKATIONEN

Bei den stoff-gebundenen Suchtkrankheiten geht es vor allem um Alkohol, Rauschdrogen und Medikamente. Wenn es bei *höhergradigen Intoxikationen* (z. B. Vollrausch) zu aggressiven Handlungen kommt, gelten die für akute hirnorganische Erkrankungen ausgeführten Grundsätze. Ähnlich ist der eher seltene Fall des pathologischen Rausches einzuschätzen. Generell aber ist mit meist folgenschwerer Enthemmung bei Rauschzuständen durch Alkohol, Rauschdrogen, ja sogar bestimmte Arzneimittel in Richtung aggressive Durchbrüche zu rechnen.

Substanz-bezogene Störungen insgesamt weisen ein ca. 6-fach erhöhtes Risiko für Gewaltdelikte nach dem 15. Lebensjahr auf.

## ALKOHOLKRANKHEIT

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

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

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

Wichtig auch die nachvollziehbare Erkenntnis: Je größer die tägliche Trinkmenge, desto eher ist mit tätlichen Angriffen zu rechnen.

Interessant in diesem Zusammenhang auch eine frühere Einteilung von Alkohol-Abhängigen in zwei Verlaufstypen: Typ 1 ist bei beiden Geschlechtern zu finden und zeigt sich vor allem von Umweltfaktoren abhängig. Hier droht die Alkoholabhängigkeit erst nach mehreren Jahren starken Trinkens und zeigt einen relativ vertretbaren Verlauf. Dagegen finden sich beim Typ 2 überdurch-

schnittlich viele Männer mit frühem Trinkbeginn (unter 25 Jahren), schweren Abhängigkeits-Symptomen und zahlreichen medizinischen Behandlungsversuchen - ohne Erfolg. Hier finden sich dann offenbar verstärkt entsprechende Risiken in der Kindheit sowie eine Vielzahl von zusätzlichen Belastungsfaktoren, z. B. Antisoziale Persönlichkeitsstörung mit kriminellem Verhalten usf.

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

## RAUSCHDROGEN-ABHÄNGIGKEIT

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

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

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

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

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

Besonders gefürchtet, und zwar nicht nur vom persönlichen Umfeld, sogar von Notfallärzten und -sanitätern sowie Polizisten, ist **Crystal Meth**. Weltweit, jetzt auch zunehmend in Deutschland, ist dieses Weckmittel in verheerendem Gebrauch (vor allem aus ost-europäischen Grenzgebieten?). Crystal Meth wird vor allem geschluckt, geschnupft, geraucht oder gespritzt, danach fühlt man sich euphorisch, hellwach und topfit. „Man glaubt, „die Welt aus den Angeln heben zu können“, spürt weder Hunger noch Durst und hält sich für unschlagbar“ (ernüchterter Kommentar danach). Das führt dazu, dass diese hoch-riskante Droge nicht nur in den üblichen, sondern auch in den so genannten „besseren Kreisen“ probiert und schließlich gezielt konsumiert wird. Von scheinbarem Vorteil ist auch, dass man diese Substanz für einen anhaltenden Effekt nicht nur unauffällig, sondern lediglich ein- oder zweimal am Tag zu sich nehmen muss (während man z. B. Kokain jede Stunde schnupfen muss, mit allen Risiken, auch der rascheren Entdeckung).

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

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

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

- **Crack** aus Kokainsalz und Natron hergestellt, geraucht sehr schnell wirkend und mit extrem hohem psychischen Abhängigkeitspotential ausgestattet. An negativen Folgen drohen neben körperlichen Beeinträchtigungen vor allem Einsamkeits- und Schwächegefühle und schizophrenie-ähnliche Zustände wie Verfolgungswahn und andere Wahnvorstellungen (nicht selten Auslöser einer

Drogen-Psychose). Und feindselige Reaktionen mit der Gefahr aggressiver Durchbrüche.

- **Synthetische Cannabinoide („Spice“):** innere Unruhe, Nervosität, Agitiertheit, schließlich Sinnestäuschungen, Angststörungen bis hin zu Panikattacken, Verwirrtheit, Wahnvorstellungen und aggressive Reaktionen.
- **Synthetische Cathinone („Bath Salts“):** innere Unruhe, Redseligkeit, Bewegungs- und Handlungsdrang, Trugwahrnehmungen, Verwirrtheit, Angstzustände bis hin zu Panikattacken, Depressionen mit Suizidgefahr, aggressive Durchbrüche mit Erregungszuständen oder seelisch-körperlicher Versteinigung (Katatonie-ähnliche Bilder).
- *Weitere neuartige psychoaktive Substanzen* sind aus den Drogen-Küchen des Fernen Ostens, inzwischen vermehrt auch aus den osteuropäischen Ländern ständig „in Entwicklung“, um dann den teils sucht-etablierten, teils arglos-naiven bis indolenten Nutzer-Markt zu überfluten - mit allen Konsequenzen, nicht zuletzt aggressiver Natur.

### Spezifische Drogen-Aspekte

Zu den spezifischen Drogen-Aspekten gehören:

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

### ARZNEIMITTEL

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

Diskutiert werden folgende *Beispiele*: Psychostimulanzien, Lithiumsalze, bestimmte Tranquilizer/Sedativa und Hypnotika (z. B. Antihistaminika, Benzodiazepine, früher vor allem Barbiturate, Bromide/Bromureide u. a.); ferner bestimmte Antiparkinsonmittel (z. B. Anticholinergika), Antiepileptika (z. B. Phenobarbital), ja sogar durchblutungsfördernde Arzneimittel (Nootropika, Antihypoxidotika), Antiasthmatica, Hormone (Glucokortikoide, Insulin, Schilddrüsenhormone), Herz-Kreislauf-Mittel (Diuretika, Beta-Blocker, Antihypertonika, Herzglycoside, Antiarrhythmika), Antiinfektiva, vor allem Tuberkulostatika u. a.

Meist handelt es sich dabei um eine eher dezente innere Unruhe und unterschwellige Aggressivität. Besonders problematisch und ärztlich schwer durchschaubar bei mehreren Behandlungszielen und damit entsprechend undurchschaubaren Arzneimittel-Interaktionen (Medikamenten-Wechselwirkungen). Bei sucht-riskanten Substanzen gilt die Entzugs-Phase als besonders riskant.

## SCHLUSSFOLGERUNG

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

- **NICHT STOFF-GEBUNDENE SUCHTKRANKHEITEN**

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

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

Deshalb konzentriert sich inzwischen das wissenschaftliche Interesse auch auf nicht-stoffgebundene Suchtformen, beschreibt Ursachen, Auslöser, Beschwerdebild, Verlauf und hier vor allem die nicht zu unterschätzenden Entzugs-Symptome. Dabei spielen naturgemäß auch innere Unruhe, Reizbarkeit, ja Erregungszustände und aggressive Durchbrüche eine Rolle, auch wenn es zu ungewöhnlichen Gewalttaten (zumindest bisher häufiger registrierbar) nicht

zu kommen scheint. Es ist aber nicht falsch, auch daran zu denken und im Verdachtsfall gezielt danach zu fragen.

- **WEITERE AGGRESSIONS-QUELLEN**

Schließlich sei noch an eine Reihe weiterer Ursachen von Wut, Ärger, Zorn, Aggression und Gewaltneigung erinnert, die entweder nichts mit einer seelischen Störung zu tun haben oder bei denen es fließende Übergänge gibt. Weitere Informationen siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Internet-Serie. Im Einzelnen kurz gefasst:

- Durch **Behinderung** in jeglicher Form: z. B. geistig (Intelligenzmangel) oder körperlich (Größe, Aussehen, Verkrüppelung). Und dies nicht zuletzt durch Behinderung im Sinnesbereich: Wut und Aggressivität statt Trauer über Erblindung oder Taubheit und damit Erschwerung des Umgebungs-Kontaktes.
- **Schmerzen**, vor allem chronische: z. B. algogenes Psychosyndrom mit charakteristischem Beschwerdebild, insbesondere was Reizbarkeit und Aggressivität anbelangt.
- Der Schlaf gehört zu den ruhigsten Zuständen des Menschen, meint man. In Wirklichkeit gilt das nur für einen gesunden Schlaf. Denn bei hartnäckigen **Schlafstörungen** drohen nicht nur Übermüdung und Leistungseinbruch, sondern auch Reizbarkeit, Miss-Stimmung und sogar Aggressivität. Letzteres hat sogar des Nachts unerfreuliche Konsequenzen, und zwar für den Bettnachbar. Beispiele:
  - - **Alpträume** sind nicht selten, aber man spricht ungern darüber. Typische Traum-Themen sind beispielsweise Verfolgung, Angriff oder Verletzung durch Menschen oder Tiere, Bedrohung des eigenen Lebens oder das anderer bis hin zur Tötung. Die eigene Täterschaft kommt vor, aber seltener. Dabei kann man sich vorstellen, dass auch einmal (fremd-)aggressive Reaktionen irritieren, nicht zuletzt bei posttraumatischen Alpträumen nach entsprechenden Belastungen. Das wird allerdings rasch deutlich, den Betroffenen wie ihrem Schlaf-Umfeld und bedarf entsprechender Behandlung.
  - - Ähnliches gilt für den **Pavor nocturnus**, das abrupte nächtliche Aufschrecken aus dem Tiefschlaf mit massiven Ängsten, z. T. Schreien und sogar Um-sich-Schlagen, auf jeden Fall mit Schweißausbrüchen und Herzrasen. Nach dem Erwecken verwirrt, desorientiert und ohne Erinnerung.
  - - Beim **Schlafwandeln**, besonders in jungen Jahren und dort meist ohne ernstere Ursachen, kann es ebenfalls zu „Konfrontationen“ kommen. Dies besonders dann, wenn man den Betroffenen von seinen gewagten „Eskapaden“ in diesem Zustand abhalten will. Denn auch plötzliches und scheinbar sinnlo-

ses Weglaufen und sogar verzweifelte Versuche, einer scheinbaren Gefahr zu entkommen, sind nicht auszuschließen. Dabei sind auch „aggressive Auseinandersetzungen“ möglich (Vorsicht vor dem Wecken und damit abrupten Wachwerden in riskanter Umgebung!).

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

Weitere mögliche Aggressions-Quellen sind:

- **Psychosoziale Reaktionen** auf Versagen, Demütigung, Kränkung, Frustrationen, Spott usw. Eifersuchtsreaktionen aus verschiedenen Gründen (Sexualität, sonstige Partnerprobleme, Alkoholismus). Wut über vermeintliche Kritik bei schlechtem Gewissen (Alkohol, Delikte, Untreue u. a.). Siehe auch später über Beziehungstaten.

- Bei „**neurotischer**“ **Unausgeglichenheit**, wie man das früher nannte, ohne dass sich daraus gleich eine ausgeprägtere „neurotische“ Störung ergeben muss, vor allem in sorgenbelasteten Lebenslagen, spannungsreichen Beziehungen usw.

- Als **psychogene Haftreaktion** („Zuchthausknall“: blinde Zerstörungswut).

- **Pathologischer Rausch**: heftiges, völlig situations- und persönlichkeits-unangemessenes gewalttätiges Verhalten nach dem Genuss selbst geringer Alkoholmengen bei entsprechender Disposition. Sehr selten, häufiger als vorgeschobene Schutz-Behauptung, um aus einem (gewöhnlichen) Rausch einen pathologischen Rausch zu machen, bei dem strafrechtlich eine Schuld-Unfähigkeit diskutiert werden kann.

- **Amok**: in letzter Zeit wieder international und sogar regional vermehrt und damit die Allgemeinheit erheblich verunsichernd. Dabei gibt vor allem eines zu denken: früher eher für unvermittelte Affekttaten. Heute (und auch schon früher?) offensichtlich schon länger geplante Handlung, bei der verschiedene Faktoren schließlich in die unfassbare Tat münden. Zur Diagnose-Verteilung gibt es widersprüchliche Angaben. In den USA spricht man von etwa einem Drittel psychisch Kranker, in Deutschland mit allerdings eher kasuistisch (Fallberichte) orientierten Untersuchungen sogar mehr. Weitere Einzelheiten siehe

der entsprechende Exkurs sowie die verschiedenen Beiträge über Amok generell und Schul-Amok im Speziellen in dieser Internet-Serie.

- **Sadismus:** ursprünglich sexuelle Lustempfindung beim Quälen oder Demütigen des Geschlechtspartners, im Weiteren aber auch nicht-sexueller Lustgewinn durch Macht, Aggressivität und Gewalt in körperlicher, aber auch seelischer und psychosozialer Hinsicht. In verdünnter Form häufiger als vermutet, dann eher ohne eindeutig psychopathologischen (seelisch kranken) Hintergrund, wobei allerdings die Grenzen fließend sind. Dort wo es sich um seelische Störungen handelt, sind vor allem paranoide (wahnhaft), narzisstische und dissoziale Persönlichkeitsstörungen beteiligt.
- Unter **Stalking** versteht man das hartnäckige Nachspüren, Belästigen und Bedrängen eines anderen Menschen in vielfältiger Form: Telefon, Briefe, E-Mail, SMS, Nachspionieren, Aufsuchen, unerwünschte Geschenke, schließlich aber auch Drohungen und Gewalt. Das Spektrum geht von „psychisch nicht erkennbar krank“ bis zum Liebeswahn u. ä., also einer krankhaften Störungen. Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Internet-Serie.

## AKTUELLE PSYCHOSOZIALE BELASTUNGS-ASPEKTE

Zu den derzeit besonders belastenden (internationalen) Bedrohungen in unserer Zeit und Gesellschaft mit bisweilen gnadenloser Gewalt-Bereitschaft gehören die Selbstmord-Attentate durch Radikalisierung. Das ist ein internationales Phänomen, allerdings mit tiefgreifender Verunsicherung in jeder betroffenen Bevölkerung. Ähnliches, wenngleich auf eher lokaler Ebene geschieht bei den so genannten Beziehungstaten im kleinen Kreis, meist als Familientragödie bezeichnet. Und hier wie dort muss mit etwas gerechnet werden, was zwar so alt ist wie Menschheit, derzeit aber besonders berührt und deshalb auch die Forschung zu Wissenschaft, Therapie und Prävention anregt: die posttraumatische Belastungsstörung.

Nachfolgend deshalb eine wegen ihrer Aktualität etwas ausführlichere Übersicht zu diesen Themen. Weitere Hinweise in den entsprechenden Beiträgen dieser Internet-Serie. Im Einzelnen:

### POLITISCH MOTIVIERTE ATTENTATE

Angesichts der sich derzeit häufenden Selbstmord-Attentate gegen unschuldige, unbeteiligte sowie ziellos ausgewählte und aus dem Alltag herausgerissene Opfer in aller Welt (s. später) tritt eines in den Hintergrund, was so alt ist wie die Menschheit und kriegerische Auseinandersetzungen bis hin zum Welt-

krieg ausgelöst hat. Gemeint sind politisch motivierte Morde - ein folgenreiches Phänomen und deshalb eine kurze historische Anmerkung:

Der Begriff „Attentat“ taucht im deutschen Sprachbereich über das Französische zuerst im 16. Jahrhundert auf. Er geht auf das lateinische Wort *attemptare* = „versuchen“ zurück. In der römischen Rechtsprechung meinte man mit *attemptatio* die versuchte Ausführung eines Rechtsbruchs, was also mit einem Mord noch nichts zu tun haben muss. Deutlich direkter ist dafür der englische Begriff *assassination*, was auf die „Assassinen“, zurückgeht, Haschisch rauchende und deshalb besonders gnadenlos wütende Berufskiller im Vorderasien des Mittelalters.

Nun war und ist Mord und Totschlag im Wesen der Menschheit verhaftet und ein trauriges Phänomen seit Anbeginn. Das fängt ja schon mit der biblischen Geschichte an und zieht sich bis in die heutige Zeit. Berühmte Beispiele von einst bis jetzt, die früher die Region, heute weltumspannend die ganze Bevölkerung schockieren, reichen von der Hebräerin Judith, die den Eroberer Holofernes „in trauer Zweitsamkeit“ köpfte über die Tyrannen-Mörder Harmodios und Aristogeiton im alten Griechenland und - die Weltliteratur geradezu beflügelnd - den Mord an Gaius Julius Caesar bis zu den Attentaten auf den amerikanischen Präsidenten Abraham Lincoln, den Zar Alexander II., den designierten Thron-Nachfolger der Donaumonarchie Erzherzog Franz Ferdinand (I. Weltkrieg!), die „Fememorde“ an den Politikern der Weimarer Republik Matthias Erzberger und Walter Rathenau usf. bis zur Ermordung des US-Präsidenten John F. Kennedy, den Bürgerrechtler Martin Luther King und den israelischen Ministerpräsidenten Jitzchak Rabin u. a. m. Dies - wie erwähnt - nur als Beispiele an meist politisch herausragenden Einzelpersonen, die dann auch zum politischen Opfer wurden, nicht selten mit überregionalen bis weltumspannenden politischen oder gar militärischen Konsequenzen.

Die Frage, die vor allem im Zusammenhang mit diesen Ausführungen interessiert, lautet nun:

### **Politische Attentäter: Was sind das für Menschen – krank?**

Die Überlegungen der Experten sind unbefriedigend, wenn man eine konkret definierbare Persönlichkeitsstruktur erwartet. Das hängt schon allein mit den unterschiedlichen Deutungen und vor allem nachträglichen(!) politischen Instrumentalisierungen der Täter und ihrer Taten zusammen. „Ob ein Attentäter offiziell als Held verehrt oder als Hochverräter verdammt wird, kann sich von Land zu Land und von Zeit zu Zeit erheblich unterscheiden, ja ins Gegenteil umschlagen. Denn ihre historische Bedeutung erhalten Attentate eher durch die symbolischen und mythisierenden Zuschreibungen als durch ihre tatsächlichen politischen Wirkungen“, so der Grundtenor des interessanten Themenheftes *Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ) 45 - 46/2013* zum Thema *Attentate*.

Kurz, die Frage: Was motiviert Attentäter zu ihrer Tat? mag zu mancher Theorie Anlass geben, doch wird man die Vielzahl der Erscheinungsformen kaum auf wenige, geschweige denn einen prägnanten Faktor reduzieren können. Zwar hat sich die Fach-Literatur immer wieder an kriminologischen Typologien versucht, die auf den ersten Blick einleuchten, bei näherem Studium der jeweiligen Persönlichkeitsstruktur (soweit bekannt) und Umfeld-Bedingungen (meist vielschichtig) jedoch kaum als feste Größe nutzbar sind.

So unterschied man beispielsweise verwirrte Einzeltäter, idealistische Einzeltäter, religiöse Eiferer, gedungene Mörder, Vollstrecker von Verschwörungen und politische Terroristen, was schon ein breites Täter-Spektrum beweist, von individuellen Beweggründen ganz zu schweigen.

Deshalb haben sich die Historiker eher auf eine jeweils gesellschaftliche Analyse konzentriert, sprich: Gibt es Situationen und Milieus, in denen Attentate gehäuft auftreten? Oder umgekehrt: Gibt es gesellschaftliche Systeme, die relativ widerstandsfähig gegenüber politisch begründeter Anschläge sind?

Statistisch lassen sich jedenfalls historische Attentate und ihr Verteilungsmuster bisher nicht auf einen überzeugenden Nenner zwingen. Allerdings drängen sich immer wieder bestimmte politische Konstellationen auf. Beispiele: Diktaturen und Monarchien mit herausragenden Einzel-Repräsentanten und ihrer (symbolischen) Rolle. Ferner Umbruch-Perioden, staatliche und gesellschaftliche, aber auch wirtschaftliche Krisen. Und schließlich Gesellschaften mit riskant hohen Gegensätzen zwischen verschiedenen politischen, religiösen, sozialen und ethnischen Gruppen. Oder schlicht formuliert: Attentate als plötzliche Zorn-Entladung der (scheinbar) Ohnmächtigen.

Das wissenschaftlich unbewältigte Problem, was eine einigermaßen fundierte Diagnose der jeweiligen Attentäter-Persönlichkeit anbelangt, ist der vor allem bei politischen Gruppierungen mit terroristischen Methoden praktizierte streng-geheime Untergrund. Hier gibt es keine fassbaren Protokolle, Attentatspläne, sonstige Dokumentationen und vor Gericht nur das bekannte Schweigen. Und selbst später sind die Autobiographien ehemaliger Angehöriger entsprechender Untergrundbewegungen so gefasst, dass man über die Persönlichkeitsstruktur des Betreffenden und seines Umfelds wenig oder lediglich Plakatives erfährt. Und schon gar keine diagnostisch verwertbaren frühkindlichen und späteren Vorgeschichten, die Kriminologen, Psychologen und Psychiater interessieren würden.

So verwundert es nicht, dass das Wissen über terroristische Vereinigungen und ihre „Vollstrecker“ begrenzt ist (und auch später nicht durch Interviews und Statements bereichert wird). Es bleibt also in der Regel bei Mutmaßungen, Hypothesen und damit Theorien auf schwachen Füßen.

So nahm man früher an, dass der männliche typische Anarchist (z. B. im 19. Jahrhundert) eine zu enge oder dramatisch gestörte Bindung an seine Mutter, in jedem Fall aber eine problematische kindliche Sozialisation und damit spätere Identitätsfindung hatte. Und so kamen damals bestimmte persönlichkeits-spezifische Charakterisierungen auf, die zwar erst einmal einleuchteten, aber für den Einzelfall hypothetisch blieben. Beispiele: narzisstische Persönlichkeitsstörung („Heldentum“), autistische Beziehungs- und Kontaktlosigkeit mit unrealistischen Macht-Träumen sowie depressive, verzweifelte und an der Ungerechtigkeit dieser Welt zugrunde gehende Gerechtigkeits-Fanatiker.

Und selbst heute, wo neben dem handfesten Terror auch der mediale Krieg tobt, der mehr psychologischen Einblick zu gewähren scheint, bleiben die Erkenntnisse zu terroristischen Täterprofilen (vor allem beiderlei Geschlechts) begrenzt. Auch was bisher diskutiert wird, scheint eher Einblick zu geben in die jeweiligen gesellschaftlichen und medialen Interpretations-Versuche als über die Täter selber, so die ernüchternde Schlussfolgerung der kritischen Experten.

Eines lässt aber immer wieder aufhorchen, zumindest als (neuer?) Fachbegriff, gemeint ist die Radikalisierung.

### **Selbstmord-Attentate durch Radikalisierung**

Selbstmord-Attentate durch Radikalisierung sind ein wachsendes internationales Problem. Früher vor allem in bestimmten politischen Brennpunkten dieser Erde, heute praktisch in jedem Land vorstellbar.

Die wachsende Zahl solcher schwer durchschaubaren Gewalttaten, d. h. ob rein persönlichkeits-spezifisch, wenn nicht gar krankhaft und/oder terroristisch motiviert, macht es nicht nur den Medien und damit der Allgemeinheit schwer, zwischen psychischer Erkrankung und religiös-fanatich begründeter Gewalt zu unterscheiden. Das ist zutreffend. Es mündet aber auch in das Risiko, dass seelisch Kranke immer häufiger als potentielle Gewalttäter unter Generalverdacht gestellt werden, besonders wenn es sich um unfassbare, vor allem gezielt heimtückische Taten mit extrem hoher Opferzahl handelt. Wie sehen es deshalb die Experten, vor allem die forensischen Psychiater, deren Aufgabe die Diagnose und Therapie rechtskräftig verurteilter psychisch Kranker ist? Dazu einige Überlegungen aus dem Presse-Workshop der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) am 08.07.2016 in Berlin, unter anderem durch die forensische Psychiaterin Dr. Nahlah Saimeh:

Dabei wird von den Experten darauf hingewiesen, dass vor allem Persönlichkeitsstörungen und so genannte Persönlichkeits-Akzentuierungen (eine Art grenzwertige Persönlichkeits-Entwicklung) sowie wahnhaftige Störungen ein Risiko für Radikalisierung und entsprechende Gewalttätigkeit aufweisen. Und insbesondere das, was man eine Adoleszenten-Krise nennt. Konkret eine Pu-

bertätskrise, auch im Sinne einer Autoritäts-, Identität-, sexuellen und narzisstischen Krise, je nach persönlichen Entwicklungsproblemen, mit einer Vielzahl innerseelischer und damit auch nach außen psychosozialer Problemfolgen. Im Gegensatz zur konkreten Krankheit „Persönlichkeitsstörung“ dann meist plötzlicher Beginn und eher ungünstiger Verlauf. Kann allerdings rückblickend auch als Vorstadium einer späteren schizophrenen Erkrankung vorkommen.

In rein psychiatrischer Hinsicht spielen aber vor allem die dissozialen Persönlichkeitsstörungen bei der Radikalisierung eine unglückselige Rolle. Auch bei einer schizophrenen Psychose können radikale Denk-Inhalte zur Gewalttätigkeit beitragen. Allerdings gehen typische Terrorakte nur selten auf eine psychische Erkrankung im engeren Sinne zurück, auch wenn in der Allgemeinheit hier bisweilen ein falsches Bild entsteht.

Dagegen bieten radikale Ideologien und eine konsequente Fanatisierung wohl schon den passenden Überbau für eigene Frustrationen (vom Lat.: frustra = vergeblich, umsonst), für Wut, Hass und die Faszination für Gewalt und seine scheinbar befreiende Lösung.

Interessant, dass die forensischen Psychiater bislang aber kein „psychopathologisches Muster-Profil eines Terroristen“ erstellen konnten, obgleich sich natürlich so genannte „persönlichkeits-strukturelle Mechanismen“ herausarbeiten lassen, die Radikalisierung und Extremismus fördern. Auf jeden Fall fühlen sich diese Menschen oft massiv benachteiligt und marginalisiert (vom Lat.: margo = Rand, also im übertragenen Sinne an den gesellschaftlichen Rand oder Abgrund gedrängt). Und dies, obgleich sie aus allen Gesellschaftsschichten kommen, auch der Mittel- und Oberschicht ohne eingeschränkte Zukunftsaussichten. Daher sind sie auch empfänglich für Angebote, selbst grenzwertige oder gar kriminelle, die ihnen eine scheinbar gewisse (in Wirklichkeit natürlich irrtümliche bis verhängnisvolle) Position zu sichern scheinen.

Hier sind dann auch religiöse Aspekte in pervers verrohender und sadistischer Weise missbrauchbar, bis hin zur „göttlichen Absolution“ trotz erschreckender Zahl unschuldiger Opfer.

Oft - so die Forensiker - fehlt den Betroffenen die notwendige Ich-Stärke, um in einer komplexen Gesellschaft Widersprüche, Unzulänglichkeiten und Ambivalenz auszuhalten. Ob dies dann allerdings zu einer extremistischen Tat führt, hängt von situativen, vor allem sehr persönlichkeits-spezifischen Faktoren ab, besonders vom familiären und gesellschaftlichen Klima, in dem sie aufwachsen.

Außerdem formiert sich in der erwähnten Adoleszenz die Persönlichkeit neu. Das macht anfällig für radikale Ideen. Und nicht zuletzt gehört die Pubertät zu einer mitunter narzisstisch gefärbten Lebensphase: Einerseits von so man-

chen innerseelischen und äußeren Problemen „ausgebremst“, andererseits von dem Wunsch beseelt, endlich einmal zu zeigen, was in einem steckt. Kein Wunder, dass radikale Ideologien bis hin zu ungeprüften Feindbildern diese innerliche Zerrissenheit zu mildern vermögen. Dies betrifft übrigens nicht nur die Gesellschaft generell, sondern nicht selten die eigene familiäre Konstellation (sprich Gegen-Entwurf zum eigenen Elternhaus).

Es soll aber auch unter modernen kriminologischen Bedingungen nicht verschwiegen werden, dass gerade Terror-Aktionen und Amokläufe bisher nicht nur unbefriedigend wissenschaftlich untersucht sind, sondern ein so vielschichtiges persönlichkeits-spezifisches Ausgangs- und zuletzt Endbild prägen, dass jede Vereinfachung nur zusätzlich in die Irre führt.

## BEZIEHUNGSTATEN (FAMILIENTRAGÖDIEN)

Unter dem Begriff *Beziehungstaten* versteht man das, was in den Medien in der Regel als Familiendrama oder Familientragödie bezeichnet wird, meist mit dem Zusatz: unerklärlich, unbegreiflich, unfassbar usw. Kurz: Das weitere Umfeld (Nachbarn, Arbeitskollegen) und sogar das engere (Freunde, Verwandte) haben von der sich anbahnenden zwischenmenschlichen Katastrophe nichts bemerkt. Nachträglich findet sich allerdings bei näherem Hinsehen, dass diese Gewalt-Eskalation nicht plötzlich und unerwartet ausbrach, sondern der tragische Endzustand heftiger, wenngleich zumeist „unter der Decke gehaltener“ Auseinandersetzungen war, mitunter jahrelang.

Die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) des Bundes spricht beispielsweise von 2011 bis 2014 von insgesamt fast 1800 Opfern entsprechender Tötungsdelikte in der Partnerschaft. Nahezu 80 % waren weiblich. Die Opfer hatten zum Tatzeitpunkt eine partnerschaftliche Beziehung zum Täter, und zwar über die Hälfte verheiratet, mehr als ein Fünftel in einer nicht-ehelichen Lebensgemeinschaft und in etwa einem Viertel die ehemalige Partnerin. In seltenen Fällen gibt es übrigens auch gleichgeschlechtliche Beziehungen.

Die Motivlage für einen solchen „Intimidid“ (Fachbegriff für die Tötung des Intimparters) ist einerseits sehr individuell, andererseits finden sich dann doch immer wieder die gleichen Beweggründe: Oft handelt es sich nämlich um seelisch labile Charaktere, so genannte „schwache Persönlichkeiten“ im allgemeinen Verständnis, die bei entsprechender Ablehnung oder gar Zurückweisung, wenn nicht gar Verachtung nicht nur depressiv, sondern auch eifersüchtig und aggressiv reagieren (siehe auch der nachfolgende Beitrag über den Narzissmus, in diesem Sinne die narzisstische Kränkung).

Obgleich nach außen durchaus unauffällig („z. B. als Nachbar, Sport- oder Berufskollege), entwickelt sich im Rahmen einer mittel- bis langfristigen Kränkung eine angestaute Wut, gemischt mit Verzweiflung, Ablehnungsschmerz und Verlustangst, die dann - aus welchem scheinbar *nicht* nachvollziehbarem

Grund für die Außenwelt - zum Durchbruch kommt, bisweilen nicht nur die Partnerin, sondern sogar die übrige Familie (Töchter, Söhne, ja Haustiere) betreffend. Hier sind also - scheinbar - keine fundierten Hinweise erkennbar.

Anders liegen die Verhältnisse in manchen Fällen durch Warnsignale, auch von früher, die unheilvolle Rückschlüsse zulassen, z. B. Gewalttätigkeit mit Stich- oder Schlagwerkzeugen, Würgen u. a. Nicht selten erfolgen solche Tötungsversuche aber auch im Zusammenhang mit einem konkreten Auslöser, z. B. einer Sorgerechts-Entscheidung, dem Auszug aus der gemeinsamen Wohnung, dem Bekanntwerden einer anderen Beziehung u. ä. Konkrete Drohungen sind natürlich umso ernster zu nehmen. In der Mehrzahl allerdings „hätte man sich so etwas nie vorstellen können“ (Zitat).

Dabei bleibt jedoch die zumindest statistische Erkenntnis (s. o.), dass vor allem für das weibliche Geschlecht der (ehemalige) Partner durchaus zu einem Risiko werden kann. Und dies insbesondere im Rahmen einer laufenden Trennung, und zwar nicht nur offiziell, sondern auch inoffiziell, d. h. durch wachsende Entfremdung, Abwendung, Rückzug, scheinbar neue Beziehung usf.

### **Der folgenreiche Streit ums Kind**

Hinter den mitunter gnadenlos erscheinenden „Abrechnungen“, oft mit Todesfolge für ein oder mehrere Beteiligte, wie sie immer wieder in den Medien schockierend beschrieben werden, stehen allerdings auch tragische psychosozialen Entwicklungen, die dann in den kurzen Nachrichten weniger ausführlich besprochen werden (können). Das jedenfalls geben manche dabei involvierte Fachanwälte für Familienrecht zu bedenken, was ja nicht zuletzt präventiv nutzbar sein könnte.

So viele Scheidungen wie in letzter Zeit gab es noch nie - mit allen wirtschaftlichen, familiären, vor allem die Kinder betreffenden Konsequenzen. Getrenntlebende Eltern teilen in 9 von 10 Fällen das Sorgerecht. Das liegt also bei beiden Eltern, doch haben die Mütter zumeist das so genannte Aufenthalts-Bestimmungsrecht. Das kann dann schon einmal zum (einseitigen?) Instrument entsprechender Auseinandersetzungen werden - auch und gerade unter Ex-Partnern. Denn nicht wenige Paare verfügen wechselseitig über ein beachtliches Spektrum an psychischer Gewalt gegeneinander, was viele Möglichkeiten offen lässt, die ggf. nachvollziehbar erscheinen, nicht aber wenn die Kinder manipuliert (sprich entfremdet) werden sollen.

Das gemeinsame Sorgerecht, eigentlich die „theoretisch“ optimale Lösung einer letztlich unerfreulichen Familien-Situation, wird vor allem als Wechselmodell praktiziert, bei dem die Kinder bei beiden Eltern gleichermaßen aufwachsen (sollen). Wie das in der Realität für beide Seiten befriedigend ausfällt, ist aber offenbar eine andere Frage. Manche Familienrechtler sind der Meinung: Die meisten Mütter bestimmen und die Väter werden zu „Besuchs-Onkeln“, die

alle zwei Wochen Umgang mit dem Kind haben dürfen. Wechselt die Mutter den Aufenthaltsort, wird es noch schwieriger für den Vater. Das könne auch ein Grund für wachsende Verbitterung sein, man müsse es jedenfalls in Erwägung ziehen.

Natürlich muss sich dies nicht gleich zu dem erwähnten Familiendrama auswachsen, es ist aber laut Experten-Meinung nicht falsch, hier ggf. rechtzeitig eine sich möglicherweise anbahnende Gefahr zu registrieren - und vor allem zu neutralisieren, und zwar gemeinsam.

## **POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNGEN**

Ein wachsendes Problem in unserer derzeitig weltpolitisch und militärisch unruhigen Zeit sind deshalb *posttraumatische Belastungsstörungen*. Das sind die seelischen Verwundungen nach Extrembelastung mit entsprechenden psychosozialen Konsequenzen auf allen Ebenen: So finden sich neben einer individuell großen, grundsätzlich aber belastenden Zahl von psychosomatisch interpretierbaren Beschwerden vor allem immer wieder panikartige Erinnerungen (Nachhall-Erinnerungen, Flash backs). Und hier nicht nur ein andauerndes Gefühl von innerseelischer „Betäubung“ und gemütsmäßiger Abgestumpftheit, sondern auch Alpträume und bisweilen plötzliche und scheinbar unmotivierte Ausbrüche von extremer Furcht und angsterfüllter Aggression.

Solche dramatischen „Angst-Aggressionen“ werden nicht selten ausgelöst durch entsprechende Erinnerungen (Jahrestag-Reaktionen) oder ähnliche Situationen, die der traumatisierenden Ursache selbst nur von Ferne gleichen könnten, und wenn auch nur symbolisch.

Beispiele: Uniformen, Böllerschüsse, Umzüge, Stacheldraht-Einfriedungen, kasernen-ähnliche Gebäude, Waldstücke, enge und dunkle Ecken, Fahrzeuge u. a. Hier bisweilen auch eigentümliche Phänomene wie Nahtod-Erlebnisse, Empfindung der „Außer-Körperlichkeit“, „Rückblick- oder Panorama-Erlebnisse“ u. a. die zu Reaktionen führen, die die ahnungslose Umgebung überraschen, irritieren, verstören oder zu Abwehr-Reaktionen zwingen - und damit einen regelrechten Teufelskreis einleiten.

Einzelheiten zu diesem offensichtlich wachsenden Problembereich siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Internet-Serie.

## **ANHANG: GEWALT IM GEFÄNGNIS**

Nicht direkt damit vergleichbar, indirekt aber sehr wohl, ist ein allerdings altes Phänomen, nämlich die Gewalt-Atmosphäre in Vollzugsanstalten unter *Inhaftierten*. Dort waren und sind Übergriffe schon immer an der Tagesordnung, nehmen aber offensichtlich zu. Dabei handelt es sich unter den Häftlingen um

ein breites Spektrum von Verachtung, Verleumdung, Bedrohung, Misshandlung, ja sogar lebensbedrohliche Übergriffe. Und um eine damit wachsende Suizidalität bis hin zu tödlichen Folgen, meist durch Erhängen.

Ein wesentlicher Grund ist die „Knast-Hierarchie“, eine gnadenlose und durch die Justizbeamten mitunter kaum verhinderbare Subkultur von Aggression und Gewalt („Übergriffe an der Tagesordnung“). Auch Vergewaltigungen sind nicht selten, wenngleich aus Scham kaum gemeldet.

Die Gefängnis-Hierarchie besteht nicht selten aus einer strengen „Hackordnung“, bei der an der Spitze zum einen die Kombination aus physischer Aggressivität und körperlicher „Bedrohungs-Silhouette“ steht, zum anderen auch die jeweilige Delikt-Art. Ganz oben rangieren räuberische Delikte (Bankräuber als Spitzenposition), ganz unten Sexual-Straftäter oder gar „Kinderschänder“ (Stichwort: „Sittiche“). Genauso unbeliebt bis bedrohungs-gefährdet sind vermeintliche „Verräter“, die mit Justiz oder Polizei kooperieren, und zwar sowohl draußen und noch folgenreicher „innen“. Diese Rangfolge ist ein ungeschriebenes Gesetz, das es schon früher gegeben hat und wahrscheinlich immer geben wird.

Auf jedem Stockwerk hat offensichtlich ein „Boss“ („Stockwerk-Häuptling“) das Sagen, in der Regel der Insasse mit dem bedrohlichsten Äußeren und auch meist größter Knast-Erfahrung. Ihm sind zumindest ein Teil der Mitgefangenen im näheren Umfeld zu kleineren Diensten verpflichtet (Einkäufe abtreten, unangenehme Arbeiten erledigen usw.).

Neuankömmlinge müssen nicht selten dem „Boss“ ihren Haftbefehl und ihr Urteil vorzeigen, um auf diese Weise in die jeweils herrschende Hierarchie eingeordnet zu werden. Dabei spielen nicht nur die erwähnten Straftaten, sondern auch nationale und ethnische Aspekte eine Rolle; und die Zugehörigkeit oder Verbindungen zu Rocker-Milieus, weil sich auf diese Weise natürlich Gruppen bilden können.

Aus forensischer Sicht gibt es eine Reihe von Untersuchungen im In- und Ausland, die auch das diagnostische Verteilungsmuster psychischer Störungen andeuten. Dies vor allem zur Frage der Suizidalität von Inhaftierten bezüglich Haftdauer, charakterlicher Auffälligkeiten und Persönlichkeitsstörungen im Rahmen von Haftstruktur und -bedingungen und der jeweiligen Gefängnis-Kultur („totale Institution“).

Dabei konnte mehrfach festgestellt werden, dass die Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Inhaftierten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht ist. In einer so genannten Meta-Analyse, die mehrere Untersuchungen zusammenfasste und dabei die Daten von rund 23.000 Inhaftierten interpretieren konnte (S. Fazel und J. Danesch, 2002, zitiert nach D. Ritter u. Mitarb. in der Fachzeitschrift *Nervenarzt* 5 (2016) 496) ergab sich folgendes Verteilungsmuster: Rund 4 % der männlichen und weiblichen Inhaftierten zeigten eine

psychotische Erkrankung (z. B. Schizophrenie); für jeden Zehnten beiderlei Geschlechts wurde eine Depression diagnostiziert. Zwei Drittel der Männer und 4 von 10 Frauen litten unter einer Persönlichkeitsstörung. Die häufigste, die Antisoziale Persönlichkeitsstörung, betraf fast jeden 2. Mann und jede 5. Frau.

Letzteres heißt aber, dass in der Population der Inhaftierten die Antisoziale Persönlichkeitsstörung, auch Dissoziale oder Asoziale Persönlichkeitsstörung genannt, rund 10-mal häufiger als in der Allgemeinbevölkerung zu registrieren ist. Das erklärt natürlich so manches.

Eine allseits befriedigende Lösung ist unter den gegebenen Bedingungen nicht in Sicht. Eine vollständige Separation zwischen Drohenden und Bedrohten ist fast unmöglich, beispielsweise beim Hofgang. Ein verfassungskonformer Vollzug ist auf eine gemeinsame Unterbringung während der Arbeit und der Freizeit ausgerichtet, wie es amtlich heißt. Trotzdem versucht man die Gefahr von Gewalttätigkeiten rechtzeitig zu erkennen und zu unterbinden. Dies auf der Grundlage entsprechender Prognosen, die auch mit Einschränkungen für zu schützende Gefangene verbunden sein können.

Doch schon die Aufklärung ist mitunter kaum erfolgreich. Denn unter den Gefangenen herrscht ein Schweige-Kodex. Kommt es zum Prozess, hat keiner etwas mitbekommen oder gesehen. Man nimmt lieber eine Falschaussage in Kauf, als gegen einen Mitgefangenen auszusagen. Und selbst die Opfer machen vor Gericht nicht selten einen Rückzieher, aus Angst vor den Folgen - die ja gnadenlos folgen werden. Eine Lösung ist also kaum denkbar und wird auch das hohe Risiko von Aggression und Gewalt in Vollzugsanstalten nicht ändern können, ob mit oder ohne seelische Störung.

## SPEZIELLE ASPEKTE VON AGGRESSION UND GEWALT

Nachfolgend noch vier ausgewählte psychologische bzw. schließlich psychiatrische Bereiche, die zwar schon zur Sprache gekommen sind, wegen ihrer spezifischen Bedeutung für Aggression und Gewalt noch einmal ausführlicher dargestellt werden sollen. Dazu gehören 1. Tötungs-Delikte durch schizophrene Erkrankte, 2. die narzisstische Wesensart bzw. narzisstische Persönlichkeitsstörung, 3. die wachsende Gefahr durch Amok-Taten und 4. das Phänomen des Fanatismus durch fanatische Persönlichkeitsstörungen. Im Einzelnen:

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

Zwar ist die Gefahr von Gewalttaten im Allgemeinen und Tötungs-Delikten im Speziellen durch psychisch Kranke viel geringer, als in der Öffentlichkeit be-

fürchtet. Doch nach wie vor bestimmen sie das Bild der Psychiatrie und der von ihr Betreuten - leider noch immer weitgehend verallgemeinernd und undifferenziert. Das ist aber nicht nur ein Informations- und damit Kenntnis-Defizit, es hat auch etwas mit der so genannten „Bring-Schuld“ der dafür zuständigen Experten zu tun, und die war und ist bekanntlich nicht sehr intensiv und vor allem um Allgemeinverständlichkeit und nachvollziehbare Problem-Darstellung bemüht, auch wenn sich hier so manches ändert.

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

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

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

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

Dazu nochmals der Hinweis auf einige Beispiele, wie sie in der tabellarischen Auflistung im Kasten des entsprechenden Kapitels in Teil 1 dieser Serie angeführt wurden:

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

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

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

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

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

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

Allerdings werden Drohungen von Patienten bisher selten als Risiko-Faktor für spätere Delikte schizophrener Patienten erwähnt. Das kann jedoch folgenreich ausgehen, wie entsprechende Untersuchungen über Jahre hinweg und an einer großen Zahl von Betroffenen ergaben, die wegen Todes-Drohungen

verurteilt worden waren. Die meisten Tötungs-Delikte nach einer Todes-Drohung wurden dabei von schizophrenen Patienten begangen, so die forensischen Psychiater. Das wurde später auch von der Allgemein-Psychiatrie bestätigt.

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

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

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

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

Nun kann man davon ausgehen, dass die Verhältnisse vor rund einem halben Jahrhundert (siehe 1947 bis 1971) nicht mehr mit heute verglichen werden können. Daher wurde aus derzeitiger Sicht der Frage nachgegangen, ob Tötungs-Delikte von psychotischen Patienten bei umfassender psychiatrischer Behandlung hätten verhindert werden können.

Deshalb analysierten die Experten J. Nitschke, M. Osterheider und A. Mokros 2011 ausführlich entsprechende Patienten-Akten, forensische Gutachten und Gerichtsurteile von schizophren Erkrankten von 1990 bis 2009, und zwar ausschließlich die in dieser Untersuchung erreichbaren männlichen Patienten. Die Mehrzahl litt an einer paranoiden (vor allem wahnhaften) Schizophrenie, etwa jeder Zehnte an einer schizoaffektiven Psychose (bei der also schizophrene und depressive, insbesondere manische Zustände zusammen oder kurz hintereinander belasten). Das Durchschnittsalter lag bei etwa 30 Jahren (zwischen 17 und 61). Alkohol und Rauschdrogen spielten im jeweils rund jedem 5. Fall eine zusätzliche Rolle; die Diagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung zusätzlich zur schizophrenen Erkrankung bei etwa jedem 20. Patienten. Die überwiegende Zahl war ledig, die Schul- und vor allem Berufsausbil-

dung unterdurchschnittlich; an Vorstrafen fanden sich meist Gewaltdelikte und Diebstahl, seltener Raub oder Sexual-Delikte.

An verdächtigen Krankheitszeichen während der Tat bzw. im Vorfeld dominieren wahnhafte Symptome, vor allem Verfolgungswahn, gefolgt von religiösem Wahn, Größenwahn, Eifersuchtswahn, Kontrollwahn u. a. Die meisten Patienten litten unter formalen Denk-Störungen und Ich-Störungen, nicht wenige unter akustischen Halluzinationen (Sinnestäuschungen) und imperativen (befehlenden) Stimmen. Auch affektive Beeinträchtigungen, vor allem diffuse Ängste und konkrete Befürchtungen spielten eine erhebliche Rolle (nämlich bei rund jedem Zweiten).

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

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

## Schlussfolgerung

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

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

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

Als günstig hat sich eine umfassende sozialtherapeutische Behandlung erwiesen, die das persönliche Umfeld des Patienten mit einbezieht. Dadurch lässt sich ein dichteres, selbst in kritischen Situationen auch nutzbares und tatsächlich genutztes Behandlungs-Programm etablieren, das vor allem mit

angemessener Kontakt-Aufnahme vorgeht, ohne in eine „totale Überwachung“ auszuarten. Dabei gilt es besonders die beschränkten innerseelischen und damit psychosozialen Anpassungs-Möglichkeiten schizophrener Erkrankter im Hinblick auf ihre heikle Nähe-Distanz-Regulation zu berücksichtigen. Denn zu große Nähe kann ebenfalls zur konflikthafteren Zuspitzung beitragen.

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

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

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

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

Ein solches Beispiel auf psychischer Ebene ist der Narzissmus, der schon für sich genommen eine erhebliche psychosoziale Bürde werden kann, und zwar nicht nur für das nähere, sondern auch weitere Umfeld. Noch riskanter aber wenn eine narzisstische Wesensart oder gar narzisstische Persönlichkeitsstörung zu einer der zuvor besprochenen seelischen Krankheiten kommt. Denn das kann zu einem überraschend komplexen psychopathologischen Mischbild führen, das nicht nur die erwähnten differential-diagnostischen Schwierigkeiten bereitet, sondern auch in seiner Negativ-Wirkung geradezu dramatisch verstärkt wird. Kurz: Narzissmus und ein weiteres seelisches Krankheitsbild kann die psychosoziale Situation erheblich verschärfen - und dies nicht zuletzt in puncto Aggressivität oder gar Gewaltbereitschaft. Nachfolgend deshalb ein

komprimierter Überblick, der wenigstens zwei Ebenen zu berücksichtigen versucht:

Zum einen *narzisstische Wesenszüge*, d. h. überhöhte Anspruchshaltung, unkritische Selbst-Einschätzung, egoistische bis ausnützerische Einstellung, Neid und Überheblichkeit im Sinne einer zeit-typischen(?) egoistischen Selbstverliebtheit. Zum anderen die psychische Krankheit *narzisstische Persönlichkeitsstörung*.

### **Die narzisstische Wesensart**

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

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

Zwar haben nicht wenige Menschen mit solchen Wesenszügen zu kämpfen, doch der Narzisst entwickelt aktive Abwehr-Strategien, die zum zusätzlichen (umfeld-bedingten) Problem werden: partnerschaftlich, familiär, Angehörige, Freundeskreis, Nachbarschaft, Berufsalltag u. a. Dazu kommt eine starke Sensibilität für negative Affekte (Gemütsregungen), insbesondere was Depressivität (Niedergeschlagenheit, was noch nicht krankhafte Depression bedeuten muss) und Angstbereitschaft anbelangt. Das ist fast eine heimliche Grundstimmung des Narzissten, die er allerdings nach außen heftig in Abrede stellt oder sogar über-kompensatorisch bekämpft.

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

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

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

### **Narzisstische Persönlichkeitsstörung**

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

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

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

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

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

Deshalb eine Auswahl zum Thema

### **Narzissmus im Alltag**

- Neigung, vor anderen als besonders überlegen, großartig und unerreichbar dazustehen, fast ausschließlich über sich und von sich zu reden.
- Halten sich für etwas Besseres, was sie andere auch gerne spüren lassen. Gelten deshalb auch häufig als selbstherrlich, überheblich, selbstgefällig, anmaßend, arrogant, hochmütig, selbst-verblendet (besonders wenn noch hysterische Wesenszüge hinzukommen).
- Eigenartiges Konkurrenz-, ja Bedrohungs-Gefühl vieler Narzissten; daher auch die Selbstunsicherheit und fassadenhafte Überheblichkeit. Narzissten erleben die anderen schnell als potentielle Konkurrenten, als gefährliche „Niederemacher“, kurz: als Bedrohung ihrer scheinbaren Selbstherrlichkeit. Ihre größte Furcht sind ihre eigenen (auch vermeintlichen) Unzulänglichkeiten und Schwächen, die ggf. bloßgestellt werden könnten. Diese versteckten Minderwertigkeitsgefühle führen zu ausgeprägter Empfindlichkeit, ja Kränkbarkeit, ggf. zu heftigen feindseligen bis Rache-Impulsen über eine (scheinbar) erlittene Demütigung.
- Narzissten sind oft unfähig, wirklich zu verzeihen - und damit nachtragend. Statt Großzügigkeit, Nachsicht und Verzeihung fordern sie - wenn auch uneingestanden und selbstverständlich nicht nach außen formuliert -, „Vergeltung für das ihnen angetane Unrecht“. Sie sind nicht bereit, den „Tätern“ ihre Schuld „einfach so zu erlassen“ (Wiedergutmachung um jeden Preis).
- Belastend, und zwar für beide Seiten, auch die alte Erkenntnis, dass Narzissten gerade das wollen, was sie selbst am wenigsten zu bieten haben.
- Im zwischenmenschlichen Bereich oft eine rasche und meist unbegründete Eifersucht - und damit entsprechende Szenen (Beziehungsstörung bzw. gar Beziehungsunfähigkeit).
- Neigung, sich zur Selbst-Stabilisierung besonders privilegierten Gruppen anzuschließen. Diese werden dann nicht bekämpft, sondern akzeptiert, aber nicht um ihrer Position oder Leistung willen, sondern als Ausweis eigener Größe („wir“!).
- Und eine lange Reihe weiterer „narzisstischer Alltags-Charakteristika“, wie sie in entsprechenden Fachbeiträgen nachgelesen werden können und in entsprechend leidvollen Beziehungen erlitten werden müssen.

## Schlussfolgerung

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

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

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

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

Deutlich häufiger dürfte allerdings eine „verdünnte Ausprägungsform des Narzissmus“ sein, vor allem in Kombination mit einer eher einfach strukturierten Geisteshaltung. Dies äußert sich besonders in einem mitunter geradezu naiv erscheinenden übersteigerten Geltungsdrang, dem schließlich nicht mehr zu bändigendem Bedürfnis, die „nun wirklich ganz große Show abzuziehen“ (wie es sogar die Kriminologen ausdrücken). Dabei handle es sich meist um gescheiterte Existenzen, die erheblich unter ihrer „Ohnmacht“ litten und darunter, dass sie ihr Leben „nicht auf die Reihe gebracht hätten“. Daraus entwickelt sich eine fast maßlose Gier, wenigstens einmal im Mittelpunkt zu stehen.

Diesem Ziel wird alles untergeordnet, auch die Bedrohung oder gar Schädigung Unschuldiger, wenn nicht gar Kinder (z. B. durch vergiftete Nahrungsmittel im Supermarkt).

Hier reicht es also schon, ohne natürlich die Konsequenzen zu bedenken (räuberische Erpressung), sich abends vor den Fernseher an der allgemeinen Aufruhr und polizeilichen Aktivität zu berauschen, wobei die geforderten Summen der Erpressung dann sogar zweitrangig werden können.

Auch hier sind es allerdings meist mehrschichtige Krankheitsbilder, wie die gutachterliche Untersuchung ans Licht bringt, auch wenn es in der Allgemeinheit als „einzelgängerischer Spinner“ durchgehen mag. Die Gefährlichkeit - und

das wissen vor allem die Sicherheitsorgane - ist trotzdem schwer einzuschätzen und liegt in der Mehrzahl der Fälle weit über dem, was man sich im Allgemeinen vorzustellen vermag.

### ● **EXKURS 3: AMOK: PSYCHOSOZIALE HINTERGRÜNDE UND PERSÖNLICHKEITSSTRUKTUR**

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

#### **Alter, Geschlecht und sozialer Status**

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

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

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

#### **Ursachen und Hintergründe?**

Bezüglich der *Ursachen* und *Hintergründe* wurde - zumindest früher - praktisch alles in Erwägung gezogen: körperliche Leiden (z. B. Epilepsie), seelische Stö-

rungen (insbesondere die so genannte katatone und paranoide Form der Schizophrenien), ferner hirnorganische Veränderungen, Vergiftungszustände (meist Rauschdrogen, z. B. das gewalt-gefährliche Kokain, was auch heute noch eine Rolle spielt) u. a.

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

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

Über die Gefahr, die von einer *Drogenabhängigkeit* ausgeht, muss nicht weiter diskutiert werden (z. B. Kokain, Crystal Meth u. a.). Bei den *Psychosen* (volkstümlich: Geisteskrankheiten) sind es insbesondere die wahnhaften Beeinträchtigungen und ggf. Sinnestäuschungen, die als Auslöser möglich sind, statistisch gesehen aber offenbar keine große Rolle spielen. Das Gleiche gilt für *Depressionen* mit der Gefahr eines erweiterten Suizids (der Patient nimmt noch andere mit in den Tod), was aber mit dem eigentlichen Amoklauf nichts zu tun hat.

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

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

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

Das sind zum einen eher geringe geistige und gemütsmäßige Gaben (oder zumindest nicht für die jeweilig angestrebte gesellschaftliche Position ausrei-

chend); zum anderen die Neigung und damit Gefahr von Rückzug und Isolation; manchmal auch wahnhafte Umdeutung an sich harmloser Geschehnisse, besonders wenn man seine Umwelt als feindselig erlebt.

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

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

### **Gibt es verschiedene Amoklauf-Typen?**

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

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

oder gar gewalttätiges Verhalten, sondern ist auch unfähig, ein normales Schuldbewusstsein zu entwickeln und aus der Erfahrung zu lernen, selbst aus Bestrafungen.

### Weitere Charakterisierungs-Versuche

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

- Unter den Amokläufern, die sich am Ende selbst töteten, fanden sich zwei Kategorien:
  - Zum einen waren dies ältere, zuvor *unauffällige Täter*, die ausschließlich Familienmitglieder attackierten, und dies meist mit Schusswaffen. Sie gingen mit tödlicher Präzision vor, so dass kaum ein Opfer überlebte.
  - Zum anderen kam eine Gruppe heraus, die verblüffend genau dem in den entsprechenden Filmen entworfenen *Stereotyp* entsprachen: Es handelt sich oftmals um ledige, kontaktarme Waffennarren, die zum Teil noch bei der Mutter lebten. Diese Täter griffen entweder nur fremde Personen an oder taten dies, nachdem sie im Anfangsstadium des Geschehens nächste Angehörige ihrer Familie getötet hatten.
- Amokläufer hingegen, die sich nicht selbst umbrachten, zeigten andere Handlungsmuster: Sie verursachten beispielsweise enorme Sachschäden, in dem sie nicht die üblichen, sondern ungewöhnliche Waffen einsetzten, nämlich Pkw, Lkw, Busse oder sogar Panzer, die sie zuvor entwendet hatten und aufgrund entsprechender Vorkenntnisse auch offensichtlich zu steuern wussten. Deren *impulsive Gewaltakte* führten einerseits zu hohen Sachschäden, neuerdings aber auch zu entsetzlichen Menschenverlusten, je nach gewähltem Amok-Ort. Diese Täter waren offenbar häufiger psychisch krank (z. B. Verfolgungswahn) oder standen unter Einfluss von Rauschdrogen. Zum Thema „Radikalisierung“ siehe das entsprechende Kapitel in diesen Ausführungen.
- Ein Phänomen, das sich erst seit vergleichsweise überschaubarer Zeit zu häufen scheint, ist der *Schul-Amok*, d. h. Jugendliche, die an ihren eigenen oder einer ihnen bekannten Schule Mitschüler, Lehrer und anderes Personal sowie Eltern ermorden. Dabei stellte sich heraus, dass diese Art von Amok in den seltensten Fällen als „blindwütige Raserei“ angelegt war, das heißt sich schnell und impulsiv aus einer entsprechenden Situation heraus aufbaute. Denn fast alle Täter hatten sich zuvor durchaus einige Zeit gedanklich mit dem bevorstehenden Gewaltakt beschäftigt. Bei mehr als der Hälfte ging eine längere Planung voraus (Internet!). Auch die Tatsache, dass in den meisten Fällen die Opfer bewusst ausgewählt worden waren und oftmals sogar Todes-

listen existierten sowie regelrechte „Hinrichtungen“ praktiziert wurden, zeigt, dass die Vorbereitungsphase eher die Regel als die Ausnahme war.

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

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

### **Vorbeugung und Risiko-Marker**

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

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

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

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

#### ● EXKURS 4: FANATISCHE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

Fanatismus nimmt zu - weltweit. Er droht zu einem der folgenreichsten globalen gesellschaftlichen Probleme zu werden. Nachfolgend geht es jedoch nicht um historische oder welt-politische Dimensionen, sondern um den Einzelfall: den Fanatiker.

Meist handelt es sich um „intolerante Extrempositionen“, bei jedoch nicht krankhafter Wesensart des Betreffenden. Noch schwieriger wird es bei *fanatischen Persönlichkeitsstörungen* (Psychopathen) mit einer krankhaften Überwertigkeit ihrer Vorstellungen und Ideen, die das gesamte Denken und Handeln beherrschen können - mit allen Konsequenzen für „Andersdenkende“. Nachfolgend deshalb ein kurzer Überblick zu diesem Thema aus psychiatrischer Sicht (z. B. G. Hole, 2004):

Fanatiker, deren Wesensart, Einstellung, Handlungen und vor allem die daraus entstehenden Folgen eine „vertretbare“ Grenze überschritten haben, wurden früher als fanatische Psychopathen bezeichnet, heute als fanatische Persönlichkeitsstörungen. Hier noch einmal zum besseren Verständnis eine kurze historische und definitorische Wiederholung:

– *Psychopathie*: Fachbegriff, der wegen seiner negativen Wertung heute nicht mehr üblich ist. Man spricht eher von abnormer Persönlichkeit, abnormer Persönlichkeitsentwicklung, dissozialer Persönlichkeit, Soziopathie, Charakterneurose, psychopathischer Entwicklung usw. Am häufigsten aber von Persönlichkeitsstörungen (s. u.). Allerdings werden alle diese Begriffe untereinander nicht immer bedeutungsgleich verwendet und neu diskutiert.

Die Abnormität der Persönlichkeit, also eine von der jeweils herrschenden gesellschaftlichen Norm abweichende Variante, soll beim Psychopathen angeboren bzw. auf der Grundlage einer abnormen Anlage lebensgeschichtlich entstanden sein. Dabei leiden beide Seiten, ausgedrückt in dem Satz: Psychopathische Persönlichkeiten sind solche abnorme Persönlichkeiten, die unter ihrer Abnormität leiden oder unter deren Abnormität die Gesellschaft leidet (K. Schneider). Früher zahlreiche Einteilungsversuche, je nach dominierenden Charakterzügen.

– *Persönlichkeitsstörung*: moderner Begriff für Psychopathie (obgleich nicht immer deckungsgleich verwendet). Tief eingewurzelt Fehverhalten mit entsprechenden zwischenmenschlichen und gesellschaftlichen Konflikten. Tritt in der Regel erst in der Jugend auf und verblasst oft im mittleren und höheren Lebensalter wieder. Eine praktisch verwertbarer Definition lautet: Von einer Persönlichkeitsstörung spricht man u. a. dann, wenn eine Persönlichkeitsstruktur durch starke Ausprägung bestimmter Merkmale so akzentuiert ist, dass sich hieraus ernsthafte Leidenszustände und/oder Konflikte ergeben.

## Fanatismus

Vom Lateinischen: fanum = Opferhaus, Tempel, einer Gottheit geweihter Ort, in dem in „rasende Begeisterung“ versetzt werden kann.

*Beschreibung*: Fanatismus ist einer der eindrucksvollsten und oft auch folgenschwersten Phänomene der Menschheitsgeschichte. Er scheint wieder an Bedeutung zu gewinnen: politisch, ethnisch, weltanschaulich, religiös u. a. Charakterisiert durch völliges Durchdrungen-Sein von einer Idee, Religion, Weltanschauung, einer Ideologie. Allerdings nicht nur engagiert, sondern übersteigert, mit leidenschaftlichem, ja blindem Eifer, gefangen in einer einseitigen, subjektiven Überzeugung. Die Folgen können gänzlich harmlos, aber auch weltweit verheerend sein. Entscheidend sind dabei die jeweiligen politischen, wirtschaftlichen, ethnologischen, religiösen, militärischen u. a. Bedingungen.

Bezeichnend ist der Satz des Psychiaters E. Kretschmer: „Fanatiker, in ruhigen Zeiten begutachten wir sie, in unruhigen beherrschen sie uns ...“

So leben die meisten Fanatiker „unter uns“ und z. T. in nicht geringen, wenn nicht gar entscheidenden Positionen. Bleibt der Fanatismus in sinnvollen Grenzen, d. h. dient weitgehend angepasst der Sache und führt zu keinen ernsteren Beeinträchtigungen anderer, kann sich das auch positiv auswirken. Nicht so bei krankhafter Übersteigerung.

Fanatiker von Krankheitswert werden demnach in der Psychiatrie den Psychopathen zugeordnet, die man heute als Persönlichkeitsstörungen bezeichnet (s. o.).

## Fanatische Persönlichkeitsstörung

Typisch für fanatische Persönlichkeiten ist eine so genannte Überwertigkeit ihrer Vorstellungen und Ideen, die das gesamte Denken und Handeln beherrschen. Daraus ergeben sich - im Gegensatz zur Einstellung „normaler“ Mitmenschen - Rücksichtslosigkeit bei der Durchsetzung, Vernachlässigung anderer berechtigter Aspekte und der Verlust des Überblicks für das Ganze. Fanatiker verfolgen weniger die Durchsetzung eines Rechts als die Durchsetzung ihrer Ideen, die sich auf verschiedene Lebensbereiche beziehen können: Politik, Religion, ethische, ethnologische, religiöse u. a. Fragen, ja sogar Gesundheit usw.

Im Extremfall kommt es dabei zu barschem öffentlichem Auftreten, zu Belästigung (z. B. Mitmenschen, „Prominente“, Behörden, Redaktionen, Gerichte u. a.), zu Beleidigungen und Gewaltakten.

Da es sich meist um aktive, dynamische, energische, ja expansive Persönlichkeiten handelt, die von der Richtigkeit (und „Gerechtigkeit“) ihrer eigenen Vorstellungen unabdingbar überzeugt sind und vor allem unbeirrbar ihren Weg gehen, jeder noch so stichhaltigen Gegenargumentation und Kritik unzugänglich, drohen - besonders bei zusätzlichem Sendungs- und Heils-Bewusstsein - verhängnisvolle und weitreichende Konsequenzen. Dazu gehört vor allem der suggestive Einfluss, den nicht wenige fanatische und fanatisierende Persönlichkeiten auf ihre Mitwelt ausüben können - ein für die Menschheitsgeschichte bedeutsames Phänomen, besonders wenn noch Machtgier und Intoleranz gegenüber Andersgesinnten hinzukommen.

*Vorkommen:* Psychiatrisch relevante Zustände von Fanatismus, also fanatische Persönlichkeits-Störungen finden sich in jeglicher Bandbreite, von Gegnern der Schulmedizin und herkömmlichen Ernährungsweise bis zu Sektierern und Revolutionären. Besonders „aufwendig“, lästig bis zermürend für die Betroffenen bzw. Opfer sind „expansive (streitsüchtige) Persönlichkeiten“, Querulanten oder gar das, was man früher „Kampf-Fanatiker“ nannte, die unter entsprechenden Bedingungen Geschichte machen konnten.

Fließende Übergänge sind möglich zu

- „erregbaren Persönlichkeiten“: Affektausbrüche bei meist geringfügigen Anlässen,
- paranoiden Persönlichkeitsstörungen: durchgängiges Misstrauen, hohe Empfindsamkeit gegenüber Kritik und Kränkung, Neigung, neutrale oder gar freundliche Handlungen anderer als kränkend oder feindselig zu interpretieren, ggf. wahnhafte Tendenzen.

*Verlauf:* Beginn in Kindheit und während des Heranwachsens, Höhepunkt meist im Erwachsenenalter, ggf. Rückgang im mittleren und vor allem höheren Alter, wenn die verfügbaren Kraft-Reserven zu schwinden beginnen.

*Prävention und Therapie:* sehr schwierig. Am günstigsten behutsame psychagogische Interventionsversuche (eine Mischung aus Psychotherapie und pädagogischen Bemühungen), die nicht zu überzeugen oder gar zu überrumpeln versuchen, sondern ein gewisses Verständnis signalisieren - und damit dem Patienten auch ein „großzügiges Entgegenkommen“ ermöglichen. Ist dies nicht gegeben, können die Konsequenzen für das nähere und weitere Umfeld, im Einzelnen sogar national oder global, folgeschwer bis verheerend sein. An Beispielen mangelt es nicht.

## LITERATUR

Ausführliche und z. T. sehr spezifische Beiträge zum Thema, in ihrer Fülle kaum mehr überblickbar. Nachfolgend deshalb in Ergänzung zu Teil 1 eine begrenzte Auswahl deutschsprachiger Fachbücher:

*Ahrens, S., W. Schneider (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin.* Schattauer-Verlag, Stuttgart 2002

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

*Assion, H.-J., W. Vollmoeller (Hrsg.): Handbuch Bipolare Störungen.* Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2006

*Blanz, D. u. Mitarb. (Hrsg.): Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter.* Schattauer-Verlag, Stuttgart 2006

*Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie.* Springer-Verlag, Berlin 1927

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

*Böcker, W., H. Häfner. Gewalttaten Geistesgestörter.* Springer-Verlag, Berlin 1973

*Bojack, Barbara, Heike Akli: Die Tötung eines Menschen.* Verlag für Polizeiwissenschaft, Frankfurt 2005

*Bonillo, M. u. Mitarb.:* **Gewalt in der familialen Pflege.** Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2013

*Bowlby, J.:* **Verlust, Trauer und Depression.** Fischer-Verlag, Frankfurt 1987

*Breakwell, G. M.:* **Aggressionen bewältigen.** Verlag Hans Huber, Göttingen 1998

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

*Buhus, M.:* **Borderline-Störungen.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 2002

*Buss, D. M.:* **Der Mörder in uns.** Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg 2008

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

*Detter, H. C. (Hrsg.):* **Angewandte Psychosomatik.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1997

*Deister, A., H.-J. Möller:* **Schizophrenie und verwandte Psychosen.** Wiss. Verlagsges., Stuttgart 1998

*Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (Hrsg.):* **Weißbuch Bipolare Störungen in Deutschland.** Books On Demand, Norderstedt 2003

*Dollar, J., N. E. Miller:* **Frustration und Aggression.** Beltz-Verlag, Weinheim 1972

*Dölling, D., J.-M. Jehle (Hrsg.):* **Täter – Taten – Opfer.** Forum-Verlag, Godesberg 2013

*Dollinger, H.:* **Schwarzbuch der Weltgeschichte. 5000 Jahre der Mensch des Menschen Feind.** aria verlag, Erfstadt 2004

*Doubek, Katja:* **Lexikon der Attentate.** Piper-Verlag, München-Zürich 2001

*Douglas, J., M. Olshaker:* **Die Seele des Mörders.** Spiegel-Buchverlag, Hamburg 1996

*Douglas, J., M. Olshaker:* **Mörder aus Besessenheit.** Goldmann-Verlag, München 2000

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

*Dulz, B. u. Mitarb. (Hrsg.): Handbuch der Borderline-Störungen.* Schattauer-Verlag, Stuttgart 2011

*Dulz, B. u. Mitarb. (Hrsg.): Handbuch der Antisozialen Persönlichkeitsstörung.* Schattauer-Verlag, Stuttgart 2017

*Eckhardt-Henn, Annegret, C. Spitzer (Hrsg.): Dissoziative Bewusstseinsstörungen.* Schattauer-Verlag, Stuttgart 2017

*Eichenberg, C., P. Zimmermann: Einführung Psychotraumatologie.* Ernst Reinhardt-Verlag, München-Basel 2017

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

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

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

*Faust, V. (Hrsg.): Biometeorologie.* Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1976

*Faust, V., G. Hole: Der gestörte Schlaf und seine Behandlung.* Universitätsverlag Ulm, Ulm 1982

*Faust, V., G. Hole (Hrsg.): Depressionen.* Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1983

*Faust, V.: Depressionsfibel.* G. Fischer-Verlag, Stuttgart 1995

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

*Faust, V.: Schizophrenie.* Arcis-Verlag, München 1996

*Faust, V.: Manie.* Enke-Verlag, Stuttgart 1997

*Faust, V.: Angststörungen, Depressionen, Somatisierungsstörungen, Schlafstörungen.* Aesopus-Verlag, Stuttgart 2000

*Faust, V.: Psychische Störungen heute.* Loseblatt-Sammlung. ecomed-Verlag, Landsberg 2002 bis 2017

*Fegert, J. M. u. Mitarb. (Hrsg.): Adoleszenzpsychiatrie.* Schattauer-Verlag, Stuttgart 2009

*Fiedler, P., S. C. Herpertz: Persönlichkeitsstörungen.* Beltz-Verlag, Weinheim-Basel 2016

*Fink, P.:* **Immer wieder töten.** Verlag Deutscher Polizeiliteratur, Hilden 2001

*Fischer, G., P. Riedesser:* **Lehrbuch der Psychotraumatologie.** UTB, München 1998

*Fischer, M. G.:* **Vergleich krimineller Handlungen mit und ohne Gewaltanwendung hinsichtlich Tatplanung, Tatablauf und Nachtatverhalten.** Diss. Universität Konstanz, Konstanz 2006

*Ford, F. L.:* **Der politische Mord.** Junius-Verlag, Hamburg 1990

*Förstl, H. (Hrsg.):* **Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2003

*Freud, S.:* **GWX.** Fischer-Verlag, Frankfurt 1914

*Fröscher, W. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Die Epilepsien.** Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2004

*Füllgrabe, U.:* **Kriminalpsychologie: Täter und Opfer im Spiel des Lebens.** Ed. Wetzel, Frankfurt 1997

*Gastpar, M. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Lehrbuch der Suchterkrankungen.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1999

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

*Geschwinde, Th.:* **Rauschdrogen.** Springer-Verlag, Berlin 2003

*Göppinger, H., P. H. Bresser (Hrsg.):* **Tötungsdelikte.** Enke-Verlag, Stuttgart 1980

*Göppinger, H., M. Bock (Hrsg.):* **Kriminologie.** Verlag C. H. Beck, München 2008

*Grafel, C. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Cybercrime 2.0: Virtuelle Fragen – reale Lösungen.** Verlag für Polizeiwissenschaft, Frankfurt 2015

*Greuel, L., A. Petermann (Hrsg.):* **Macht – Nähe – Gewalt.** Verlag Pabst Science, Lengerich 2007

*Groote, V. E.:* **Prognose von Täterverhalten bei Geißelnahmen.** Frankfurt 2002

*Gudehus, C., M. Christ (Hrsg.):* **Gewalt. Ein interdisziplinäres Handbuch.** Verlag J. B. Metzler, Stuttgart 2013

*Gutzmann, H., S. Zank:* **Dementielle Erkrankungen.** Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2005

*Habermann, N.:* **Jugendliche Sexualmörder.** Verlag Pabst Science, Lengerich 2008

*Hacker, F.:* **Aggression.** Nikon-Verlag, Düsseldorf-Wien 1993

*Hare, R. D.:* **Gewissenlos – Die Psychopathen unter uns.** Springer-Verlag, Wien-New York 2005

*Harrendorf, S.:* **Rückfälligkeit und kriminelle Karrieren von Gewalttätern.** Universitätsverlag Göttingen, Göttingen 2007

*Häßler, F. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Praxishandbuch Forensische Psychiatrie.** Med. Wiss. Verlagsges., Berlin 2015

*Heinrich, J.:* **Aggression und Stress.** Beltz-Verlag, Weinheim 1992

*Hermanutz, M. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Moderne Polizeipsychologie in Schlüsselbegriffen.** Boorberg-Verlag, Stuttgart 2001

*Hirigoyen, M.-F.:* **Die Masken der Niedertracht. Seelische Gewalt im Alltag und wie man sich dagegen wehren kann.** Deutscher Taschenbuch-Verlag, München 2006

*Hoffmann, S. O.:* **Charakter und Neurose.** Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 1996

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

*Huber, M.:* **Multiple Persönlichkeiten.** Fischer-Verlag, Frankfurt 1995

*Hunger, H. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Lexikon der Rechtsmedizin.** Johann Ambrosius Barth-Verlag, Heidelberg 1993

*Jeckle, L.:* **Aspekte der Alterskriminalität in kriminologischer Sicht.** Diss., Universität Freiburg, Freiburg 1987

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

*Kahl, K. G. u. Mitarb.:* **Praxishandbuch ADHS.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2007

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

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

*Keßler, I.:* **Straffälligkeit im Alter**. LIT-Verlag, Münster 2005

*Ketelsen, R. u. Mitarb.:* **Seelische Krise und Aggressivität**. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2007

*Kinzle, Th., Barbara Paul-Ettliger:* **Aggression in der Pflege**. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2013

*Kisker, K. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Schizophrenien**. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 1987

*Köhle, K. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Uexküll – Psychosomatische Medizin**. Verlag Urban & Fischer, München 2016

*Konzen, G.:* **Fanatismus**. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2005

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

*Koslowski, R.:* **Die Kriminologie der Tötungsdelikte**. Peter Lang-Verlag, Main 1999

*Kößler, M., C. E. Scheidt:* **Konversionsstörungen**. Schattauer-Verlag, Stuttgart 1997

*Kretschmar, C. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Angst – Sucht – Anpassungsstörungen im Alter**. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Düsseldorf 2000

*Kreuzer, A., M. Hürlimann:* **Alte Menschen als Täter und Opfer**. Lambertus-Verlag, Freiburg 1992

*Kröber, A.-L. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Handbuch der Forensischen Psychiatrie**. Steinkopff-Verlag, Heidelberg 2009.

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

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

*Lachmund, C.:* **Der alte Straftäter**. LIT-Verlag, Berlin-Münster 2011

*Lammel, M. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Die forensische Relevanz „abnormaler Gewohnheiten“**. Med. Wiss. Verlagsges., Berlin 2008

*Lasogga, F., B. Gasch (Hrsg.): Notfallpsychologie.* Springer-Verlag, Heidelberg 2008

*Lemke, M. R. (Hrsg.): Affektive Störungen.* Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2004

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

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

*Margraf, J., W. Maier (Hrsg.): Pschyrembel – Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie.* Verlag Walter de Gruyter, Berlin-Boston 2012

*Maz, H.-J.: Die narzisstische Gesellschaft. Ein Psychogramm.* Verlag C. H. Beck, München 2012

*Meck, Ute: Selbstmordattentäter.* Verlag für Polizeiwissenschaft, Frankfurt 2007

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

*Mentzos, S.: Hysterie.* Kindler-Verlag, München 1980

*Mentzos, S.: Neurotische Konfliktverarbeitung.* Kindler-Verlag, München 1982

*Mertens, W., B. Waldvogel (Hrsg.): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe.* Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2014

*Möller, H.-J., H. M. van Praag (Hrsg.): Aggression und Autoaggression.* Springer-Verlag, Berlin 1992

*Musolff, Cornelia, J. Hoffmann (Hrsg.): Täterprofile bei Gewaltverbrechen.* Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2006

*Naber, E., Lambert, M. (Hrsg.): Schizophrenie.* Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2004

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

*Neuhäuser, G., H.-C. Steinhauser (Hrsg.): Geistige Behinderung.* Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 1999

*Nissen, G.: Aggressivität und Gewalt.* Verlag Hans Huber, Bern 1995

- Paik, Th. R.:* **Pathopsychologie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 2002
- Pantel, J. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Praxishandbuch Altersmedizin.** Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2014
- Peters U. H.:* **Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie.** Verlag Urban & Fischer, München-Jena 2007
- Pole, G.:* **Fanatismus.** Psychosozial-Verlag, Gießen 2004
- Polendorfer, C.:* **Der provozierte Suizid.** Verlag für Polizeiwissenschaft, Frankfurt 2015
- Prochazka, Elvira.:* **Zur Typologie aggressiven Verhaltens.** Diss., Universität München, München 1992
- Rasch, W., N. Konrad:* **Forensische Psychiatrie.** Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2004
- Remschmidt, H. (Hrsg.):* **Tötungs- und Gewaltdelikte junger Menschen.** Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2012
- Richter, D. u. Mitarb.:* **Konfliktmanagement in psychiatrischen Einrichtungen.** GUV Westfalen-Lippe, Düsseldorf 2001
- Robertz, F. J., A. Thomas (Hrsg.):* **Serienmord.** Belleville-Verlag, München 2004
- Robertz, F. J.:* **Schoolshootings.** Verlag für Polizeiwissenschaft, Frankfurt 2004
- Rückert, Sabine:* **Tote haben keine Lobby. Die Dunkelziffer der vertuschten Morde.** Verlag Hoffmann und Campe, Hamburg 2000
- Ruthemann, U.:* **Aggression und Gewalt im Altenheim.** Recom-Verlag, Basel 1993
- Scharfetter, C.:* **Dissoziation.** Verlag Hans Huber, Bern 1999
- Scharfetter, C.:* **Allgemeine Psychopathologie.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2010
- Scheib, K.:* **Die Dunkelziffer bei Tötungsdelikten aus kriminologischer und rechtsmedizinischer Sicht.** Diss. Humboldt-Universität Berlin, Berlin 2001
- Schneider, H. J. (Hrsg.):* **Internationales Handbuch der Kriminologie.** Verlag Walter de Gruyter, Berlin 2009

- Schneider, H. J.:* **Kriminologie der Gewalt.** Hirzel-Verlag, Stuttgart 1994
- Schramke, H.-J.:* **Alte Menschen im Strafvollzug.** Forum-Verlag, Godesberg 1996
- Schröder, D., P. Bezold (Hrsg.):* **Gewalt im sozialen Nahraum I.** Verlag für Polizeiwissenschaft, Frankfurt 2004
- Schröder, D., R. Bertel:* **Gewalt im sozialen Nahraum II.** Verlag für Polizeiwissenschaft, Frankfurt 2005
- Schwind, H.-D.:* **Kriminologie.** Kriminalistik Verlag, Heidelberg 2013
- Seidler, G. (Hrsg.):* **Hysterie heute.** Psychosozial-Verlag, Gießen 2001
- Seidler, G. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Handbuch der Psychotraumatologie.** Verlag Klett-Cotta, Stuttgart 2015
- Simon, R. I.:* **Die dunkle Seite der Seele – Psychologie des Bösen.** Verlag Hans Huber-Hogrefe AG, Bern 2011
- Singer, M. V., S. Teyssen (Hrsg.):* **Alkohol und Alkoholfolge-Krankheiten.** Springer-Verlag, Heidelberg 1999
- Singer, M. V. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Alkohol und Tabak.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2011
- Smeritschnig, D.:* **Raubüberfälle.** Verlag für Polizeiwissenschaft, Frankfurt 2004
- Soyka, M.:* **Drogen- und Medikamentenabhängigkeit.** Wiss. Verlagsges., Stuttgart 1998
- Spitzer, C., H. J. Grabe (Hrsg.):* **Kindesmisshandlung.** Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2013
- Steinert, T.:* **Aggression bei psychisch Kranken.** Enke-Verlag, Stuttgart 1995
- Steinert, T.:* **Aggression und Gewalt bei Schizophrenie.** Waxmann-Verlag, Münster 1998
- Steinert, T.:* **Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie.** Psychiatrie-Verlag, Bonn 2008
- Stoffels, H (Hrsg.):* **Schicksale der Verfolgten.** Springer-Verlag, Berlin 1991

*Tretter, F. (Hrsg.): Suchtmedizin kompakt.* Schattauer-Verlag, Stuttgart 2017

*Ullrich, S.: Die Persönlichkeit von Straftätern.* Diss. Universität Halle, Halle 1999

*Weis, S., G. Weber (Hrsg.): Handbuch Morbus Alzheimer.* PsychologieVerlagsUnion, Weinheim 1997

*Wetterling, T.: Gerontopsychiatrie.* Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 2000

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

*Wirtz, M. A. (Hrsg.): Dorsch – Lexikon der Psychologie,* Verlag Hans Huber, Bern 2017

*Wolfersdorf, M., H. Wedler (Hrsg.): Terroristen-Suizide und Amok.* Roderer-Verlag, Regensburg 2002

*Wrede, R.: Die Körperstrafen.* Fourier Verlag, Köln 2003

*Zimmer, N. (Hrsg.): Der 11. September 2001 und die Folgen.* Erich Fromm-Archiv, Osnabrück 2002