

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

AGGRESSION UND GEWALT

aus psychiatrischer Sicht

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

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

Dazu epidemiologische Erkenntnisse, konkrete Hinweise zur Einschätzung eines Aggressions-Risikos (unmittelbar oder kurzfristig, mittelfristig bis langfristig drohende Gewalttätigkeit), vorbeugende, therapeutische und rehabilitative Möglichkeiten und Grenzen, Sicherheitsaspekte, spezifische therapeutische Strategien (verhaltenstherapeutisch, soziotherapeutisch, pharmakotherapeutisch u. a.), Aggressions-Theorien auf bio-psycho-sozialer Basis u.a.m.

Erwähnte Fachbegriffe:

Aggression – Gewalt – tätlicher Angriff – verbaler Angriff – affekt-geladenes Angriffsverhalten – psychische Krankheit und Gewalt – Drohung – tätliche Angriffe – Körperverletzung – Risikofaktoren für aggressive und gewalttätiges Verhalten – Gewalttaten-Risiko – Geisteskrankheiten und Gewalt – Psychose und Gewalt – Erregungszustände in psychosozialen Konflikt-Situationen – Schizophrenie und Gewalt – Depression und Gewalt – Manie und Gewalt – schizo-affektive Psychose und Gewalt – manisch-depressive Psychose und Gewalt – Wahn und Gewalt – Persönlichkeitsstörungen und Gewalt – geistige Behinderung und Gewalt – Belastungs-Reaktionen und Gewalt – psychosoziales Trauma und Gewalt - Alkohol-Missbrauch und Gewalt – Alkoholismus und Gewalt – Entzugs-Syndrom und Gewalt – Delir und Gewalt – Gehirn-Erkrankung und Gewalt – Enzephalitis und Gewalt – Gehirnblutung und Gewalt – körperliche Störung und Gewalt – pathologischer (krankhafter) Rausch und Gewalt – psychodynamische Aspekte und Gewalt: Frustration, Lernen am Modell, Verminderung von Hemmungen, Aggression als Kontaktaufnahme, instrumentelle Aggression, Angst und Aggression, Rivalität und Aggression, Aggressions-Verschiebung, Aggression aus vermeintlich idealistischen Motiven u. a. – Aggressions-Muster bei psychischen Erkrankungen – wahnhaftige Störung und Gewalt – schizotypische Persönlichkeitsstörung und Gewalt – paranoide Persönlichkeitsstörung und Gewalt – schizoide Persönlichkeitsstörung und Gewalt – Borderline-Persönlichkeitsstörung und Gewalt – katatone Erregungszustände und Gewalt – Raptus und Gewalt – Eifersuchtswahn und Gewalt – Querulantenwahn und Gewalt – psychotische Angst und Gewalt – Verfolgungswahn und Gewalt – Beeinträchtigungswahn und Gewalt – Wahnsystem und Gewalt – wahnhaftige Missdeutung und Gewalt – wahnhaftige Fremdsteuerung und Gewalt – Halluzinationen (Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen) und Gewalt – Größenwahn und Gewalt – Liebeswahn und Gewalt – geistige Behinderung und Gewalt – hirnorganische Störung und Gewalt – Demenz und Gewalt – Schädel-Hirn-Trauma und Gewalt – hirnlokales Psychosyndrom und Gewalt – organische Persönlichkeitsänderung und Gewalt – Epilepsie und Gewalt – Persönlichkeitsstörungen, Psychopathien oder Soziopathien und Gewalt: dissoziale, asoziale, antisoziale Persönlichkeitsstörung, paranoide (wahnhaftige) Persönlichkeitsstörung, schizoide Persönlichkeitsstörung, schizotypische Persönlichkeitsstörung, Borderline-Persönlichkeitsstörung u. a. – Persönlichkeitsstörung mit Alkoholismus und Gewalt – Persönlichkeitsstörung mit Rauschdrogenkonsum und Gewalt – Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS/ADS) und Gewalt – Depressionen und Gewalt – erweiterter Suizid – Suchtkrankheiten und Gewalt: Alkoholismus, Rauschdrogen-Abhängigkeit, Medikamenten-Missbrauch, Polytoxikomanie/ Mehrfach-Abhängigkeit u. a. – nicht stoff-gebundene Suchtkrankheiten und Gewalt – sonstige Aggressions-Quellen und Gewalt – verminderte Aggressivität – gehemmte Aggressivität – Einschätzung des Aggressionsrisikos: kurzfristig, mittelfristig, langfristig – Beurteilungs-Kriterien für Gewalttätigkeit – vorbeugende, therapeutische und rehabilitative Möglichkeiten und Grenzen bei Gewalt – akute Gewalttätigkeit: Sicherheits-Aspekte, Klinikaufnahme, entspannende Interventionen, Pharmakotherapie – wiederholtes gewalttätiges Verhalten: allgemeine und spe-

zielle therapeutische Strategien, Pharmakotherapie – bio-psycho-soziale Hypothese – Neurotransmitter (Botenstoffe) und Gewalt – u. a. m.

Aggressionen und damit Gewaltbereitschaft, Fremd- und Selbstgefährdung werden zum wachsenden Problem in unserer Zeit und Gesellschaft. Nachfolgend deshalb eine thematisch begrenzte Übersicht aus psychiatrischer Sicht.

BEGRIFF UND DEFINITIONEN

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

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

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

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

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

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

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

Doch sei in diesem Zusammenhang gleich zu Beginn festgehalten:

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

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

NEUERE ERKENNTNISSE

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

- In der *Allgemeinheit* einschließlich der intellektuellen Ober- und Mittelschicht ist man nach wie vor der Ansicht, dass seelisch Kranke im allgemeinen und „Geisteskranke“ im speziellen (eine Art verschärfender Laienbegriff, was das Krankheitsbild anbelangt) eine besondere Bedrohung darstellen. Dies ist nachvollziehbar. Wer über keine eigenen Erfahrungen aus dem näheren und weiteren Umfeld verfügt (was nebenbei für seelisch Kranke generell nicht immer nur positive Auswirkungen hat), bezieht seine Informationen und damit Ängste aus den Medien. Und diese berichten selten über die erfolgreiche Rehabilitation und Integration von „Geisteskranken“ (was kaum interessiert), dafür aber grundsätzlich und leider noch immer in bestimmten Bereichen sensationsgeleitet über entsprechende Gewalttaten.

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

- Die *Fachwelt* scheint bzw. schien sich ebenso sicher zu sein: Psychisch Kranke sind nicht häufiger gewalttätig als „klinisch Gesunde“. Schließlich war das das Ergebnis einer großen deutschen Untersuchung aus den 1970er Jahren, die sehr detailliert, fundiert und für alle in der Psychiatrie Tätigen wegweisend war. Allerdings wurden schon damals im Hinblick auf Psychose-Kranke (heute auch Psychose-Erfahrene genannt) gewisse Einschränkungen gemacht. Diese haben sich durch die Studien zur Gewalttätigkeit psychisch Kranker in den letzten Jahren verstärkt. So sind berechnete Zweifel aufgekommen, ob man das alles heute noch so einfach übernehmen kann. Offensichtlich ist eine differenziertere Sichtweise notwendig.

Zum einen sind seit der Veröffentlichung der damaligen Gewalttätigkeits-Studie rund 40 Jahre vergangen. In dieser Zeit hat sich nicht nur in der Bevölkerungsstruktur, sondern auch in psychosozialer Hinsicht einiges gewandelt: Zunahme von Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit und Mangel an sozialer Unterstützung, nicht zuletzt bei psychisch Kranken; Zunahme und z. T. bedrohliche Ausbreitung des sekundären Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmissbrauchs, nicht zuletzt als Ausdruck und Folge unzureichender Nachsorge und mangelnder sozialer Unterstützung; Zunahme der Gewalttätigkeit generell mit z. T. unzureichend ausgestatteten und (damit gelegentlich) hilflos wirkenden Behörden und Ordnungsorganen u. a.

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

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

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

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

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

Kurz, prägnant, wissenschaftlich auf dem neuesten Stand und dabei praxis-bezogen ist das empfehlenswerte, weil nicht zuletzt rasch überschaubare Buch von

Tilman Steinert:

Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie

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

Professor Dr. Tilmann Steinert, Chefarzt am Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm in Ravensburg-Weissenau, gilt als einer der derzeit wichtigsten Experten zu diesem Thema. Auch die nachfolgenden Ausführungen stützen sich u. a. auf seine wissenschaftlichen Publikationen, Fach- und Sachbücher zum Thema, nicht zuletzt auch das unter seiner Federführung entstandene Fachbuch:

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

Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten

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

WIE HÄUFIG SIND AGGRESSIONEN UND GEWALTTATEN BEI PSYCHISCH KRANKEN?

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Häufigkeit tötlich-aggressiver Übergriffe von Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern wurde erstaunlich spät von den Psychiatern selber untersucht, möglicherweise auch ein wenig scham-besetzt, wirft es doch kein gutes Bild auf Klinik-Rahmen, Behandlungs-Voraussetzungen und vor allem -Erfolge u. a. Solche Studien-Ergebnisse hängen allerdings auch stark von den gewählten Definitionen, Erhebungs-Methoden und Einschluss-Kriterien ab, wie es die Wissenschaftler ausdrücken.

Trotzdem wiederholen sich in größeren Untersuchungen im deutschsprachigen Raum recht übereinstimmend tötlich-aggressive Übergriffe auf Personen in etwa 2% der Klinik-Aufnahmen. Bezieht man in den aggressiven Verhaltensweisen auch Drohungen und Aggressionen gegen Gegenstände mit ein, dann erhöht sich das auf 7 bis 8%.

Längerfristige Untersuchungen mit aussagekräftigen Stichproben, die mehr als Trends erkennen lassen, fehlen aber bisher.

Jedenfalls müssen bei Untersuchungen zu pathologisch-(krankhaft) aggressiven Verhalten folgende Bedingungen erfüllt sein:

1. Personen, die offenkundig oder wahrscheinlich an einer psychischen Erkrankung leiden.
2. Personen, die intoxikiert (in einem Vergiftungszustand durch Alkohol, Rauschdrogen, Medikamente u. ä.) sind oder sich in einem Entzugs-Syndrom (Abstinenz-Symptome) befinden.
3. Patienten mit einer organischen Erkrankung mit direkter oder indirekter Beteiligung des Zentralen Nervensystems und damit Seelenlebens.

4. Patienten, die ihr gewalttätiges Handeln als ich-dyston (d. h. als fremd und unerwünscht) erleben und deshalb psychiatrische/psychotherapeutische Hilfe aufsuchen.

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

GIBT ES VERLÄSSLICHE VORHERSAGE-KRITERIEN?

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

Um es vorwegzunehmen: Der beste patienten-bezogene Prädiktor aggressiven Verhaltens ist eine „aggressive Vorgeschichte“. Daneben gibt es – in deutlicher Abweichung von Risikofaktoren in der gesamten Gesellschaft – bei Gewalttaten in psychiatrischen Krankenhäusern kein Hinweis darauf, dass das männliche Geschlecht, das jüngere Alter oder bestimmte psychiatrische Diagnosen eine eindeutig herausragende Rolle spielen würden. Der Schweregrad der psychopathologischen Symptomatik (also der jeweiligen Krankheitszeichen) hat zwar einen Einfluss, als Risikofaktor aber nicht in jeder Studie konsistent belegt. Dies gilt übrigens sowohl für einzelne Symptome als auch für die Gesamt-Ausprägung des aggressiven Krankheitsbildes.

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

Um zu dem erwiesenen Aggressions-Prädiktor, nämlich dem aggressiven Verhalten in der Vergangenheit zurückzukehren, so lassen sich durchaus psychobiologische Aggressions-Komponenten erkennen. Dazu gehören:

- feindselige Attributionen (Zuschreibung bestimmter Emotionen, Motive, Verhaltensweisen u. a. von sich auf andere)
- eingeschränkte soziale Fertigkeiten

- rigide kognitive Schemata (starre Einordnungen, was Wahrnehmung, Gedächtnis, Lernen, Erwartungen, Bewertungen u. a. anbelangt)
- eingeschränkte Fähigkeiten zur Empathie (Einfühlungsvermögen, Mitgefühl, emotionales Mitschwingen) und Übernahme genereller Perspektiven
- Tendenz zu höherer Gewichtung negativer Informationen sowie
- eingeschränkte Impulskontrolle

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

In der psychologischen Forschung wird immer wieder auf den Faktor „emotionale Aggressionen wie Wut und Angst“ abgehoben, auch als „aversive Stimulation“ beschrieben. Einzelheiten – auch kontrovers diskutiert – siehe die Fachliteratur. Für den praktischen Alltag ist aber davon auszugehen, dass beispielsweise Gewalt in psychiatrischen Einrichtungen in der Regel durch aversive Stimulationen im Rahmen zwischenmenschlicher Auseinandersetzungen ausgelöst wird. Beispiele: rigide Stationsregeln, geschlossene Stationstüren, als despektierlich empfundener Umgang von MitarbeiterInnen mit PatientInnen u. a.

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

Um gerade diesen Punkt noch einmal zu vertiefen, nur einige Beispiele: Nachvollziehbar sind geschlossene Stationstüren oder einengende innen-architektonische Gegebenheiten, ferner die Atmosphäre auf der Station bzw. der Umgang des Personals, wodurch sich die PatientInnen nicht verstanden fühlen oder als nicht akzeptiert erleben. Dazu gehören die Verweigerung von Wünschen, die Durchsetzung bestimmter Stationsregeln, die Anwendung von Zwangsmaßnahmen, ja sogar die Aufforderung zu Aktivitäten, die vom Patienten nicht gewünscht werden. Aber eben auch subjektive Hoffnungslosigkeit, erlebte tatsächliche oder vermeintliche Ungerechtigkeiten, resignative Einstellungen, unangenehme Nebenwirkungen von Medikamenten, Kontakte mit Angehörigen, oder aber auch die Trennung von ihnen und bevorstehende Ereignisse wie eine richterliche Anhörung. Sie alle

können zu einem erst einmal unterschwellig, vielleicht schließlich „explodierenden“ aggressiven Verhalten (in diesem Fall Reaktionen) beitragen.

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

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

- feindselige Grund-Stimmung
- drohende Körperhaltung und Gestik
- geringe Körper-Distanz zwischen Mitarbeitern und Patienten
- verbale Bedrohungen und Beschimpfungen
- psychomotorische Erregung oder Anspannung
- Sachbeschädigungen sowie
- gesteigerte Tonhöhe und Lautstärke

Weitere Einzelheiten bzw. konkrete Hinweise siehe später.

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

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

SPEZIFISCHE ASPEKTE

Zu den spezifischen Aspekten drohender aggressiver Reaktionen oder gar körperlicher Gewalt-Durchbrüche gehören noch weitere Fragen, von denen zumindest zwei kurz gestreift werden sollen, nämlich *geschlechts-spezifische Aspekte* sowie *ethnische Minoritäten*. Im Einzelnen:

- **Geschlechts-spezifische Aspekte** sind zwar auf den ersten Blick von großer Bedeutung, deshalb auch wissenschaftlich gesehen nicht selten untersucht – aber wiederum von nicht einheitlicher Kenntnislage begleitet. Einige Studien fanden in der Vergangenheit bei teils auch großen Patienten-Kollektiven keine Geschlechts-Unterschiede in der Häufigkeit aggressiven Verhaltens. Andere berichteten über häufigeres Auftreten bei Männern, einige sogar bei Frauen (und zwar nicht nur

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

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

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

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

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

Wie steht es nun aber mit der Häufigkeit aggressiven Verhaltens? Dazu die zusammenfassenden Erkenntnisse aus den Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie: Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten: Bei mehr als 15.000 Aufnahmen mit einem Ausländeranteil von 6,2% konnte gezeigt werden, dass Tötlichkeiten und kriminelles Verhalten bei Deutschen häufiger vorkamen als bei Ausländern (hier Türken, Italiener, Jugoslawen u. a.). Auch im

deutschsprachigen Ausland, z. B. im Kanton Zürich konnte festgestellt werden, dass ausländische Patienten weniger aggressiv waren als schweizerische. Zumindest gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Patienten hinsichtlich aggressiver Vorfälle.

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

Für deutsche Untersuchungen aber gilt: Aggressives Verhalten tritt bei Patienten aus ethnischen Minderheiten oder mit Migrations-Hintergrund im Vergleich zu deutschen Patienten gleich häufig oder eher seltener auf.

DIE HÄUFIGSTEN PSYCHIATRISCHEN KRANKHEITSBILDER

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

- An erster Stelle stehen Patienten mit Alkohol-Intoxikation (eventuell in Verbindung mit einer Persönlichkeitsstörung – s. u.). Ähnliches gilt für Rauschdrogen-Einfluss. In manchen Fällen kann auch ein Medikamenten-Missbrauch eine zusätzliche Rolle spielen, als Einzel-Ursache jedoch weniger.
- Ebenfalls häufig betroffen sind so genannte akute Psychosen (allgemeinverständlich, wengleich nicht sehr treffend übersetzt: „Geisteskrankheiten“). Und hier vor allem schizophrene Psychosen, insbesondere Patienten mit einem so genannten systematisierten Wahn (Einzelheiten siehe das ausführliche Kapitel über den Wahn in dieser Serie).
- Ähnliches gilt aber auch für bipolare Störungen, d. h. manisch-depressive Psychosen, heute bipolare affektive Störung genannt. Und nicht zuletzt für schizoaffective Psychosen, bei denen schizophrene, depressive und/oder manische Zustände zugleich oder kurz hintereinander belasten können.
- Problematisch sind auch Erregungszustände in psychosozialen Konflikt-Situationen, selbst ohne zugrunde liegende psychiatrische Erkrankung. In der Gruppe der häufigen Ursachen finden sich auch Misch-Intoxikationen bei Polytoxikomanie, d. h. mehrere vergiftende Substanzen im Rahmen einer Mehrfach-Abhängigkeit. Und Persönlichkeitsstörungen, bei denen einige schon im Namen „Böses ahnen lassen“ (z. B. antisoziale/dissoziale Persönlichkeitsstörung – Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie).
- Weniger häufig sind so genannte postkonvulsive Dämmerzustände bei Epilepsie, also nach einem Krampfanfall. Desgleichen akute Belastungs-Reaktionen nach seelischem bzw. psychosozialem Trauma (Verwundung). Auch geistige Be-

hinderung mit rezidivierenden (immer wieder auftretenden) und vor allem gleichzeitig verlaufenden Erregungszuständen gehören in diese mittlere Gruppe. Und dementielle Entwicklungen, bei denen man es eventuell nicht erwarten würde (Einzelheiten siehe später).

- Eher erwartet sind Entzugs-Syndrome oder Delirien. Weniger eindeutig für den Nicht-Mediziner Erregungszustände nach unmittelbar vorausgegangenem Schädel-Hirn-Trauma sowie (damit) organische Persönlichkeitsstörungen. Auch hier: Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie.

- Selten als Ursache aggressiver psychomotorischer (seelisch-körperlicher) Erregungszustände finden sich akute Gehirn-Erkrankungen wie Enzephalitis (Gehirnentzündung) oder Subarachnoidalblutung (spezifische Form der Gehirnblutung), wobei die an sich wegweisenden neurologischen Symptome erst einmal fehlen können. Selten sind auch metabolische Störungen beteiligt, z. B. Leber- oder Nieren-Insuffizienz (Funktionsstörungen), eine Hypoglykämie („Unterzuckerung“) u. a. Desgleichen sonstige Gehirn-Erkrankungen wie Tumore, Gefäßprozesse usw.

- Ein Phänomen, dem man etwas mehr Bedrohlichkeit zugestehen würde, findet sich ebenfalls unter der dritten, eher selten auffallenden Kategorie, nämlich der pathologische (krankhafte) Rausch. Vielleicht wird er auch im Kreis der Zech-Freunde eher abgemildert (und vor allem verschwiegen), kann aber schon zu sehr unangenehmen Gewalttaten(-Folgen) führen.

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

URSACHEN UND RISIKOFAKTOREN

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

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

Bei seelisch Kranken sind es vor allem Beziehungstaten besonderer Art und diese oft noch in unerträglichen Spannungssituationen.

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

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

Möglichkeiten und Grenzen

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

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

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

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

Damit lässt sich die unselige Entwicklung der letzten Jahre eindämmen: Zunahme gewaltbereiter psychisch Kranker, vermehrt Bedrohungen, aggressive Durchbrüche oder gar spektakuläre Gewalttaten, Unruhe in der Allgemeinheit, immer öfter

restriktive Maßnahmen als Notlösung, zu wenig Therapie und vor allem Nachsorge, Rückfallgefahr, Teufelskreis.

Nachfolgend deshalb schon jetzt zur besseren Information und damit Interpretation selbst so irritierender Aspekte wie Aggressivität und Gewalt eine komprimierte Übersicht zu den verschiedenen ursächlichen Möglichkeiten aggressiven Verhaltens (noch ausführlicher siehe unten).

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

Wir beginnen mit den psychodynamischen Aspekten generell, bevor es zu den charakteristischen Aggressions-Mustern auf überwiegend psychopathologischer Grundlage kommt (s. später).

Psychodynamische Aspekte

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

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

- *Verschiebung von Aggression*: weites Spektrum von sadistischen Verhaltensweisen bis zur unkontrollierten Aggressionsabfuhr an Schwächeren; unbewusste Abläufe; häufig so genannte neurotische Projektionen (Abwehrmechanismen).
- *Aggression aus vermeintlich idealistischen Motiven*: Aggression aus Mitleid (pathologisch: Mitnahme-Suizid), Aggression im Dienste von Erziehungsidealen usw.

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

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

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

Charakteristische Aggressions-Muster bei psychischen Krankheitsbildern

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

Aus der Kenntnis solcher teilweise zu erwartenden Reaktionsweisen lassen sich wichtige Konsequenzen für den therapeutischen Umgang ziehen. Allerdings sollten die im Folgenden geschilderten Charakteristika keinesfalls als krankheitsspezifisch 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 aber einen höheren Stellenwert einnehmen als leichtere, und damit die Sachlage verändern. So gilt, wie bereits erwähnt:

- Bei schweren(!) Gewalttaten gibt es – statistisch gesehen – ein erhöhtes Risiko für z. B. Alkohol-Intoxikation, vor allem in Verbindung mit einer Persönlichkeitsstörung, für schizophrene Psychosen u. a.,

ein durchschnittliches für z. B. Epilepsien, spät erworbene Hirnschädigungen, geistige Behinderung u. a.

sowie ein unterdurchschnittliches Gewalttaten-Risiko für hirnorganische Abbauprozesse, metabolische Störungen, Tumoren u. a. Einzelheiten siehe diese.
- Leichtere Aggressionen sind dagegen bei praktisch allen psychischen Erkrankungen möglich und kommen dort auch durchaus gehäuft vor.

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

● Schizophrene Psychosen

Kaum eine Krankheits-Gruppe ist so heterogen (unterschiedlich zusammengesetzt) wie die schizophrenen Psychosen. Einzelheiten dazu, insbesondere was psychose-nahe Krankheitsbilder anbelangt (z. B. wahnhaftige Störungen, psychotypische, paranoide und schizoide Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung u. a.) siehe die z. T. ausführlichen Beiträge in dieser Serie. Außerdem den Anhang am Schluss dieses Beitrags über Tötungs-Delikte durch schizophren Erkrankte. Was gilt es zu wissen:

Statistisch erhöhtes Gewalttaten-Risiko. 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 katatonie Erregungszustände (so genannter Raptus) mit z. T. erheblichem Gewaltpotential. Gewaltakte sind aber auch bei anderen paranoiden (wahnhaften) Erkrankungen möglich. Beispiele: Eifersuchtswahn, Querulantenwahn u. a.

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

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

- 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 „raptus-artig“ (vom lat.: rapere = weg-, fort- oder hinreißen). Imperative (z. B. befehlende) Stimmen stehen meist in einem zwischenmenschlich verstehbaren Zusammenhang.
- Reaktion auf die Nähe anderer Menschen („Störenfriede“), die als lästig, einengend oder gar bedrängend bis bedrohlich empfunden werden.
- Verlust der Sozial-Distanz (Störung der Dimension Nähe/Distanz). So provoziert z. B. die Distanzlosigkeit des Patienten bei anderen Menschen Aggressionen, die wiederum beim Kranken selber Aggressionen auslösen. Weitere Einzelheiten s. u.
- Überforderung durch Leistungs- und Beziehungsansprüche der Umgebung (zuviel Nähe - s. o.): Typisch für die betroffenen Familien sind die ständigen Aufforderungen, nicht herumzuliegen, auf Hygiene zu achten 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 Behandlungs-Phase (d. h. vor allem nach Abklingen akuter psychotischer Symptome) ist andererseits gerade auch bei solchen subjektiven Überforderungen das suizidale Risiko (Selbsttötungsgefahr) hoch.

- Zunehmende soziale Desintegration, nicht zuletzt aus dem 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 soll (besonders wichtiges Aggressions-Motiv bei Schizophrenen, das viel zu wenig beachtet wird, für die Therapie aber sehr bedeutsam ist).

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

● **Wahnhafte Störungen**

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

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

Einige Betroffene erscheinen zwar relativ wenig beeinträchtigt, wenigstens nach außen hin. Bei anderen äußert sich dies im Verlaufe einer wahnhaften Beeinträchtigung schon auffälliger, meist zwischenmenschlich. Das beginnt mit einer nachlassenden beruflichen Leistungsfähigkeit, geht über partnerschaftliche, familiäre

und nachbarschaftliche Auseinandersetzungen und endet ggf. in aggressiven Reaktionen, die auch einmal eine gewalttätige Tönung annehmen können.

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

● **Geistige Behinderung (Intelligenzmangel)**

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

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

● **Hirnorganische Beeinträchtigungen**

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

Dazu Wut über Eingesperrtsein, Freiheitsberaubung, Überwältigung, 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, Minderwertigkeitsge-

fühle, Ohnmachts-Erleben, Rache-Gelüste an anderen (z. B. Mitpatienten), an der Klinik, dem Heim, der Gesellschaft u. a. Im Einzelnen:

- **Dementielle Prozesse** (erworbener Schwachsinn, z. B. durch höheres Lebensalter): Aggressionen meist in der Familie, oftmals gegen den ebenfalls betagten Partner (Vorsicht: Gefahr von Stürzen und Frakturen) oder im Pflegeheim. Häufig nur periodisch (z. B. nachts durch Schlaf-Wach-Umkehr und delirante Syndrome sowie Personen-Verkennungen = Angstreaktionen). Besonders bei plötzlicher Weglauf-Tendenz erhebliche Aggressionen möglich (Achtung: selbst betagte und hilflose Menschen können zu gefährlichen Reaktionen fähig sein – s. später). Jedoch meist ängstliche Verwirrtheit aus dem subjektiven Erleben heraus, bedroht oder in seinen Rechten eingeschränkt zu sein.
- **Akute hirnorganische Erkrankungen:** gelegentlich bei Schädel-Hirn-Trauma (Fachbegriffe: hirnlokales Psychosyndrom mit raptusartiger Gewalttätigkeit, ähnlich wie beim endokrinen Psychosyndrom), zerebralen (Gehirn-)Blutungen, Enzephalitis/Meningitis (d. h. Gehirn- bzw. Gehirnhaut-Entzündung, z. B. postenzephalitischer Parkinsonismus mit möglichen Angriffsimpulsen, z. B. jemanden zu würgen). Fremd-Aggressionen oft ungezielt, Steuerungsfähigkeit aufgehoben.
- **Organische Persönlichkeitsänderungen:** meist durch eine körperliche Krankheit mit direkter oder indirekter Wirkung auf das Zentrale Nervensystem. Leichtere hirnorganische Beeinträchtigungen führen zu Teilleistungs-Defiziten (z. B. Rechnen, Schreiben) bei jedoch oft erhaltener Arbeitsfähigkeit. Häufigstes Beispiel:
- **Epilepsie:** verminderte Frustrationstoleranz und Selbststeuerung, erschweretes Umstellungsvermögen, mangelnde Flexibilität, reduziertes Einfühlungsvermögen, rasche Überforderung, fehlende Bewältigungs-Strategien in Krisensituationen usw. Ggf. medikamentös bedingte Verstärkung von Reizbarkeit und Aggression (z. B. bestimmte Antiepileptika, ferner Tranquilizer usw.). Aggressive Durchbrüche meist spontan oder im Affekt, selten geplant gefährlich. Im Krampfanfall kaum, häufiger im nachfolgenden postiktalen Dämmerzustand. Am häufigsten jedoch ohne direkten Zusammenhang mit einem Anfallsgeschehen.

Weitere Hinweise zum Thema hirn-organische Persönlichkeitsänderungen, Epilepsie u. a. siehe später.

● **Persönlichkeitsstörungen**

Besondere Probleme durch Minderbegabung (nicht zuletzt leichteren Grades), neurologische Auffälligkeiten wie z. B. Teilleistungsschwächen (Rechnen, Lesen, selbst diskreter Art), Alkohol- oder Rauschdrogenmissbrauch, ungünstige Vorgeschichte und verhängnisvolle Milieubelastung. Wechsel von fremd- und selbst-aggressiven Verhaltensweisen (rasch kippende Fremd- und Selbstbeschädigung: Gewalttat/Suizidgefahr). Charakteristisches Aggressions-Muster je nach Persön-

lichkeitsstörung. Häufig spielen hohe Kränkbarkeit (Narzissmus - s. u.) sowie entsprechende Abwehrmechanismen im neurosen-psychologischen Sinne eine Rolle. Besonders problematische Beispiele von Persönlichkeitsstörungen mit hohem Aggressionspotential:

- **Dissoziale Persönlichkeitsstörung:** auch als asoziale Psychopathie, Soziopathie oder antisoziale Persönlichkeitsstörung bezeichnet. Wichtigstes Kriterium ist neben dem Mangel oder Fehlen von Einfühlungsvermögen, Mitleid und Rücksicht ein tiefgreifendes Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer: Belästigung, Diebstahl, Zerstörung, Täuschung, Manipulation, Lügen, Betrügen, Simulieren, vor allem häufige oder ständige Miss-Stimmung, Reizbarkeit, Aggressivität und damit wiederholte Auseinandersetzungen, Nötigungen, Verkehrsgefährdungen (einschl. Alkoholisierung) sowie ggf. Schlägereien oder gar Überfälle. Häufig auch Gewalttätigkeit im zwischenmenschlich-sexuellen sowie familiären Bereich (z. B. Ehepartner, Kinder).

- **Paranoide (wahnhafte) Persönlichkeitsstörung:** Sie ist 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 ausdrücken. Verbale und ggf. körperliche Gewaltbereitschaft ist aber auch hier nicht auszuschließen.

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

Tatsächlich sind es Menschen, die empfindlich und labil im Kontakt mit anderen sind, deren Nähe sie nur schwer zu ertragen vermögen oder gar als gefährliche Belastung bzw. grenzen-auflösende Beengung empfinden, trotz bisweilen großem Bedürfnis nach Nähe, Wärme und Zuwendung. Das Problem aber ist und bleibt: Diese Menschen sind sich der Gefühle anderer einfach nicht sicher. Und das er-

klärt 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) Wesensart kann natürlich noch zermürender werden als offene Gewaltandrohung.

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

Daneben aber lautet die Klage auch: unnahbar, unterkühlt, exzentrisch, nicht nur eigentümliches Verhalten, sondern auch sonderbare Erscheinung, d. h. die Kleidung nicht immer angepasst und vor allem sauber; Augenkontakt vermeidend, furchtsam-argwöhnisch auf Distanz bedacht, humorlos, Neigung zu Rückzug und Isolation. Dabei irgendwie ängstlich, verunsichert, scheu, wenn nicht gar misstrauisch bis grenzwertig wahnhaft. Deshalb(?) zumindest unterschwellig reizbar, aggressiv, wenn nicht gar feindselig, ja voller Groll, Hass, Neid (auf was?), Missgunst, Bitterkeit, Rachsucht u. a. Auch die Sprache wirkt irgendwie abstrakt bis gekünstelt. Im Extremfall hört man sogar Befürchtungen wie „ich bin nicht mehr ich selber“ oder „alles irgendwie sonderbar um mich herum“. Dabei offensichtlich körperliche Beeinträchtigungen, ohne dass sich etwas Organisches finden ließe (was die Ängste des Betroffenen noch verstärkt). Oder kurz: Manches wirkt regelrecht „schizophren“, zumindest wie man sich diese Krankheit in der Allgemeinheit vorstellt.

Von offizieller medizinischer Seite wird dieses Krankheitsbild schizotypische oder schizotype Persönlichkeitsstörung genannt, wofür folgende diagnostische Kriterien von der eigentlichen Schizophrenie abgrenzen sollen: Beziehungsideen (jedoch kein Beziehungswahn), seltsame Überzeugungen oder magische Denkinhalte, die das Verhalten 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 in zunehmender Vertrautheit abnimmt und die eher mit paranoiden Befürchtungen als mit kritischer Selbstbeurteilung zusammenhängt. Und gelegentlich sogar vorübergehende quasi-psychotische Episoden mit intensiven illusionären Verkennungen, akustischen und anderen

Sinnestäuschungen und wahn-ähnlichen Ideen – und zwar im Allgemeinen ohne äußere Veranlassung (Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie).

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

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

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

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

Man kann sich gut vorstellen, dass hier – vor allem überraschende und offensichtlich unbegründete – Reizbarkeit, Wut oder gar Aggressivität eine unselige Rolle spielen können.

● **Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS/ADS)**

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

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

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

● **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). Gewalt-Entladungen vor allem bei alkoholischer Enthemmung (Rauferei, Kraftprotzerei) möglich.

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

Vorsicht besonders bei therapieresistenten und damit chronischen Depressionen (die definitionsgemäß auf alle Behandlungsmaßnahmen nicht ansprechen) und deren zwischenmenschlicher Kontakt durch Hostilität (Feindseligkeit), Appellations-Verhalten (klagsame Hilferufe) und psychosozialen Rückzug geprägt ist (eher Männer?).

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

Schlussfolgerung: Selbst im Rahmen einer immer wiederkehrenden (biologischen) Depression auch auf eine gespannte zwischenmenschliche Situation achten (besonders Partnerschafts- und Sexualbereich).

Die gefährlichste, aus einer Depression entspringende Gewalttat ist wohl der

Erweiterte Suizid: Er liegt vor, wenn eine oder mehrere Personen ohne oder gegen ihren Willen von dem Todeswilligen in die Suizidhandlung mit einbezogen werden. Zu unterscheiden von Doppelsuizid bzw. Suizid mit vorangegangenem Mord. Kommt vor allem bei schweren Depressionen vor. Beispiele: Erweiterter Suizid einer depressiven Mutter mit Kind(ern) oder eines verzweifelt-resignierten Ehemanns, der seine geistig oder körperlich unheilbar schwer erkrankte Ehefrau erlösen und sich anschließend selber töten will; offenbar immer häufiger auch die Folge von wirtschaftlichem Niedergang, nachfolgender „Katastrophen“-Angst, vor allem aber Scham mit Tötung(sversuch) einer ganzen Familie. Einzelheiten dazu, wie bei allen anderen nachfolgenden Themen auch, siehe die spezielle Fachliteratur oder die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

● Suchtkrankheiten und andere Intoxikationen

Bei den stoff-gebundenen Suchtkrankheiten geht es vor allem um Alkohol, Rauschdrogen und Medikamente. Wenn es bei *höhergradigen Intoxikationen* (z. B. Vollrausch) zu aggressiven Handlungen kommt, gelten die für akute hirnorganischen 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. Im Einzelnen:

- Bei der **Alkoholkrankheit** finden sich oft folgende Besonderheiten: nüchtern eher überangepasst und aggressions-gehemmt. Unter den zahlreichen seelischen, geistigen, psychosomatisch interpretierbaren und psychosozialen Folgen fallen aber in diesem Zusammenhang vor allem auf: innere Unruhe, Nervosität, Fahrigkeit, Gespanntheit, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit und Aggressivität, die nach den nicht mehr bewältigbaren partnerschaftlichen, familiären, nachbarschaftlichen und beruflichen Schwierigkeiten in die Isolation treiben. 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 meist ängstlich getönt).

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

- Bei der **Rauschdrogen-Abhängigkeit** führen die meisten Substanzen zu eher passivem, in sich gekehrtem Verhalten (z. B. Opiate). Ausnahmen sind antriebssteigernde Stoffe (z. B. Amphetamine, sonstige Psychostimulantien) sowie die bezüglich Aggression am meisten gefürchteten Rauschdrogen 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, auch die chemisch ständig wechselnden Designer-Drogen).

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: misstrauisch, reizbar, zerfahren, Selbstüberschätzung, Denkstörungen, Wesensände-

rung, Erregungszustände bis zu aggressiven Durchbrüchen und Panikreaktionen. Gefürchtet war vor allem PCP, das ein Gefühl der Unverletzlichkeit und damit lebensbedrohliche Reaktionen auslöste (schauerliche Selbstverstümmelungen). Gleiches galt für die Neigung zu bizarrem, gewalttätigem Verhalten, insbesondere während psychose-ähnlicher Zustände (furchtbare Bluttaten).

Weckmittel (Weckamine, Stimulanzen, Psychoanleptika, Psychotonika): auch hier möglich nervös, verstimmt, unruhig, fahrig, rastlos, gereizt bis aggressiv, Verwirrheitszustände, wahnhafte Verkennungen, Sinnesstörungen mit entsprechenden Folgen.

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 kriminellem Verhalten. Das Bild vom „brutalen, aggressiven und erbarmungslosen Rauschgiftsüchtigen“ wurde/wird weitgehend vom kriminellen Kokain-Abhängigen geprägt.

Horror- oder Bad-Trip bzw. Echo-Psychose: Drogenspezifische 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, Todsein. Damit suizidale und auch fremd-aggressive Reaktionen, vor allem durch furcht-erregende optische, akustische und leibliche Sinnesstörungen. Beim Horror-Trip relativ zeit-nah, bei der Echo-Psychose Stunden, Tage oder gar Wochen nach der letzten Intoxikation (was natürlich Angst vor einer eigenständigen Geisteskrankheit auslöst).

- Völlig unkalkulierbar ist die **Mehrfach-Abhängigkeit (Polytoxikomanie)** von verschiedenen Substanzen, zumal ihr auch noch häufig eine Persönlichkeitsstörung zugrunde liegt. Die (statistisch) größte Gefahr ergibt sich aber wahrscheinlich aus dem Problem der jeweiligen *Entzugssituation (Abstinenzsymptome)* und der damit verbundenen Beschaffungskriminalität. Wichtig: Fremd-Anamnese (also Hinweise durch andere!)

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

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

Meist handelt es sich dabei um eine eher dezente innere Unruhe und unterschwellige Aggressivität.

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 entgleitendem exzessivem Verhalten, wie man dies erst einmal umschreibt, inzwischen auch als *Verhaltens-Süchte* bezeichnet. Darunter fallen vor allem das (Glücks-)Spiel, die Internet-Nutzung, die Computerspiele usf. Und das pathologische Kaufen, bei dem ohne vernünftige Motivation unnütze Dinge oder solche in sinnloser Stückzahl erworben werden, die anschließend gar nicht adäquat benutzt werden können.

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

ANDERE AGGRESSIONS-QUELLEN

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

- Durch **Behinderung** in jeglicher Form: z. B. geistig (Intelligenzmangel); körperlich (Größe, Aussehen, Verkrüppelung), 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.

- Hartnäckige **Schlafstörungen** und damit Übermüdung, Leistungseinbruch, Reizbarkeit, Missstimmung, Aggressivität u. a.
- **Psychosoziale Reaktion** auf Versagen, Demütigung, Kränkung, Frustrationen, Spott usw. Eifersuchsreaktionen aus verschiedenen Gründen (Sexualität, sonstige Partnerprobleme, Alkoholismus). Wut über vermeintliche Kritik bei schlechtem Gewissen (Alkohol, Delikte, Untreue u. a.).
- Bei „**neurotischer**“ **Unausgeglichenheit** (ohne dass sich daraus gleich eine ausgeprägtere „neurotische“ Störung ergeben muss). In sorgenbelasteten Lebenslagen, spannungsreichen Beziehungen usw.
- Als **psychogene Haftreaktion** („Zuchthausknall“: blinde Zerstörungswut).
- **Pathologischer Rausch**: heftiges, völlig situations- und persönlichkeitsunangemessenes gewalttätiges Verhalten nach dem Genuss geringer Alkoholmengen. 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**: früher eher unvermittelte Affekttaten, heute offensichtlich (schon länger?) geplante Handlung, bei der verschiedene Faktoren schließlich in die unfassbare Tat münden. Einzelheiten siehe die verschiedenen Beiträge über Amok generell und Schul-Amok im Speziellen in dieser Serie.
- **Selbstmord-Attentate**: wachsendes Problem, besonders in bestimmten politischen Brennpunkten dieser Erde. Einzelheiten dazu siehe die verschiedenen Beiträge in dieser Serie, insbesondere zum Thema Fanatismus.
- **Sadismus**: ursprünglich sexuelle Lustempfindung beim Quälen oder Demütigen des Geschlechtspartners, im weiteren aber auch nicht-sexueller Lustgewinn durch Macht, Aggressivität und Gewalt in körperlicher, aber auch seelischer und psychosozialer Hinsicht. In verdünnter Form häufiger als vermutet, dann auch zumeist ohne psychopathologischen (seelisch kranken) Hintergrund, wobei allerdings die Grenzen fließend sind. Dort wo es sich um seelische Störungen handelt, sind vor allem paranoide (wahnhaft), narzisstische und dissoziale Persönlichkeitsstörungen beteiligt. Einzelheiten dazu, auch was das Phänomen „Sadismus“ früher und heute bedeutet(e), siehe die entsprechenden Hinweise in dieser Serie.
- Unter **Stalking** versteht man das hartnäckige Nachspüren, Belästigen und Bedrängen eines anderen Menschen in vielfältiger Form: Telefon, Briefe, E-Mail, SMS, Nachspionieren, Aufsuchen, unerwünschte Geschenke, schließlich aber auch Drohungen und Gewalt. Das Spektrum geht von „psychisch nicht erkennbar krank“ bis zum Liebeswahn u. ä., also einer krankhaften Störungen. Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie.

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

Dazu gehören vor allem Störungen des Erlebens und Verhaltens, d. h. Veränderungen in der Grundstimmung Richtung Depression, aber auch vermehrte Erregbarkeit. Letzteres kann zu immer wiederkehrenden verbalen und sogar körperlichen aggressiven Durchbrüchen führen. Diese Patienten sind zwar krankheits-einsichtig, aber in der jeweiligen Situation völlig unfähig, danach zu handeln. Oft sind sie verletzlich und fühlen sich schnell benachteiligt. Ein falsches oder miss-verstandenes 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 Minderwertigkeits- und Angstzustände, sondern auch rasch kränkbar, reizbar, missmutig, aufbrausend bis aggressiv. Die Konsequenzen sind nachvollziehbar: Probleme in Partnerschaft, Familie, am Arbeitsplatz, im Freundeskreis u. a. bis hin zur Gefahr von Einzelgängertum oder gar sozialem Abstieg.

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

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

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

Was Reizbarkeit, Aggressivität oder gar drohenden Gewalt anbelangt, irritieren vor allem psychotische Zustände mit Wahn und Sinnestäuschungen, was vom inhaltslosen Glücksgefühl bis zur Todesangst, ja zu selbst- oder fremd-aggressiven Durchbrüchen gehen kann. Und selbst bei den epilepsie-bedingten Depressionen finden sich vor allem Miss-Stimmung und reizbar-aggressive Ängste (wobei auch ältere epileptische 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: Aus dem vielfältig belastenden Beschwerdebild irritiert vor allem neben wahnhaften Reaktionen, gesteigerter Gefühlsbezogenheit, Hyper-Moralismus mit überzogen religiösem Gepräge sowie ggf. eine auffallende Humorlosigkeit mit Neigung zu Ärger, Reizbarkeit oder gar Aggressivität.

ANHANG: VERMINDERUNG BZW. HEMMUNG DER AGGRESSIVITÄT

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

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

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

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

EPIDEMIOLOGISCHE ASPEKTE ZUR AGGRESSIONS-GEFAHR PSYCHISCH KRANKER GEWALTÄTÄTER

Allgemeine Aspekte: Männer überwiegen im Verhältnis 3:1. Alter meist zwischen 20 und 40 Jahren (wie früher(!) in der kriminellen, aber psychisch gesunden Bevölkerung auch, in den letzten Jahren aber Verschiebung zu immer jüngeren Jahrgängen: Jugendalter!). Oft familiäre Belastung: Alkoholismus, aggressives Verhalten in der Herkunftsfamilie (vorwiegend bei geistig Behinderten) sowie zerrüttete Familienverhältnisse.

Spezifische Aspekte: in der Regel schon mehrere Jahre seelisch gestört und behandlungsbedürftig, bis es zur erstmaligen Tat kommt. Häufung der Gewalttaten statistisch innerhalb der ersten stationären Aufenthaltswoche und dann noch einmal in den ersten sechs Monaten nach Entlassung aus der Klinik.

Alkoholmissbrauch: erhöht statistisch das Risiko für Gewalttätigkeit bei Männern und Frauen nicht nur bei Gesunden, sondern auch bei allen Formen psychischer Erkrankungen erheblich, insbesondere bei schizophrenen Psychosen.

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

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

EINSCHÄTZUNG DES AGGRESSIONS-RISIKOS

Die Beurteilung drohender Gewalttätigkeit ist eine Wahrscheinlichkeits-Abschätzung, für die bestimmte Risiko-Indikatoren herangezogen werden können. Zu unterscheiden ist zwischen

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

Im Einzelnen:

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

Die Einschätzung kurzfristig drohender Gewalttätigkeit bereitet dem Erfahrenen meist weniger Probleme. Für den Unerfahrenen, und dazu gehört die überwiegende Mehrzahl der Bevölkerung, aber bleibt es ein bedrohliches Risiko. Deshalb ist die nachfolgende Kurz-Information hilfreich, auch wenn es von der jeweiligen Situation abhängt. Im Einzelnen:

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

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

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

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

- *Aggressive Handlungen in der Vorgeschichte*: einmalig - wiederholt? Nur in einem jeweils spezifisch krankhaften Zustand bedrohlich (Rausch, akute Psychose)? Oder in einer typischen, jetzt wieder zu erwartenden Konfliktsituation? Geplante Aggressionshandlung? Gebrauch von Waffen? Aggression nur gegen bestimmte Personen (Angehörige, geschlechtsspezifisch) oder ungerichtet?
- *Suchtmittelmissbrauch in der Vorgeschichte*: Entzugssituation (Abstinenz-Symptome) zu erwarten? Frühere Gewalttätigkeiten in berauschem Zustand? Art des Suchtmittels (Rauschdrogen, Medikamente, Alkohol); verkehrt in entsprechender „Szene“, hat Umgang mit mutmaßlichen Dealern? Beschaffungskriminalität?
- *Organische Hirnschädigungen, neurologische und neuropsychologische Auffälligkeiten*: aus Vorgeschichte bekannte oder aktuelle Hinweise für verminderte Steuerungsfähigkeit? Zusätzliche medizinische Beeinträchtigungen einer als demütigend empfundenen Behinderung? Epileptische Anfälle? Hinweise für Teilleistungsschwächen und chronische Überforderung?
- *Gewalttätige Phantasien*: andauernde Hassgefühle, allgemein oder gegen bestimmte Personen? Aggressive Gedanken, Tagträume, Träume? Akustische Sinnestäuschungen mit befehlenden Stimmen, die zu Gewalt auffordern (imperative Halluzinationen - s. diese)? Feindselige Grundeinstellung gegen bestimmte Personen (z. B. „Weißkittel“ = Arzt, aber auch Frauen, Homosexuelle, Ausländer usw.)? Wichtig: sadistische Sexualphantasien bei Sexualtätern (Rezidivgefahr!)?
- *Weitere psychopathologische Aspekte*: überwiegend feindselige, ablehnende Grundstimmung? Anhaltend wahnhaftes Gefühl des Bedrohtseins? Fixiertes Wahnsystem mit bedrohenden Mächten oder Personen? Unbeeinflussbare Abwehrmechanismen in Bezug auf eigene aggressive Anteile? Unfähigkeit, Schuldgefühle zu empfinden bzw. zwanghaftes Abwehren derselben?
- *Therapeutische Fragen (so genannte Therapietreue, Einnahmезuverlässigkeit der verordneten Medikamente u. a.)*: Behandlung als hilfreich akzeptiert? Medikamentöse Therapie freiwillig oder unter Zwang? Qualität der therapeutischen Beziehungen (konstant, ambivalent)? Wie werden Weiterbetreuung und Nachsorge akzeptiert?
- *Private Beziehungen*: vorhanden, tragfähig, stützend, konfliktbelastet? Einstellung der Bezugspersonen (Partner, sonstige Angehörige, Freunde) zur Therapie? Verfügbarkeit und Kompetenz der Bezugspersonen; deren eigene gute und schlechte Erfahrungen in ähnlicher Situation?

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

Für die langfristige Vorhersage von Gewalttätigkeit gibt es bisher kaum verlässliche Indikatoren (Erfahrungshinweise). Die Vorhersage seltener Ereignisse (und darum handelt es sich bei schweren Aggressions-Fällen durch psychisch Kranke)

ist mit großen Schwierigkeiten behaftet. Die Langzeit-Prognose (Heilungsverlauf) für aggressives Verhalten ist eines der zentralen Probleme der forensischen Psychiatrie, die sich der Diagnose und Therapie psychisch kranker Rechtsbrecher widmet (Einzelheiten siehe Fachliteratur).

VORBEUGENDE, THERAPEUTISCHE UND REHABILITATIVE MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN

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

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

● **Akute Gewalttätigkeit (aggressiver Erregungszustand)**

Akute Gewalttätigkeit geht in der Regel mit einem aggressiven Erregungszustand einher: starke seelisch-körperliche Erregung (unruhiges Hin- und Herlaufen, Gestikulieren), aber auch vorausgehende seelisch-körperliche Hemmung möglich mit vermehrter Anspannung (erhöhte Muskelspannung, angespannte Haltung, starre Mimik). Extremform: katatoner Stupor (siehe dieser).

Ferner laute Beschimpfungen und Drohungen, aggressive Gesten (Fäuste ballen, auf Gegenstände schlagen) sowie vegetative Erregung (Schwitzen, Herzrasen, Hautrötung oder -blässe usw.).

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

Verlauf: akut, kurzfristig.

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

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

Vorsicht vor gefährlichen Gegenständen, auch wenn sie auf den ersten Blick nicht gefährlich erscheinen: Aschenbecher, Flaschen (Flaschenhals abschlagen), Kugelschreiber, Lineale, Brieföffner (Augen). Fluchtwege für alle Beteiligten freihalten

(nicht nur für Arzt, Sanitäter, Angehörige, auch für den seelisch Kranken, der sich ja subjektiv bedroht fühlen kann). Zweier-Gespräche in separaten Räumen nur, wenn jegliches Risiko ausgeschlossen ist. Gefahr der Selbstüberschätzung, besonders bei Berufs-Anfängern (Arzt, Pfleger, Sanitäter u. a.), die überproportional häufig zum Verletzungsoptern werden.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

● **Wiederholtes gewalttätiges Verhalten**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AGGRESSION UND GEWALT DURCH BIO-PSYCHO-SOZIALE URSACHEN?

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

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

- Zum einen handelt es sich um die Erkenntnis, dass es offenbar weniger die psychische Störung als solche ist, die zu gewalttätigem Verhalten führt. Eher oder sogar entscheidend sind die *Lebens-Umstände*, die mit dieser Störung einhergehen, also letztlich doch von ihr ausgelöst werden. Beispiele: Armut, soziale Randständigkeit, konflikt-belastetes soziales Umfeld – und nicht zuletzt Alkohol und Rauschdrogen.

- Als *biologische Ursache* diskutieren die Psychiater ein komplexes Gefüge neurobiologischer und psychosozialer Faktoren. Auch wenn viele widersprüchliche Befunde bislang kein schlüssiges Gesamtbild erlauben, scheint nicht zuletzt ein niedriger Spiegel des Neurohormons (Botenstoffs) Serotonin im Gehirn sowohl den Alkoholmissbrauch als auch eine erhöhte Bereitschaft zu aggressivem (und nebenbei auch autoaggressivem, also selbstzerstörerischen) Verhalten auszulösen.

Die Verfügbarkeit von Serotonin ihrerseits unterliegt offenbar weniger genetischen (Erb-), mehr sozialen Einflüssen, wie im Tierversuch an Primaten bewiesen werden konnte.

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

Es herrscht aber gerade bei den an sich am besten nachvollziehbaren Theorien zu bio-psycho-sozialen Ursachen noch erheblicher Forschungsbedarf. Hier zentrieren sich allerdings auch die aktuellen wissenschaftlichen Bemühungen – mit hoffentlich hilfreichen Erkenntnissen, denn Aggression und Gewalt werden offensichtlich zum zentralen Problem in unserer Zeit und Gesellschaft.

ANHANG: TÖTUNGS-DELIKTE DURCH SCHIZOPHREN ERKRANKTE

Eine Zusammenfassung neuerer Erkenntnisse

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

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

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

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

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

Dazu einige Beispiele:

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

Einschränkend wurde jedoch auch darauf hingewiesen, dass es der so genannte Substanz-Missbrauch bei 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 schwerste 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 Risiko-Checklisten, wie sie in der forensischen Psychiatrie verwendet werden. Aber auch in der Allgemein-Psychiatrie, um erkrankungsbedingte Gefährdete und damit ggf. besonders gefährliche Patienten zu identi-

fizieren. Außerdem sollten Gewalt-Androhungen Psychose-Erkrankter ernst genommen werden.

Allerdings werden Drohungen von Patienten bisher selten als Risiko-Faktor für spätere Delikte schizophrener Patienten erwähnt. Das allerdings kann folgenreicher werden, wie entsprechende Untersuchungen über Jahre hinweg und an einer großen Zahl von Probanden 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 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. Deshalb wurde aus derzeitiger Sicht der Frage nachgegangen, ob Tötungs-Delikte von psychotischen Patienten bei umfassender psychiatrischer Behandlung hätten verhindert werden können (Joachim Nitschke, Bezirksklinikum Ansbach, Klinik für Forensische Psychiatrie sowie Michael Osterheider und Andreas Mokros, Universität Regensburg, Abteilung für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie in der Fachzeitschrift PSYCHIATRISCHE PRAXIS 38 (2011) 82).

Deshalb analysierte man ausführlich Patienten-Akten, forensische Gutachten und Gerichtsurteile von 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 zur schizophrenen Erkrankung bei etwa jedem 20. Patienten. Die überwiegende Zahl war ledig, die Schul- und vor allem Berufsausbildung unterdurchschnittlich; an Vorstrafen fanden sich meist Gewaltdelikte und Diebstahl, seltener Raub oder Sexual-Delikte.

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

Die Opfer waren in fast jeden Fall dem Täter bekannt, insbesondere in abnehmender Reihenfolge: Mutter, Vater, Bekannter, Partner, Freunde und Geschwister. Am häufigsten, nämlich in zwei Drittel der Fälle wurden sie erstochen. Eine stumpfe Waffe kam in jedem 4. Fall zum Einsatz, Erwürgen und Erschießen in mehr als jedem 10. (Mehrfach-Nennungen, bei der 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 zeigten und fast genauso viel mit konkreter Gewalt gedroht hatten. 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 zu achten, Wahn-Inhalte mit bedrohlichem Charakter (insbesondere Verfolgungswahn) ernst zu nehmen 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, 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 Kontaktaufnahme 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 konflikthafter Zuspitzung beitragen.

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

LITERATUR

Nicht nur wissenschaftlich oder klinisch, sondern auch psychosozial, den Alltag eines jeden Mitbürgers immer intensiver berührendes, wenn nicht gar belastendes Thema. Deshalb auch zunehmend wissenschaftlich von Interesse (und populärmedizinisch, vor allem aber in den Massenmedien zum Thema Nummer 1 hochstilisiert). Nachfolgend eine begrenzte Übersicht deutschsprachiger Monographien und Sammelbände, die man – insbesondere englischsprachig – erheblich erweitern könnte.

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

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

APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV-TR. Hogrefe-Verlag, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 2003

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

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

- Asendorph, J.B.:* **Psychologie der Persönlichkeit.** Springer-Verlag, Berlin 2004
- Bailey, R.:* **Gewalt und Aggression.** Verlag Time-Life-International, München 1977
- Bandura, A.:* **Aggression – eine sozial-lerntheoretische Analyse.** Klett-Cotta-Verlag, Stuttgart 1979
- Bell, K., K. Höhfeld:* **Aggression und seelische Krankheit.** Psychosozial-Verlag, Gießen 1996
- Blasius, D.:* **Der verwaltete Wahnsinn.** Fischer-Taschenbuch-Verlag, Frankfurt 1980
- Bleuler, M.:* **Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten.** Thieme-Verlag, Stuttgart 1972
- Böker, W., H. Häfner:* **Gewalttaten Geistesgestörter. Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1973
- Bojack, B., A. Akli (Hrsg.):* **Die Tötung eines Menschen.** Verlag für Polizeiwissenschaft, Frankfurt 2005
- Breakwell, G. M.:* **Aggression bewältigen.** Verlag Hans Huber, Bern 1998
- Brockmann, A., A. Hammann:* **Psychiatrie-Erfahrung als Berufskompetenz.** Hochschule Bremen, Bremen 2006
- Brökling, E.:* **Frauenkriminalität.** Enke-Verlag, Stuttgart 1980
- Bron, B.:* **Drogenabhängigkeit und Psychose.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1982
- Brückner, G.:* **Zur Kriminologie des Mordes.** Kriminalistik-Verlag, Hamburg 1961
- Bundeskriminalamt (Hrsg.):* **Was ist Gewalt?** Band 1. Bundeskriminalamt, Wiesbaden 1986
- Bundesministerium des Inneren (Hrsg.):* **Polizeiliche Kriminalstatistik 2007 – Die Kriminalität in der Bundesrepublik Deutschland.** BMI, Berlin 2008
- Bund-Länder-AG:* **Entwicklung der Gewaltkriminalität junger Menschen mit einem Schwerpunkt auf städtischen Ballungsräumen.** Ohne Ortsangabe, 2007

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hampel, R., H. Selg: FAF – Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren. Hogrefe-Verlag, Göttingen 1975

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

Heitmeyer, W., J. Hagan (Hrsg.): Internationales Handbuch der Gewaltforschung. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden 2002

Heitmeyer, W., H.-G. Soeffner (Hrsg.): Gewalt. Entwicklungen, Strukturen, Analyseprobleme. Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 2004

Heitmeyer, W. u. Mitarb.: Gewalt. Schattenseiten der Individualisierung bei Jugendlichen aus unterschiedlichen Milieus. Juventa-Verlag, Weinheim 1995

Hernstorfer, A.: Depression im Jugendalter unter besonderer Berücksichtigung der Komorbidität zwischen Angst und Depressionen und Aggression und Depression. Diplomarbeit, GERIN, München 2000

Herpirtz, S.: Impulsivität und Persönlichkeit: Zum Problem der Impulskontrollstörungen. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2001

Hilke, R., W. Kempf (Hrsg.): Aggression. Huber-Verlag, Bern 1982

Hinz, S.: Gefährlichkeitsprognose bei Straftätern: Was zählt? Lang-Verlag, Frankfurt 1987

Hippler, J. u. Mitarb.: Krieg, Repression, Terrorismus. Institut für Auslandsbeziehungen, Stuttgart 2006

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Kernberg, O. F., H. P. Hartmann:* **Narzissmus.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2006
- Kernberg, O. F. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Handbuch der Borderline-Störungen.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2000
- Kernberg, O. F.:* **Schwere Persönlichkeitsstörungen.** Klett-Cotta-Verlag, Stuttgart 1988
- Ketelsen, R. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Seelische Krise und Aggressivität. Der Umgang mit Deeskalation und Zwang.** Psychiatrie-Verlag, Bonn 2007
- Kleiter, E. F.:* **Gender und Aggression. Männliche und weibliche Aggression im Rahmen der Sozialpersönlichkeit bei Jugendlichen und Erwachsenen.** Beltz-Verlag, Weinheim-Basel 2002
- Kockott, G.:* **Männliche Sexualität.** Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1988
- Kraepelin, E.:* **Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte.** Verlag Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1896
- Kretschmer, E.:* **Der sensitive Beziehungswahn.** Springer-Verlag, Berlin 1918
- Kröber, H. L., H. J. Albrecht (Hrsg.):* **Verminderte Schuldfähigkeit und psychiatrische Maßregel.** Nomos-Verlag, Baden-Baden 2001
- Kröber, H. L. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 3: Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie.** Steinkopff-Verlag, Darmstadt 2006
- Kurz, A.:* **Organische Persönlichkeitsstörungen.** In: H. J. Möller u. Mitarb. (Hrsg.): **Psychiatrie und Psychotherapie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2003
- Laux, G., F. Reimer:* **Klinische Psychiatrie.** Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1981
- Leibbrand, W., A. Wettley:* **Der Wahnsinn. Geschichte der abendländischen Psychopathologie.** Albert-Verlag, Freiburg 1961
- Lempp, R.:* **Jugendliche Mörder.** Huber-Verlag, Bern 1977
- Leygraf, N.:* **Psychisch kranke Straftäter.** Springer-Verlag, Berlin 1988
- Linkemer, B.:* **Der professionelle Umgang mit schwierigen Menschen.** MVG, Landsberg 2000

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Schorsch, E.:* **Perversion, Liebe, Gewalt.** Enke-Verlag, Stuttgart 1993
- Schorsch, E.:* **Sexualwissenschaft und Strafrecht.** Enke-Verlag, 1987
- Schorsch, E. u. Mitarb.:* **Perversion als Straftat.** Springer-Verlag, Berlin 1985
- Schulz, M., C. Zechert:* **Die fremdaggressive Notfallsituation – Maßnahmen zur sekundären Prävention.** In: R. Ketesen u. Mitarb. (Hrsg.): Seelische Krise und Aggressivität. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2004
- Schwind, H.-D. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Ursachen, Prävention und Kontrolle von Gewalt.** Verlag Duncker & Humblot, Berlin 1990
- Schwithal, B.:* **Weibliche Gewalt in Partnerschaften.** Books on Demand, 2005
- Selg, H. u. Mitarb.:* **Psychologie der Aggressivität.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 1988
- Selg, H.:* **Menschliche Aggressivität.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 1974
- Sellers, T.:* **Der korrekte Sadismus.** Iko-Verlag, Pullenreuth 1993
- Sewing, S.:* **Die Wirkung experimentell induzierter Aggression auf Gehirn und Verhalten.** Med. Dis. Universität Tübingen, Tübingen 2007
- Sluga, W.:* **Geisteskranke Rechtsbrecher.** Manz-Verlag, Wien-München 1977
- Sloterdijk, P.:* **Zorn und Zeit.** Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 2006
- Sofsky, W.:* **Traktat über die Gewalt.** S. Fischer-Verlag, Frankfurt 1996
- Soyka, M.:* **Wenn Frauen töten.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2005
- Spröber, N.:* **ProACT + E - Entwicklung und Evaluation zur Prävention von Bullying.** Diss. Universität Tübingen, Tübingen 2006
- Steigleder, E.:* **Mörder und Totschläger.** Enke-Verlag, Stuttgart 1968
- Steinert, T.:* **Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie.** Psychiatrie-Verlag, Bonn 2008
- Steinert, T.:* **Aggression und Gewalt bei Schizophrenie. Epidemiologie, Prädiktoren, Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf.** Waxmann, Münster-New York-München-Berlin 1998

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

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

Steinert, T.: Indikationen von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken. In: R. Ketelsen u. Mitarb. (Hrsg.): *Seelische Krise und Aggressivität. Der Umgang mit Deeskalation und Zwang.* Psychiatrie-Verlag, Bonn 2004

Stierlin, H.: Der gewalttätige Patient. Karger-Verlag, Basel 1956

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

WEITERE LITERATUR-ÜBERSICHTEN

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

Psychiatrie heute

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

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