

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

AMOK

Blindwütige Gewaltdurchbrüche – kulturspezifische explosive Verhaltensstörung – Berserker-Gang – ekstatische Anfälle von Berserkerwut – wahllose Mordattacken – Dämmerzustand mit plötzlichen unmotivierten und ungerichteten Gewalttaten – kulturgebundene reaktive Syndrome als Bewusstseinsstörung und Wutreaktion – jähe Zornreaktion nach persönlichem Verusterlebnis oder Prestigeeinbuße – Homizid – Amok-Homizid – Homizid-Suizid (HS) – Schul-Amok – school shootings – Rampage-Killer – Massenmord – Massenmord-Selbstmord – u.a.

Der Begriff *Amok* ist zwar in aller Munde, wird aber inzwischen so breit und damit unscharf gebraucht, dass viele gar nicht mehr wissen, was er ursprünglich bezeichnete: eine plötzliche, willkürliche, nicht provozierte Gewaltattacke mit mörderischem oder zumindest erheblich zerstörerischem Verhalten. Danach Erinnerungslosigkeit und Erschöpfung, häufig auch Umschlag in selbstzerstörerische Reaktionen mit Verstümmelung oder Selbsttötung.

Über die psychologischen Hintergründe bestand schon früher keine Einigkeit, zu viele Aspekte galt es zu berücksichtigen. Allerdings vermittelten schon ältere Untersuchungen, meist aus dem Fernen Osten, interessante Hinweise über Alter, Geschlecht, sozialen Status, Persönlichkeitsstruktur, Ursachen, Hintergründe, Auslöser und Ablauf solcher oft verheerenden Gewaltdurchbrüche.

Neuere Untersuchungsergebnisse aus der westlichen Welt scheinen keine wesentlichen Abweichungen zu finden, selbst dort nicht, wo man fassungslos einer offenbar „modernen“ Form des Amoklaufs gegenübersteht: dem Schul-Amok (school shooting).

Obgleich Amok im eigentlichen Sinne ein überaus seltenes Ereignis ist (und im Grunde nichts mit politisch und militärisch motivierten Mord- oder Selbstmord-Attacken zu tun hat), sollte man einiges darüber wissen. Denn völlig ausgeschlossen ist ein so unfassbares Geschehen nirgends und zu keiner Zeit, auch

nicht bei uns, wie neuere Blutbäder in Deutschland und der Schweiz beweisen.

Nachfolgend deshalb eine etwas ausführlichere Darstellung, bei der auch historische Aspekte berücksichtigt werden.

Erwähnte Fachbegriffe:

Amok – Ahade idzibe – Benzi mazurazura – Berserker-Gang – Cafard – Colerina – Hwa-byung – li’aa – plötzliche Massen-Attacke – kulturspezifische explosive Verhaltensstörung – ekstatische Anfälle von Berserkerwut – wahllose Mordattacken – Schul-Amok – school shooting – „infektiöses Delirium“ – Dämmerzustand mit plötzlichen unmotivierten und ungerichteten Gewalttaten – Massenmord – Massenmord-Selbstmord – Rampage-Killer – kulturgebundene reaktive Syndrome als Bewusstseinstrübung und Wutreaktion – Handgranaten-Amok – jähe Zornreaktion nach persönlichem Verusterlebnis oder Prestigeeinbuße – Homizid – Amok-Homizid – Homizid-Suizid (HS) – État de fureur – Frenzied anxiety – blindwütige Aggression – dissoziativer Ausnahmezustand – dissoziative Bewusstseinsveränderung – plötzlich-unmotiviert und ungerichtete Gewalttat – Dämmerzustand – Erregungszustand – Amok-Vorstadium – Bewegungsturm – Stupor – Amnesie – Intoxikation – Vergiftungszustand – Heimweh-Reaktion – Fremd-Aggression – Selbst-Aggression – Suizid – Selbstzerstörung – Mord – Todschatz – Amok als Vorwand – amok-ähnliche Zustände – hysterischer Pseudo-Amok – akute hysterische Psychose – Geisteskrankheit – Schizophrenie – paranoid-halluzinatorisches Syndrom – paranoide Reaktion – wahnhaftige Reaktion – Persönlichkeitsstörung – abnorme Persönlichkeit – Charakterneurose – Soziopathie – Psychopathie – psychopathische Persönlichkeit – paranoide Persönlichkeitsstörung – fanatische Persönlichkeitsstörung – fanatisch-expansiv-paranoide Persönlichkeitsstörung – sensitiv-paranoide Persönlichkeitsstörung – quereulatorische Persönlichkeitsstörung – dissoziale Persönlichkeitsstörung – soziopathische Persönlichkeitsstörung – asoziale Persönlichkeitsstörung – antisoziale Persönlichkeitsstörung – psychopathische Persönlichkeitsstörung – emotional instabile Persönlichkeitsstörung – reizbare (explosible) Persönlichkeitsstörung – aggressive Persönlichkeitsstörung – Borderline-Persönlichkeitsstörung – Affektreaktion – Hysterie – Konversion – Narzissmus - Depression – endogen-depressiver Verstimmungszustand – Persönlichkeitsstörung – Psychopathie – Intoxikation (Vergiftung) – Perversion – sexuelle Enthemmung – Amok-Persönlichkeitsstruktur – Machos – Rambo – Killertypen – enthemmte Gewalttätigkeit durch Medien-Verherrlichung – Ego-Shooter – gewalttätige Computerspiele mit Schusswaffengebrauch – Waffennarr – psychoanalytische Erklärungsversuche – Risikofaktoren – Umwelteinflüsse – Erziehungsbedingungen – pathophysiologische Erklärungsversuche (Gehirnphysiologie) – Serotoninmangel-Hypothese – biologische Ursachen – Notfall-Verhalten – Prävention – Gefährdungsanalyse - u.a.m.

Amok – Begriff und Geschichte

Für ein blindwütiges Zerstören oder gar Morden ist die *Bezeichnung* „Amok“ inzwischen ein weltweiter Begriff geworden. Doch das Phänomen an sich ist so alt wie die Menschheit. Auch ist es nicht auf den Fernen Osten beschränkt. Der skandinavische Begriff für Amok-Lauf, nämlich „Berserker-Gang“ (siehe unten) spricht für sich – auch für europäische Verhältnisse. In letzter Zeit scheinen sich Amok-Attacken wieder zu häufen. Wie hat es begonnen?

Der **Begriff Amok** soll zum einen von dem malaiischen Wort *amuk* = „wütend“ oder „rasend“ abgeleitet sein und der erweiterte Ausdruck *mengamuk* spontane, gewaltsame Angriffe gegen Unbeteiligte charakterisieren. In anderen Schriften heißt es, er stamme aus der portugiesischen Version *Amuco*, einer in den Hindu-Staaten Indiens gebräuchlichen Bezeichnung für Krieger, die den Feind mit Todesverachtung angreifen und vernichten wollen (ähnlich der dem Tod geweihten Gladiatoren im alten Rom, die ihre Vernichtungskämpfe in der Arena mit der Begrüßung von Kaiser und Publikum begannen: *Morituri te salutant* = die Todgeweihten grüßen dich).

In Hinterindien übernahmen malaysische und javanische Krieger den indischen Begriff und auch das den Gegner einschüchternde Kriegsgeschrei „Amok, Amok!“ Die dortigen Könige banden ihre „amoucos“ mit materiellen Zuwendungen bis hin zu status-verleihenden Ritualen an sich. Die so motivierten Amok-Krieger sollen militärisch und zahlenmäßig weit überlegene Heere angegriffen und dabei fürchterliche Blutbäder angerichtet haben. Damals wurden diese Heldentaten in volkstümlichen Sagen verherrlicht, wobei auch schon einmal einzelne Amokläufer eine heroische Verklärung erfuhren (siehe unten), besonders wenn sie Schande oder erlittene Schmähungen mit einem Massenmord zu vergelten suchten, um anschließend selbst den Tod zu akzeptieren - und meist zu finden.

Einen ähnlichen Bedeutungswandel wie Amok erlebte das in den altnordischen Sagas belegte Wort *Berserkr*, ursprünglich für „Krieger, die in Bärenfelle gekleidet waren“, später für jene Menschen, die das Wesen eines Bären anzunehmen versuchten. Ursprünglich waren es gewaltbereite Haudegen, die im Dienste skandinavischer Fürsten des Mittelalters – in Ekstase versetzt – „mit übermenschlicher Stärke wütend kämpften“. Manche von ihnen trugen auch Wolfsfelle und wurden deshalb *Ulfhednar*, „Wolfshäupter“, später „Werwölfe“ genannt. Hier spielt auch die schamanische Vorstellung von wilder „Tierbesessenheit“ durch das „Anlegen eines Bären- oder Wolfsfelles“ eine Rolle.

Neben diesen gefürchteten Elitetruppen skandinavischer Berserker-Krieger (die sogar von byzantinischen Kaisern im Mittelalter in Sold genommen wurden) berichteten auch hier die altnordischen Sagas von individuellen *Berserkr gangr*, also ekstatischen Anfällen von Berserkerwut, in denen der Betreffende „wahllos mörderisch raste“. Das hat sich bis in das moderne Eng-

lich gehalten, und zwar durch den Ausdruck „to go berserk“ für aggressives Toben.

Im malaiisch-indonesischen Kulturkreis wurde mit der Einführung des Islam im 14. Jahrhundert das Amoklaufen gegen die „Ungläubigen“ zu einem Akt religiösen Fanatismus. Der für den Amok-Läufer ja meist drohende Tod wurde dann auch als Allah wohlgefällig betrachtet, im Gegensatz zum Selbstmord, der bekanntlich einem Muslim verboten ist.

Diese Tradition erhielt sich bis in die späten Kolonial-Zeiten, zum Beispiel in den so genannten „Aceh-Morden“ an Holländern, ausgeübt von islamischen Fanatikern auf Sumatra sowie in den amok-ähnlichen indirekten Suizidritualen auf den südlichen Philippinen. (Interessanterweise hielt sich der so genannte „Gruppen-Amok“, z. B. als Kampftechnik von Piraten in dieser Region bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts und konnte schließlich nur durch intensive militärische Anstrengungen der Kolonialbehörden gestoppt werden.)

Eine individuelle Motivation amok-artigen Verhaltens in der malaiisch-indonesischen Tradition war der blutige soziale Protest. Weit verbreitet war offenbar ein amok-ähnliches Verhalten, mit dem sich ein zahlungsunfähiger Schuldner seiner unweigerlich drohenden Versklavung dadurch zu entziehen vermochte, dass er lieber einen „ehrvollen“ Tod durch vorangegangene wahllose Mordattacken suchte. Auch hielt sich der Machtmissbrauch von Despoten und reichen Familien dadurch in gewissen Schranken, dass die Drohung mit einem Amok-Lauf bei grober Ungerechtigkeit oder Willkür nicht nur ihre nachvollziehbare Wirkung zeigte, sondern in dieser Gesellschaft sogar kulturell sanktioniert (gut geheißten, akzeptiert) war. Allerdings pflegten sich auch reiche Privatleute durch solche „amoucos“ vor entsprechenden Anschlägen zu schützen.

Im 17. bis 19. Jahrhundert erlangte Amok erstmals auch in der westlichen Welt größeres Aufsehen, vor allem durch europäische Berichterstatter (z. B. durch den berühmten Captain Cook), wurde aber vor allem mit der malaiisch-indonesischen Kultur in Verbindung gebracht, selbst wenn es außerhalb dieser Region geschah (weil z. B. bei spektakulären Fällen nicht selten Amok-Läufer aus dieser fernöstlichen Gegend beteiligt waren, z. B. in Kapstadt 1786).

Im westlichen Sprachgebrauch erfährt die Bezeichnung Amok inzwischen nicht nur eine erweiterte Bedeutung, sondern – wie so manches in unserer Zeit und Gesellschaft – eine geradezu „inflationäre Ausweitung“. So gebraucht man sie u.a. bei Kampfsportlern, z. B. Boxern, die sich einen erbitterten Fight liefern, bei wild gewordenen Tieren (z. B. Stieren oder Hunden) oder sogar bei Naturgewalten wie einem Sturm oder Orkan.

Auf jeden Fall ist der Begriff Amok inzwischen bedeutungsgleich für jede blindwütige Aggression, und zwar mit oder ohne Todesopfer.

Definition

In der Psychiatrie, wo dieses Phänomen eigentlich medizinisch-psychologisch bearbeitet gehört, beschränkt man sich bisher vor allem auf das äußere Erscheinungsbild, während man bei Ätiologie (Krankheitsursachen), Pathogenese (Krankheitsentstehung und -entwicklung), insbesondere aber bei den psychologischen Aspekten weitgehend auf Hypothesen angewiesen ist. Einzelheiten siehe später.

In wissenschaftlicher Hinsicht wird Amok nach seinem klassischen Vorbild (Fachbegriff: operationalisiert) wie folgt definiert:

„Nicht materiell-kriminell motivierte, tateinheitliche, mindestens in selbstmörderischer Absicht durchgeführte, auf den unfreiwilligen Tod mehrerer Menschen zielende plötzliche Angriffe“.

Oder kürzer als Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO):

Eine willkürliche, anscheinend nicht provozierte Episode mörderischen oder erheblich (fremd-)zerstörerischen Verhaltens. Dabei muss diese Gewalttat mehrere Menschen gefährden, d.h. verletzen oder gar töten, wenn von Amok die Rede sein soll.

Weiteres dazu siehe Kasten.

Amok – Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Laut Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) versteht man unter **Amok** eine willkürliche, anscheinend nicht provozierte Episode mörderischen oder erheblich (fremd-)zerstörerischen Verhaltens. Danach Amnesie (Erinnerungslosigkeit) und/oder Erschöpfung. Häufig auch der Umschlag in selbstzerstörerisches Verhalten, d.h. Verwundung oder Verstümmelung bis zum Suizid (Selbsttötung).

Die meisten Amok-Ereignisse treten ohne Vorwarnung auf. In einigen Fällen finden sich ausgeprägte Angstzustände oder feindselige Reaktionen.

Über die psychologischen Hintergründe besteht keine Einigkeit. Es fällt aber auf, dass Amok-Zustände offensichtlich dort öfter auftreten, wo extreme Aggressionen oder selbstzerstörerische Angriffe (z. B. im Rahmen von Kriegshandlungen) eine traditionell hohe Wertschätzung erfahren.

Amok-artige Zustände, die wahrscheinlich ähnliche Ursachen haben, nennt man in Neu Guinea *Ahade idzi be*, in einigen südafrikanischen Gegenden *Benzi mazurazura*, in Skandinavien einen *Berserker-Gang*, in Polynesien *Cafard*, in den Anden, z. B. Bolivien, Kolumbien, Ecuador und in Peru

Colerina, in Korea *Hwa-byung* und bei den Ureinwohnern des Südwestens der USA *li'aa*.

Nach WHO: Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen, 2001

Ein vor allem in den Medien häufig verwendetes Kriterium für Tötungstaten im Sinne von Amok ist die schnelle zeitliche Abfolge und eine auf den ersten Blick nicht erkennbare Begründung der Tat.

In den USA spricht man auch von „Rampage-Killern“ und meint damit Täter, die so viele Opfer wie möglich zu töten versuchen (The American Heritage Dictionary of the English Language, 2000).

Als Massenmorde werden dagegen Tötungsdelikte an mehreren Personen bezeichnet, die sich nicht zwingend innerhalb eines kurzen Zeitraumes abspielen.

Als Mord-Suizid (Massenmord-Selbstmorde) werden jene Handlungen definiert, bei denen ein Mord/Massenmord vom Suizid des Täters gefolgt ist (Fink, 2001).

Amok – wie wurde diese Bluttat früher interpretiert?

Wie so manche Phänomene im seelischen und psychosozialen Bereich scheint auch Amok einem ständigen Wandel unterworfen, was Erscheinungsbild, Motive, Ursachen und spezielle Aspekte anbelangt. Definitionen, Klassifikationen, ja wissenschaftliche Erkenntnisse (wer, was, wo, wie und warum?), die gestern noch die Erfahrung im Alltag, aber auch Forschung und Lehre prägten, können heute bereits überholt und morgen erneut korrektur-, zumindest aber ergänzungs-bedürftig sein.

Nachfolgend deshalb einige Aspekte aus wahrscheinlich schon historischer Sicht (so sah man das früher) und eine Tabelle, die von neueren Erkenntnissen ausgeht. Im Einzelnen:

Aus phänomenologischer Sicht (Erscheinungsbild) verstand man in der Psychiatrie unter Amok früher einen Dämmerzustand (siehe Kasten), also eine „plötzliche, unmotiviert und ungerichtete Gewalttat mit gefährlichen Folgen für die ahnungslosen Betroffenen“, wobei wohl nur noch Letzteres unbestritten ist. Der Dämmerzustand hingegen dürfte nicht (mehr) die Regel sein.

Für den krankhaften Hintergrund nahm man so genannte dissoziative Ausnahmezustände an. Das ist eine Veränderung der Bewusstseinslage mit unkontrolliertem Verhalten (so dass in juristischer Hinsicht die Schuldfähigkeit

aufgehoben ist, ansonsten droht ja bei tödlich getroffenen Opfern die Höchststrafe, falls vorhanden sogar die Todesstrafe).

Allerdings werden auch andere krankhafte Ursachen diskutiert (siehe später), wobei es dann aber auch strittig ist, ob man hier dann noch von einem Amok-Lauf im eigentlichen Sinne sprechen kann.

Auf jeden Fall wird die Aggression bei einem „typischen“ Amok-Lauf häufig (aber wohl nicht grundsätzlich) auf eine eigenartige, fast vorgeprägt wirkende Weise ausgelebt, vergleichbar dem Muster eines Wutanfalls von einem Kleinkind. Ein Amok-Lauf im eigentlichen Sinne – so die frühere Annahme – kommt deshalb nur durch Überwältigung, Selbsttötung oder totale Erschöpfung zu seinem Ende, was aber ebenfalls aus der Erfahrung heraus nicht mehr regelhaft zu gelten scheint. Auch die in alten Fachschriften geforderte „völlige Erinnerungslosigkeit“ ist – soweit man das an überlebenden Opfern zu beurteilen versucht –, zwar nicht auszuschließen, aber wohl ebenfalls nicht grundsätzlich anzutreffen.

Dämmerzustand

Zustand veränderten Bewusstseins. Die Bezeichnung stammt aus der Umgangssprache. Im wissenschaftlichen Sprachgebrauch müssen mehrere Bedingungen erfüllt sein: Bewusstseinsfeld eingeengt mit ausschließlicher Ausrichtung auf ein bestimmtes inneres „Erleben“. Aufmerksamkeit bzw. Beachtung der Umwelt beeinträchtigt/vermindert bis aufgehoben. Verringerte Ansprechbarkeit auf Außenreize. Denken in unterschiedlichen Graden unklar (bis zur Verwirrtheit). Häufig Situations-Verkennungen. Trugwahrnehmungen auf verschiedenen Sinnesgebieten möglich (Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, Fühlen). Ängstlich, mitunter auch beseeligt-ekstatisch.

Auf die Umgebung wirken diese Menschen mit einem Dämmerzustand wie traumverloren oder berauscht, der Umwelt kaum zugänglich. Die Bewegung kann unauffällig sein oder ist vermindert bzw. gesteigert. Erregungszustände sind nicht auszuschließen (Extremfall: Amok-Lauf).

Dämmerzustände beginnen und enden meist innerhalb kurzer Zeit und gehen vielfach in einen Erschöpfungsschlaf über. Für die Dauer des Dämmerzustandes besteht Amnesie (Erinnerungslosigkeit).

Beispiele: So genannte *organische Dämmerzustände* nach Epilepsie, Hirnverletzung, Hirngefäßverkalkung, Sauerstoffmangel, Vergiftung u.a. – *Psychogene (seelisch ausgelöste) Dämmerzustände* durch Schreck, Schock, Panik, aber auch hysterische Reaktionen u.a.

Wie entwickelt sich ein Amok-Ablauf?

Frühere Experten, die sich mit diesem Phänomen auseinandersetzen, versuchten den „Amok-Anfall“ in verschiedene Stadien zu unterteilen. Davon hat sich einiges erhalten, anderes gewandelt. Neue Überlegungen, vor allem aber Einteilungsversuche wird es wohl erst dann geben, wenn sich die Fachleute auf der Grundlage aktueller Erkenntnisse in entsprechenden Kommissionen auf neue Definitionen und charakteristische Abläufe einigen können. Im Einzelnen:

1. Prodromales depressives Brüten über zugefügte oder imaginierte Unbill
2. Explosiver homizidaler Ausbruch
3. Persistierende homizidale Handlungen ohne ersichtliches Motiv
4. Behauptung einer Amnesie für das Geschehene

Etwas ausführlicher und vor allem verständlicher heißt das folgendes:

1. Im *Vorstadium* (Fachbegriff: Prodromal-Stadium) finden sich gehäuft Milieuschwierigkeiten, chronische Erkrankungen, der Verlust der sozialen Ordnung oder Demütigungen, Kränkungen, Beleidigungen bzw. eine Verminderung des persönlichen Ansehens. Und das alles bei Menschen mit einer eher dysphorischen (ständig missgestimmten) und/oder neurasthenischen Konstitution („nervlich geschwächten“ körperlich-seelischen Verfassung).

Unter einer *Neurasthenie* versteht man also – direkt übersetzt – eine „Nervenschwäche“. Ihre wichtigsten Charakteristika sind rasche Ermüdbarkeit, Nachlassen der Arbeitsleistung, Merk- und Konzentrationsstörungen, undefinierbare körperliche Beeinträchtigungen bis Schmerzen, entspannungsunfähig, ängstlich, rasch deprimiert, vor allem aber auch reizbar bis aggressiv, früher treffend als „reizbare Schwäche“ bezeichnet.

2. Auf dieser Grundlage bekommen dann akute Belastungen körperlicher, seelischer oder psychosozialer Art eine besondere, letztlich verheerende Bedeutung. Oft handelt es sich um einen an sich belanglosen Vorfall, der aber zur Dekompensation eines schon länger bestehenden und bis dahin nur knapp kompensierten Spannungszustandes führt.
3. Danach droht aber – zumindest bei einem gewissen Teil der Betroffenen, was aber wissenschaftlich kontrovers diskutiert wird –, (noch) kein aggressiver Durchbruch, sondern das Gegenteil, nämlich Rückzug und Isolationsneigung. Früher nannte man das – nach heutigem Verständnis nicht zutreffend –, ein „Stadium der Meditation“. Heute würde man das in dieser Hinsicht eher

- als dumpf-diffuses, missgestimmt-reizbares bis depressiv-feindseliges Brüten über reale oder eingebildete (imaginierte) Kränkungen oder Demütigungen bzw.
- als sinnloses Gedankenkreisen oder zwecklose Grübelsucht bezeichnen, die sich nach und nach immer reizbarer aufschaukeln.

Manchmal werden auch – zumindest nach den Untersuchungen im Fernen Osten – ständig bestimmte Gedanken, Klagen, Vorwürfe, Drohungen, aber auch Formeln, Sinnsprüche, Gebete u.a. wiederholt. Dabei verschiebt sich unmerklich die Bewusstseinslage: Die Außenwelt „rückt ab, verdunkelt sich (*Mata gelap* = „*Auge dunkel*“) oder nimmt eine andere Färbung, z. B. rot an. Der Betroffene sieht sich von bedrohlichen Gestalten umringt und empfindet plötzlich Furcht oder Wut – oder beides.

4. Aus einem solchen Stadium der „verwirrten Sinne“ bricht plötzlich der eigentliche Amok-Zustand hervor. Der Betroffene wird von einem so genannten „Bewegungsturm“ ergriffen, ein früher häufiger gebrauchter psychiatrischer Fachbegriff.

Unter einem *Bewegungsturm* versteht man eine plötzlich auftretende ungesteuerte Überreaktion (Definition: Überproduktion von Bewegungen) mit planlosen Angriffs- oder Fluchtbewegungen, den blind erscheinenden Reaktionen von Tieren in plötzlich auftretenden Gefahrensituationen vergleichbar. Einen Bewegungsturm im herkömmlichen Sinne fand man früher vor allem bei Überforderungsreaktionen, Panik oder schweren katonen (Unterform der Epilepsie) und epileptischen Erregungszuständen.

Der Bewegungsturm im Rahmen eines Amok-Laufes ist ein entsprechender Extremzustand: Der Betroffene schreit, rennt umher, tobt, greift wahllos Menschen und Tiere an, zerfleischt seine Opfer, zerschlägt Gegenstände, legt Feuer – und tut überhaupt alles, um das Ausmaß an Zerstörung oder Tod (Fachbegriff: Homizid = Tötung eines oder mehrerer Menschen) so extrem wie nur denkbar zu halten. So etwas scheint beim heutigen Amok-Lauf eher selten, doch das wiederum täuscht, wie man beispielsweise aus jüngerer Zeit weiß (Amok-Lauf im Parlament des schweizerischen Kantons Zug).

Zuletzt wendet der Tobende seine verheerenden Aggressionen oftmals gegen sich selber, was zur Verwundung, d. h. Selbstverstümmelung bis hin zur Selbsttötung führen kann. Gelegentlich aber kann er sich auch beruhigen, zumindest scheinbar, wobei aber erneute Ausbrüche nicht auszuschließen sind – und zwar ohne Vorwarnung, manchmal noch schrecklicher als zuvor.

Nicht selten – so schon die früheren Erkenntnisse – beginnt ein solch unvorhersehbarer Angriff mit rücksichtsloser Tötungsbereitschaft bei der Familie, manchmal aber auch bei Bekannten oder Konfliktpartnern, um schließlich die tödliche Raserei gegen jedermann zu richten. Über den heutigen Erkenntnisstand bezüglich Amok-Opfer siehe später.

5. Den Abschluss bildete früher offensichtlich ein meist „tiefer Schlaf“ oder konkreter: ein stunden- bis tagelanger schlafähnlicher bis stuporartiger Zustand (*Stupor* = seelisch-körperliche Erstarrung). Nicht selten auch ein depressives Nachstadium. Für die Zeit der Amok-Tat herrscht *Amnesie* (Erinnerungslosigkeit) oder – so die Experten schon früher – wird zumindest behauptet. Früher, unter den „klassischen“ Amok-Bedingungen (wenn es solche je gegeben hat) mag dies öfter registriert (oder vermutet) worden sein. Heute ist man da skeptischer, durch den häufig tödlichen Ausgang aber letztlich auch nicht viel schlauer.

Noch häufiger aber dürfte es durch die überraschte, verzweifelte und die sich schließlich zur Gegenwehr formierende Umwelt schon früher zur Tötung des tobenden Amok-Läufers gekommen sein. Im Fernen Osten riskierten die Betroffenen bereits durch den Ruf: „Amok!“, dass sie letztlich „vogelfrei“ waren und sie jedermann „aus vorbeugender Notwehr“ töten konnte. Zeitzeugen berichteten, dass sie z. B. mit speziellen Forken auf Abstand gehalten und auch aufgespießt wurden. Das hat sich offenbar bis ins 19. Jahrhundert hinein gehalten, demonstriert durch spezielle mehrzackige Lanzen, die in diesen Ländern an belebten Straßen und Polizeistationen aufgehängt worden seien und mit denen man die Rasenden zu überwältigen suchte.

Deshalb vermutet man, dass wohl über die Hälfte der Täter während des Amoklaufs verstarben (andere Autoren hielten dies sogar für den Regelfall). Zum heutigen Erkenntnisstand siehe später.

Alter – Geschlecht – sozialer Status

Wenn man die Amok-Zustände statistisch untersucht – soweit erfassbar – dann fällt auf:

- Bezüglich des *Alters* meist Amokläufer in jüngerem bis (seltener) mittlerem Lebensalter.
- Bezüglich des *Geschlechts* sind es überwiegend Männer (aber nicht ausschließlich!).
- Bezüglich der *sozialen Herkunft* sollen es früher vor allem Angehörige der Grund- oder Unterschicht mit geringer Schul- und später auch Ausbildung gewesen sein. Das hat sich offensichtlich gewandelt (siehe Kasten).

- Bezüglich des *Zivilstandes* waren es früher fast ausschließlich ledige, geschiedene oder getrennt lebende Täter, was sich heute ebenfalls anders darstellt.

Diese Erkenntnisse beziehen sich also auf die früher in der Literatur beschriebenen Fälle, zumeist aus dem Fernen Osten (Indonesien, Malaysia u.a.). Was hat sich nun geändert?

Neuere Untersuchungen, vor allem was die „westliche Welt“, insbesondere Deutschland angeht, ergeben dabei folgende Hinweise (nach Adler u. Mitarb., 1993 sowie Schmidtke u. Mitarb., 2002):

- Bezüglich des *Alters* überwiegen heute offenbar die mittleren Jahrgänge, also zwischen 30 und 40 Jahre. Es bleibt allerdings keine Altersgruppe völlig ausgeschlossen. Interessant dabei das Verhältnis zu Mord, Totschlag, Suizidversuch und vollendeter Selbsttötung: Mörder, Totschläger und Suizidenten sind im statistischen Mittel jünger.
- Das bis in die letzte Zeit behauptete völlige Fehlen des weiblichen *Geschlechts* lässt sich inzwischen nicht mehr bestätigen. Allerdings sind Amok-Läuferinnen noch immer ausgesprochen selten und machen nur wenige Prozent aus (und dann überwiegend seelisch Kranke, vor allem mit schizophrener Psychose?).
- Was die *soziale Herkunft* angeht, muss man offenbar umdenken. Amokläufern in der westlichen Welt gelingt scheinbar – anders als bei den übrigen Gewalttätern – zunächst eine gute berufliche Qualifikation und gesellschaftliche Integration, ehe sie im Vorfeld ihrer Tat aus persönlichen Gründen sozial (partnerschaftlich, familiär, beruflich, finanziell u.a.) dekompensieren – um schließlich daran auf entsetzliche Weise mit anderen (Unschuldigen) zugrunde zu gehen. Einzelheiten siehe Kasten.

Über die Besonderheiten des Schul-Amoks siehe später.

Wie häufig ist Amok?

Über die **Häufigkeit** und damit Verbreitung von Amok-Zuständen in den fernöstlichen Regionen gibt es unterschiedliche Berichte. Eines scheint jedoch sicher: Sie sind keinesfalls an der Tagesordnung. Und dort, wo sie häufiger vorkommen sollen, muss man sehr genau hinschauen, ob es sich um einen Amok-Lauf im herkömmlichen Sinne handelt.

Manchmal wird dieser Begriff auch volkstümlich etwas „verwässert“, oft auch als Warnung bei entsprechenden „Raufereien“ in die Runde geworfen. Und

wenn es dann einen oder mehrere Tote gab, dann war es plötzlich ein Amok-Anfall, obgleich letztlich unter ganz anderen Bedingungen ausgelöst.

Kurz: Nicht jede Form bewaffneter Aggression mit ernsten Folgen ist ein Amok-Lauf.

Statistische Untersuchungen mit fundierter psychiatrischer Absicherung gibt es offenbar für die fernöstlichen Regionen nicht.

Für Deutschland konnte in einer entsprechenden Untersuchung zwischen 1980 und 1990 eine so genannte Ein-Jahres-Prävalenz (Anzahl der in einem Jahr betroffenen Personen) von 0,03 bei Männern und 0,002 (man beachte die zusätzliche Null) bei Frauen, bezogen auf 100.000 Bundesbürger, errechnet werden.

Neuere Untersuchungen zeigen dabei einen Anstieg teils bei älteren, teils bei jüngeren Amok-Läufern (wobei jeweils unterschiedliche Definitionen berücksichtigt werden müssen).

Inzwischen wurde Ende 2002 eine interessante Analyse von Berichten in nationalen und internationalen Zeitungen veröffentlicht, die über 143 „Amok-Ereignisse“ mit 144 Tätern und einer Täterin im Zeitraum 1993 bis 2001 berichtet (A. Schmidtke, S. Schaller, I. Müller, D. Lester und S. Stack, Deutschland/USA, 2002). Einzelheiten siehe Literaturverzeichnis und nachfolgender Kasten. Dabei gibt es vor allem informative Details über die Zahl der Opfer, die mittlere Tötungsrate im nationalen und internationalen Vergleich (höher als bisher vermutet) und weitere Einzelheiten, die vor allem für das Verständnis von Motiv, Ursachen und vorbeugende Maßnahmen von großer Bedeutung sind.

Auf jeden Fall ist und bleibt Amok ein bisher seltenes Ereignis, das aber wegen des spektakulären Ablaufs und seiner tragischen Folgen natürlich weltweites Aufsehen erregt – und damit sicher auch eine statistische Verzerrung erfährt. Neuerdings scheint aber eine reale Zunahme zu drohen, teils politisch, nach Meinung einiger Experten möglicherweise auch „medien-induziert“ (siehe später).

Ursachen – Hintergründe – Auslöser

Auch die Frage der Motive, Ursachen und Auslöser bleibt – wenn man eine globale Antwort will – letztlich ungeklärt. Schon aus den früheren Fällen, die man aus Fernost zusammentragen konnte, ging hervor, was man in Fachkreisen eine „multifaktorielle Bedingtheit“ nennt, d. h. das Problem ist mehrschichtig. Das hat sich bis heute nicht geändert. In der Regel wirken körperliche, vor allem aber seelische und insbesondere psychosoziale Belastungen

zusammen, bis zum blindwütigen aggressiven Durchbruch. Was steht zur Diskussion?

- An **körperlichen Leiden** oder Belastungen, die eine Rolle spielen können, jedenfalls nach früheren (!) Überlegungen, fanden sich beispielsweise Gefäßverkalkung (Arteriosklerose), Demenz (erworbene Geistesschwäche), Parkinsonsche Krankheit, chronische Malaria, Magen-Darm-Erkrankungen, fieberhafte Delirien, eine so genannte „larvierte“ (maskierte) Epilepsie, aber auch extreme oder längere Hitze- bzw. Sonneneinwirkung, lange Wanderungen ohne Nahrung u.a.
- Unverändert bedeutsam ist für den Amok-Lauf auch die Frage nach **Vergiftungszuständen** (Fachbegriff: Intoxikation), etwa mit Opium („Amok als eine durch Opium oder andere Rauschdrogen verursachte organisch bedingte Geistesstörung“?), vor allem aber mit Cannabis (Haschisch oder Marihuana), Kokain (was bekanntlich zu blindwütiger Raserei führen kann) bzw. durch enthemmenden Alkoholgenuss. Inwieweit künstliche Halluzinogene früher oder noch heute eine Rolle spielen (Beispiele: LSD, STP, Designer-Drogen u.a.?) bleibt ungeklärt. Von einigen diesen Substanzen aber weiß man, dass sie zu besonders „gnadenlosen fremd-aggressiven Durchbrüchen“ disponieren können.
- Interessant waren aber schon früher unter den **psychosozialen Ursachen** die Hinweise, dass nicht wenige Amok-Reaktionen in fremder Umgebung ausbrechen, oft während längerer Trennung von zu Hause.

So etwas erinnert die ältere Generation an die auch in Europa bekannten Heimweh-Reaktionen mit unfassbaren Konsequenzen. Die müssen nämlich nicht nur in „stiller Niedergeschlagenheit“ ablaufen, es sind in diesem Zusammenhang auch „unvorstellbare Gewalttaten“ beschrieben worden (nicht zuletzt von „Geschöpfen“, denen man dies niemals zugetraut hätte, beispielsweise die früher gar nicht so selten Extrem-Reaktionen bis zur Todesfolge von vereinsamten Dienstmädchen).

Oftmals gehen auch unerträgliche soziale Spannungen oder Schicksalsschläge, z. B. Todesfälle voraus, was dann das Verständnis der Umgebung erleichtert. Deshalb gestatteten manche Kulturen auch bestimmte Ausnahmezustände, bis zum amok-artigen Ausleben aggressiver Impulse und führten den Betreffenden wieder – z. B. durch bestimmte Rituale – behutsam in die Stammesgesellschaft zurück.

Bisweilen kommt es nicht nur zu keinem Blutvergießen, es liegt auch keine Bewusstseinsveränderung vor. Hier wird dann die gewollte Strategie des scheinbaren „Amok-Laufs“ deutlich. Der – wie auch immer – in eine Krise Geratene will die Ordnung zerbrechen und dann selbst zugrunde gehen. So betrinkt er sich, greift andere an und begeht schließlich Suizid. Eine solche Tat

wird dann auch mal als „heroische Lösung“ eines sonst nicht zu bewältigenden persönlichen Konflikts interpretiert.

Gelegentlich besteht in bestimmten Regionen eine enge Beziehung zwischen „Amok-Lauf“ und dem Glauben an Hexen oder dem Einfluss von Geheimbünden. Handelt es sich nicht um eine Psychose (meist eine Schizophrenie), sind es in der Regel ernstere psychosoziale Defizite, z. B. gesellschaftlich entwurzelte „Gastarbeiter“ (die es auch in Asien und Afrika gibt) in oft sprachfremder Umgebung.

Die in der *westlichen Welt* analysierten Amok-Fälle scheinen etwa gleichrangig motiviert und ausgelöst zu werden durch (scheinbar) kränkende, beleidigende oder demütigende Konflikte mit Behörden (z. B. der bereits erwähnte Amok-Lauf im Kantonsrat des schweizerischen Kantons Zug: drei Regierungsmitglieder und elf Kantonsrätinnen und -räte tot, 15 weitere Parlamentarier z. T. schwer verletzt), in der Partnerschaft oder aus zwischenmenschlichen, materiellen oder ideellen Verlustsituationen heraus. Und natürlich der Schul-Amok – in den USA inzwischen nicht mehr selten, in Deutschland eine neue, schreckliche Erfahrung mit seinen speziellen (hypothetischen) Ursachen (siehe später).

Die von Schmidtke und Mitarbeitern erarbeitete Übersicht ergab folgendes Verteilungsmuster: In jedem zehnten Fall politische Motive, in jedem fünften persönliche oder familiäre Probleme sowie in der überwältigenden Mehrzahl, nämlich in fast zwei Dritteln Rache.

Dagegen sind nur wenige Amok-Läufer offenbar durch eine schwere seelische Störung (z. B. eine Psychose, also Geisteskrankheit) beeinträchtigt bzw. völlig unfassbar oder durch keinerlei (objektivierbare) Motive begründet.

Da diese Erkenntnis vor allem bezüglich psychischer Störungen erst einmal auf Erstaunen, Unverständnis oder Befremden stößt, nachfolgend eine etwas ausführlichere Darstellung zu diesem Thema.

Amok und psychische Krankheit

Dass ein Amok-Läufer nicht gesund sein kann, war natürlich schon früheren Generationen bewusst. Doch was da vor allem seelisch, vielleicht auch körperlich und damit indirekt psychisch anders sein könnte, das bleibt letztlich bis heute unklar. Allerdings diskutiert man immer konkreter auch **seelische Erkrankungen**. Das geht von den erwähnten organischen Störungen mit seelischen und psychosozialen Folgen (z. B. Demenz, Epilepsie) bis zu chronischen hirnorganischen Prozessen (Fachbegriffe: organisches Psychosyndrom, psychoorganisches Syndrom).

- Am meisten aber diskutiert man als Auslöser eine so genannte **Psychose**. Zu Begriff und Krankheit siehe der nachfolgende Kasten.

Psychosen – kurze Begriffserläuterung

- *Psychose*: Seelische Störung, bei der die Beeinträchtigung der psychischen Funktionen ein solches Ausmaß erreicht hat, dass dadurch Realitätsbezug, Einsicht und Fähigkeit zu sehr gestört sind, um einigen der üblichen Lebensanforderungen noch zu entsprechen (frühere Definition der Weltgesundheitsorganisation – WHO).
- *Psychotisch*: betroffen von Halluzinationen (Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen), wahnhaften Störungen oder bestimmten Formen schweren abnormen Verhaltens wie krankhafte Überaktivität bis zu heftigen Erregungszuständen bzw. ausgeprägte psychomotorische (seelisch-körperlich) Hemmungen bis zu regelrechten Sperrungen (nach einer neueren Definition der Weltgesundheitsorganisation – WHO).
- Unterschieden wird nach wie vor in Psychosen durch eine nachweisbare Organ- oder Gehirnerkrankung (Fachbegriff: exogene Psychose) sowie in eine (noch) nicht körperlich nachweisbare Psychose psychischen Ursprungs (Fachbegriff: endogene Psychose):
- *Exogene Psychose*: auch als körperlich begründbare, symptomatische, organische oder hirnrorganische Psychose bezeichnet. Mögliche Ursachen: Kopfunfall, Hirntumoren, Gefäßerkrankung u.a. Ferner organische Leiden mit direktem oder indirektem Einfluss auf das Zentrale Nervensystem wie Stoffwechselstörungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Epilepsie, Hirn- bzw. Hirnhautentzündung, Hirngefäß-Verkalkung, ja nach Schwangerschaft, Operationen usw.
- *Endogene Psychose*: frühere Sammelbezeichnung für alle Geisteskrankheiten (Psychosen) aus endogener Ursache wie Schizophrenie, manisch-depressive Erkrankung, endogene Depression u.a.
- *Endogen*: von „innen“, aus dem Organismus heraus, aber ohne bisher erkennbare bzw. nachweisbare körperliche Ursache. Vor allem auf erblichen und konstitutionellen (die seelische und körperliche Verfassung betreffenden) Faktoren beruhend.

Einzelheiten würden hier zu weit führen, doch glaubt man nach neueren Erkenntnissen – soweit sich eine exakte Diagnose überhaupt stellen lässt – dass Psychosen (= Geisteskrankheiten) bei Amok doch häufiger vorkommen, als man bisher vermutete. Dies betrifft vor allem so genannte paranoid-halluzinatorische Syndrome (z. B. mit Wahn und Sinnestäuschungen, meist im Rahmen einer schizophrenen Psychose). Sie sollen bis zu einem Drittel der

untersuchten (!) Fälle für entsprechend blindwütig-aggressive Durchbrüche verantwortlich sein.

Hier wenden allerdings namhafte Kritiker ein, dass selbstverständlich nur jene Amok-Läufer untersucht werden konnten, die ihre Tat auch überlebten. Und das scheint bei psychotischen Amok-Läufern eher der Fall zu sein als bei solchen mit andern Ursachen bzw. Beweggründen, was natürlich die Statistik verzerrt. Früher schien man auch häufiger in diesem Zusammenhang die so genannten *katatonen Schizophrenie-Kranken* zu diskutieren. Deren Leidenbild äußert sich vor allem durch seelisch-körperliche Antriebsstörungen, beispielsweise eine psychomotorische (seelisch-körperliche) Erstarrung (Fachbegriff: Stupor), der aber auch in einen Erregungszustand (Raptus) umschlagen kann, was dann auch entsprechende Körperverletzungen, vielleicht sogar mit Todesfolge nicht ausschließt. Amok im eigentlichen Sinne ist das natürlich nicht. Auch gibt es aufgrund der heutigen medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten fast keine katatonen Erregungszustände mehr, zumindest nicht in der westlichen Welt.

- Eine Gruppe, die die ggf. zu erwartenden Probleme schon im Fachbegriff trägt, sind die **Persönlichkeitsstörungen**, früher auch als abnorme Persönlichkeit, Charakterneurose, Soziopathie und Psychopathie bezeichnet.

Die Abnormität der Persönlichkeit, also eine von der jeweils herrschenden gesellschaftlichen Norm abweichende Variante, soll bei diesen Menschen angeboren bzw. auf der Grundlage einer abnormen Anlage lebensgeschichtlich entstanden sein. Früher definierte man das wie folgt:

„Psychopathische Persönlichkeiten sind solche abnorme Persönlichkeiten, die unter ihrer Abnormität leiden oder unter deren Abnormität die Gesellschaft leidet“.

Später wurde aber darauf hingewiesen, dass das Abnorme gerade darin besteht, dass diese Menschen unter ihrer eigenen Charakterstruktur nicht (sonderlich) zu leiden scheinen, dafür aber die Schuld vor allem bei anderen suchen, woraus sich dann entsprechende Konflikte ergeben.

Inzwischen sieht man in einer Persönlichkeitsstörung ein „tief eingewurzeltel Fehverhalten mit entsprechenden zwischenmenschlichen und gesellschaftlichen Konflikten“. Dies tritt in der Regel schon in der Jugend auf und verblasst erst im mittleren und höheren Lebensalter – wenngleich nicht in jedem Fall. Und eine moderne Definition lautet:

„Von einer Persönlichkeitsstörung spricht man dann, wenn die Persönlichkeitsstruktur durch starke Ausprägung bestimmter (vor allem negativer) Merkmale so akzentuiert ist, dass sich hieraus ernsthafte Leidenszustände und/oder Konflikte ergeben (müssen)“.

Von den zahlreichen früheren Persönlichkeitsstörungen sind nach heutigen Erkenntnissen nur noch wenige bedeutsam. Beispiele: Paranoide, schizoide, dissoziale, emotional instabile, histrionische (früher hysterisch genannt), anankastische (zwanghafte), ängstliche (vermeidende), abhängige (asthenische) sowie narzisstische (siehe unten), exzentrische, haltlose, unreife, passiv-aggressive u.a. Persönlichkeitsstörungen.

Nachfolgend im Kasten eine kurze Skizzierung jener Persönlichkeitsstörungen, bei denen aggressive Durchbrüche mit ggf. verhängnisvollen Gewaltfolgen schon zu den charakterlichen Merkmalen gehören können (am häufigsten schizoide und paranoide, emotional instabile, narzisstische und antisoziale und damit oft explosible Persönlichkeitsstörungen mit mangelnder Impulskontrolle):

**Persönlichkeitsstörungen
mit einem besonders hohen möglichen Gewalt-Potential**

- **Paranoide Persönlichkeitsstörung** (auch fanatisch-expansiv-paranoide, sensitiv-paranoide oder querulatorische Persönlichkeitsstörung genannt): Übertriebene Empfindlichkeit auf Zurückweisung und Zurücksetzung. Nachtragend bei Kränkungen oder Verletzungen mit Neigung zu ständigem Groll. Misstrauen und eine starke Tendenz, Erlebtes zu verdrehen, indem neutrale oder freundliche Handlungen anderer als feindlich oder verächtlich missgedeutet werden. Streitsüchtiges und beharrliches, situations-unangemessenes Beharren auf den eigenen Rechten. Neigung zu pathologischer (krankhafter) Eifersucht. Tendenz zu überhöhtem Selbstwertgefühl in Verbindung mit ständiger Selbstbezogenheit. Unaufhaltsam durch Gedanken an Verschwörung als Erklärung für Ereignisse in der näheren Umgebung oder in aller Welt verwickelt.

- **Dissoziale Persönlichkeitsstörung** (auch soziopathische, asoziale, antisoziale oder psychopathische Persönlichkeitsstörung genannt): Große Diskrepanz zwischen dem eigenen Verhalten und den geltenden sozialen Normen. Beispiele: dickfelliges Unbeteiligtsein gegenüber den Gefühlen anderer und Mangel an Empathie (Einfühlungsvermögen). Deutliche und andauernde Verantwortungslosigkeit und Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen. Unvermögen längerfristiger Beziehungen einzuhalten. Sehr geringe Frustrationstoleranz und niedrige Schwelle für aggressives, auch gewalttätiges Verhalten. Unfähigkeit zum Erleben von Schuldbewusstsein und zum Lernen aus Erfahrung, besonders aus Bestrafung. Neigung, andere zu beschuldigen oder vordergründige Rationalisierungen für das eigene Fehlverhalten anzubieten. Andauernde Reizbarkeit.

- **Emotional instabile Persönlichkeitsstörung:** Tendenz, sein impulsartiges Verhalten unbesonnen auszuleben, ohne mögliche Konsequenzen zu bedenken. Ständig wechselnde, meist launenhafte Stimmung. Geringe Fähigkeit

voraus zu planen. Ausbrüche intensiven Ärgers mit ggf. gewalttätigem und explosiblem Verhalten. Dies vor allem, wenn die Reaktionen der anderen als Kritik oder gar Behinderung gedeutet werden.

Bei der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung lassen sich noch zwei Erscheinungsformen unterteilen:

- **Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typus** (auch reizbare oder explosive bzw. aggressive Persönlichkeitsstörung genannt): emotional instabil, mangelnde Impulskontrolle, Ausbrüche von gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten, vor allem bei Kritik durch andere.
- **Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus** (auch Borderline-Persönlichkeitsstörung genannt): Wesenszüge wie oben. Zusätzlich oft das eigene Selbstbild unklar oder gestört. Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen, dadurch zu wiederholten gemütsmäßigen Krisen bis hin zu selbst- und fremdaggressiven Durchbrüchen, auch scheinbar ohne erkennbare Auslöser.

Nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

- Was in letzter wieder vermehrt zur Diskussion gestellt wird, sind so genannte **dissoziative Störungen**, auch **Konversionsstörungen** genannt. Darunter zählt man die Amnesie (Erinnerungslosigkeit), den Stupor (die seelisch-körperliche Erstarrung), Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindungen (z. B. Bewegungsunfähigkeit, Stimmlosigkeit) und zwei Krankheitsbilder, die man auch für amok-gefährlich zu halten scheint, nämlich die so genannte *dissoziative Fugue* sowie *dissoziativen Trance-* und *Besessenheitszustände*. Im Einzelnen:

- Bei der **dissoziativen Fugue** handelt es sich um zielgerichtete Ortsveränderungen über den alltäglichen Aktionsbereich hinaus mit Erinnerungsverlust, aber sonst weitgehend normalem Verhalten was Essen, Einkaufen usw. anbelangt. Hier ist man bezüglich einer möglichen Amok-Ursache allerdings eher zurückhaltend.

Bei den **dissoziativen Trance- und Besessenheitszuständen** kommt es zum zeitweiligen Verlust der persönlichen Identität und Umgebungswahrnehmung, mit stereotypen Verhaltensweisen oder Bewegungen, die außerhalb der eigenen Kontrolle erlebt werden. Manchmal tritt auch eine neue Identität anstelle der gewohnten, was dann einer Gottheit, einer überirdischen Kraft oder einer anderen Person mit entsprechendem Einfluss zugeschrieben wird. Anschließend vollständige oder zumindest teilweise Erinnerungslosigkeit.

Hier kann man sich schon eher amok-ähnliche Aggressionen vorstellen, allerdings mit der gebotenen Zurückhaltung.

- Eine weitere Gruppe sollen Patienten mit einer schweren endogen-depressiven Verstimmung sein, also mit einer **endogenen** oder **psychotischen Depression** (früher Gemütskrankheit, heute affektive Störung genannt). Das wird allerdings ebenfalls kontrovers diskutiert, zumal hier nicht wenige Fälle dem so genannten „erweiterten Suizid“ zuzurechnen sind.

Unter *erweitertem Suizid* versteht man eine im Rahmen einer schweren (meist endogenen) Depression begangene Tötung von ein oder mehreren Personen (meist Kinder, aber auch Partner) mit anschließender Selbsttötung. Dieser anschließende Selbstmord ist es aber gerade, der diese Gruppe nachträglich so schwer beurteilbar macht, weil man sie ja nicht mehr persönlich untersuchen kann.

Was man aber auf jeden Fall revidieren muss, ist die Meinung, Depressive seien nur hilflos-weinende und zu keinerlei Reaktion mehr fähige Patienten; nein, sie sind nicht nur zu konsequent angelegten Suiziden, sondern auch zu bisweilen überraschenden fremdaggressiven Durchbrüchen fähig.

- Vor allem in Kombination mit depressiven und angstgestörten Zustandsbildern diskutiert man bei Amok-Ursachen auch noch die schwere **neurotische Störung**, insbesondere einen ausgeprägten **Narzissmus**.

Beim so genannten Narzissmus (Fachbegriffe mit unterschiedlichem Ursachen-Schwerpunkt: narzisstische Neurose bzw. narzisstische Persönlichkeitsstörung) handelt es sich um folgende Charaktereigenschaften, die je nach Kombination und schicksalhaftem Lebenslauf auch einmal zu extremen Reaktionen ausufern können:

Wunsch nach passivem Geliebtwerden (ohne echte eigene Zuwendung), d.h. extreme Selbstliebe, wenn nicht gar Selbstverherrlichung. Intensiver Ehrgeiz. Neigung zu Größen-, wenn nicht gar Allmachtsgefühlen. Ständig abhängig von Bewunderung, Zustimmung und dauerhaftem Beifall. Dabei Minderwertigkeitskomplexe sowie Gefühle der Langeweile und Leere und ein fast schon naives Bestreben, „wohlhabend, mächtig und schön“ zugleich zu sein (und ewig zu bleiben!).

Solche Menschen erleben sich als unwiderstehlich, geraten aber – wenn ihnen dies verweigert wird – rasch in Neid, Missgunst, zumindest aber gekränkten Rückzug. Eine solche „narzisstische Kränkung“ ist beispielsweise durch einen plötzlichen Verlust möglich (Partner, aber auch Zurücksetzung, körperliche Schädigung bzw. Entstellung). Dann sind auch aggressive Durchbrüche nicht mehr auszuschließen.

Narzisstische Kompensation – eine tiefenpsychologische Interpretation

Narzissmus wird als Kompensation eines negativen Selbsterlebens verstanden. Je ohnmächtiger, bedrohter, beschämter, hilfloser, schuldiger, gedemütigter das tatsächliche Selbsterleben eines Menschen ist, desto stärker steht er in der Gefahr, dieses Selbsterleben durch eine Größenphantasie von sich aus dem bewussten Erleben abzuspalten. Die abgespaltene negative Seite des eigenen Selbst wird auf andere projiziert, die dadurch zu bedrohlichen Feinden abgestempelt werden, die es aus der Welt zu schaffen gilt. Er selbst kommt sich dann stark und großartig vor, seine Feinde aber sind für ihn der letzte Dreck, dessen man sich entledigen muss.

Diese narzisstische Kompensation gibt es nicht nur bei einzelnen Menschen, sondern auch bei Gruppen. Auf diese Weise lässt sich verstehen, warum gerade arbeitslose und zukunftslose Jugendliche... ein hohes Maß an Ausländerfeindlichkeit zeigen. Oder warum jeder Nationalismus auf ein Feindbild angewiesen ist („Schurkenstaaten“).

Nach R. Funk (2002) unter Bezug auf das neurosen-psychologische Konzept von Erich Fromm

Nachfolgend deshalb gleich im Anschluss eine neurosen-psychologische Interpretation des Amok-Laufs generell.

Neurosen-psychologische Überlegungen zum Amok-Lauf

Neurosen-psychologisch bzw. psychoanalytisch gesehen versucht man beim Amok-Lauf eine eigene Interpretation, die allerdings von einem ganzen Spektrum möglicher psychologischer Motive ausgeht (Fachbegriff: psychodynamische Erklärungsversuche).

Dabei steht an dem einen Ende dieses Spektrums ein psychotischer (geisteskranker) oder intoxikierter (z. B. durch Rauschdrogen vergifteter) Täter, der seinen Hass in die unpersönliche Umwelt projiziert (hinausträgt, auf andere überträgt) und zumeist ungezielt bekämpft (was weniger gefährlich zu sein pflegt). Und der nicht nur den Tod anderer, sondern auch den eigenen in Kauf nimmt, wenn nicht gar gezielt anstrebt. Diese Täter überleben öfter und verletzen auch eher als zu töten.

Am anderen Ende des Spektrums stehen Täter, die auf den ersten Blick erst einmal unauffällig sind, die im Rahmen ihrer Depression aber sich selbst und vor allem nahen Angehörigen das „Elend dieser Welt ersparen möchten“, was dann zu dem erwähnten erweiterten Suizid führen würde. Solche schwer

depressiv Beeinträchtigten töten sehr gezielt (z. B. ihre ahnungslosen Kinder oder Partner) und sterben danach auch sehr häufig von eigener Hand.

Für die dazwischen stehenden Täter im Rahmen dieses psychoanalytischen Konzepts könnten sowohl psychotische als auch depressive Aspekte eine Rolle spielen, vor allem aber neurotische Beeinträchtigungen. Die fachliche Erklärung hieße dabei: Zerfall der „Objektbeziehungen“ (d. h. zu anderen Menschen) und des so genannten „Selbst“ (Gesamtheit des Psychischen bei einem Menschen) mit Freisetzung entsprechender narzisstischer Wut unter Trieb-Entmischung. Einzelheiten zu diesen komplizierten Überlegungen siehe die entsprechende Fachliteratur.

Wichtig ist aber auch bei diesem Mittelfeld: Je mehr solche Menschen beispielsweise während eines Amok-Laufs andere töten und verletzen, desto eher sterben sie dann auch von eigener Hand (oder durch die verzweifelnde Gegenwehr der Umgebung).

AMOK – NEUERE ERKENNTNISSE

Eine Analyse von Berichten in nationalen und internationalen Zeitungen über 143 „Amok-Ereignisse“ mit 144 Tätern und einer Täterin im Zeitraum 1993 - 2001

● **Erfasste Amok-Täter**

Für den Zeitraum vom 01.01.1993 bis 31.08.2001 wurden insgesamt 143 Amok-Ereignisse, d. h. mehrfache Tötungsakte oder -versuche registriert. Begangen wurden sie von 144 Männern und einer Frau. Besonderheiten: eine Tat war von zwei Schülern, eine von zwei Soldaten begangen worden. Weitere Einzelheiten siehe unten.

● **Mittlere Tötungsrate der Täter**

Die Zahl der Opfer variierte von keinem Toten (nur Verletzte) bis zu 32 Toten. Berücksichtigt man nur die Taten mit direkten Todesfällen, beträgt die mittlere Tötungsfrequenz 4,2 Opfer. Das Spektrum der Verletzten reichte von 0 bis 30 pro Tat.

Unterscheidet man die mittlere Tötungsrate danach, ob der Täter sich später selber umgebracht hat oder festgenommen wurde, ergibt sich für die Gruppe der sich selber getöteten Täter eine mittlere Tötungsrate von 5,6, für diejenigen, die lebend festgenommen wurden eine von 3,1 Opfern.

Die mittleren Tötungsraten der Amoktäter ähneln sich auch im internationalen Vergleich (einschließlich US-amerikanische Untersuchungen). Sie sind damit höher als die bisher angegebenen Tötungsfrequenzen von 1,3 Toten und 1,7 Verletzten. Noch höher liegen sie in einzelnen Untersuchungen (z. B. „Massenmörder, die ihre Taten an öffentlichen Plätzen begingen“, hier über 7 Opfer pro Tat), wobei allerdings meist unklar bleibt, ob es sich wirklich um Amoktäter gehandelt hat.

● Täter-Muster

- Die überwiegende Mehrzahl der Täter waren – bis auf eine Ausnahme – jüngere Männer (in der amerikanischen Untersuchung 95%). Das mittlere Alter lag bei 35,2 Jahren (USA: 34 Jahre).
- Angaben über den Zivilstand fanden sich nur in etwa mehr als 10% aller Fälle (und deshalb nur bedingt aussagekräftig): 7 Täter waren verheiratet, 7 lebten allein, 6 getrennt von ihren Partnern, ein Täter war geschieden.
- Die meisten werden als sozial isoliert bzw. als Einzelgänger beschrieben.
- Dass es keine „Amok-Täterinnen“ geben soll, lässt sich zwar nicht bestätigen, doch ist der statistische Unterschied mehr als deutlich.
- Bei der Hälfte der erfassten Täter lagen Angaben über den Beruf vor: Diese streuten von keine Berufsausbildung (5%), arbeitslos (11%), Schüler (14%), Handwerker (4%), Angestellte (19%), Akademiker oder selbständig (14%), Polizisten (7%) und Soldaten (26%). Rest: keine Informationen.

● Zeitlicher Ablauf

- Über die *Monate* ließ sich kein eindeutiges Verteilungsmuster erkennen, wobei der April mit relativ hohen, Januar und Juli mit eher niedrigen Ereigniszahlen belasten sind.

In einigen Untersuchungen wird davon berichtet, dass im Juli, August und Dezember mehr Massenmorde zu befürchten sind. Dabei muss allerdings geprüft werden, in welchen Ländern, zumal die einzelnen Monate in den verschiedenen Erdteilen unterschiedliche Jahreszeiten und damit beispielsweise klimatische oder meteorologische Belastungen bedeuten (Anmerkung: Schwüle, d. h. hohe Temperatur und zugleich Luftfeuchtigkeit gilt als besonders bahnend, was Reizbarkeit und Aggressionen anbelangt).

- Die *Wochentags-Verteilung* zeigte die niedrigsten Werte für Freitag, Samstag und Sonntag. Das reine Wochenende ist dabei andeutungsweise, das erweiterte (also von Freitag bis Sonntag) deutlich seltener (!) als die übrigen Wochentage betroffen.

- Eine auffällige Verteilungsrate über den *Tagesverlauf* (früh, mittags, nachmittags, abends) ließ sich nicht erkennen.

● Amok-Motive

Bei den international erfassten Fällen wurden in mehr als der Hälfte auch Angaben über die Beweggründe veröffentlicht. Dies ergab folgendes Verteilungsmuster: In 10% politische Motive, in 22% persönliche oder familiäre Probleme sowie in der überwältigenden Mehrzahl, nämlich in 61% Rache (wobei sich die Rache-Gedanken nicht selten über einen längeren Zeitraum hingezogen haben sollen).

In 7% ließ sich eine seelische Erkrankung feststellen, was jedoch nicht als Motiv, sondern Ursache gilt (s. u.).

● Seelische Störungen

Bei der Erfassung der Motive (s. o.) bzw. Ursachen wurden auch seelische Krankheiten bzw. Rauschdrogen-Vergiftungen erwähnt, nämlich in 7% der Fälle (bei aber insgesamt nur 56% aller Amoktäter, bei denen über Motive/Ursachen berichtet wurde, d. h. wahrscheinlich hohe Dunkelziffer).

Über seelische Ursachen wurde schon vor über 100 Jahren berichtet, vor allem endogene oder exogene Psychosen (biologisch und erblich angelegte bzw. durch äußere Faktoren ausgelöste Geisteskrankheiten). Am häufigsten schizoide und paranoide sowie Persönlichkeitsstörungen (früher als Psychoopathien bezeichnet). Bei Letzteren werden vor allem emotionale Instabilität bei passiv/aggressiven und antisozialen Persönlichkeitszügen, aber auch narzisstische und explosive Persönlichkeitsstörungen mit mangelnder Impulskontrolle diskutiert. Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel.

In 17% waren Angaben über die psychische Befindlichkeit zu finden. Hier wurden fast zwei Drittel davon als „psychisch auffällig“ beschrieben, jedoch ohne weitere, insbesondere fachlich verwertbare Informationen. Zwei Amoktäter wurden als „Waffennarren und psychisch gestört“ bezeichnet. Nur etwas mehr als jeder Vierte wurde als zuvor „unverdächtig“ oder „normal“ eingestuft.

Gerade bei der an sich wichtigen Erkenntnis über seelische Vorerkrankungen klafft also eine große Wissens-Lücke, und zwar sowohl von der erfassten Zahl als auch psychiatrisch nutzbaren Diagnose her gesehen.

● Amok-Opfer

In 3% waren die Opfer ausschließlich Familienmitglieder, in 7% Familienmitglieder und Bekannte (jedoch keine fremde Personen), in 28% Familien-

mitglieder und/oder Bekannte sowie Fremde und in 34% ausschließlich Bekannte. In 28% waren es nur Fremde.

Fasst man alle Ereignisse zusammen, in denen Familienmitglieder und/oder Bekannte betroffen waren, sind es 72% aller Opfer. Das heißt: Weniger als jeder dritte Amoktäter tötet ausschließlich ihm unbekannte Mitmenschen, während bekannte – in welchem Verhältnis auch immer – besonders gefährdet erscheinen.

- **Amok und Täter-Suizid**

In fast allen Fällen wurde auch über das Ende der Amoktat berichtet. Dabei ergab sich folgendes Verteilungsmuster: In 27% legte der Amoktäter Hand an sich und kam damit selber zu Tode. In 16% wurde er getötet. Mehr als die Hälfte (57%) überlebte.

Das heißt, etwa jeder Vierte starb von eigener Hand (und hinterlässt ja auch mehr Opfer als jene, die sich nicht selber suizidierten – siehe mittlere Tötungsrate der Täter).

Dabei geben die amerikanischen Experten allerdings zu bedenken, dass es sich in einigen Fällen, insbesondere in den USA, bei Tötung durch die Polizei auch um Fälle von „suicide by police“ handeln kann. Hierunter versteht man das Verhalten einer Person (in diesem Fall eines Amoktäters), die sich mit bereits suizidalen Absichten von der Polizei erschießen lässt, in dem sie deren tödliche Gegenwehr geradezu provoziert.

- **Amok und Waffen-Zugang**

Überraschend ist der hohe Anteil von Personen mit Verbindungen zu „waffentragenden“ Berufen oder mit besonderem Bezug zu Waffen („Waffennarren“), nämlich 26% Soldaten und 7% Polizisten. Diese Prozentsätze sind deutlich höher als der Anteil an der entsprechenden männlichen Bevölkerung (so beträgt in Deutschland der Anteil der Soldaten an der männlichen Bevölkerung über 20 Jahre ca. 1,13%, derjenige der Polizisten ca. 1,07%).

In den Vereinigten Staaten mit ihrem besonders liberalen Zugang zum Waffenerwerb wird deshalb immer wieder auf die überdurchschnittliche Zeit hingewiesen, die gerade jugendliche Amoktäter mit Schusswaffen verbracht haben oder durch eine erhöhte Faszination charakterisiert waren, was Gewalt und vor allem Waffen anbelangt. Ein schneller Zugriff zu Waffen – so die allseits anerkannte allgemeine Erkenntnis – erhöht die Wahrscheinlichkeit von Suiziden mittels Waffen aber auch von Amoktaten. Die Konsequenzen liegen auf der Hand, werden aber von verschiedenen Interessen(-Gruppierungen) bisher erfolgreich unterlaufen.

● Amok und Imitationsgefahr

Wie bei manchen Suizid-Handlungen, die über die Medien einen verhängnisvollen Bekanntheitsgrad mit tragischer „Sogwirkung“ erreicht haben, so scheint sich auch beim Amok ein ggf. verheerendes Imitationsverhalten nicht ausschließen zu lassen. Jedenfalls unterscheiden sich die Verteilungen der Amok-Ereignisse überdurchschnittlich häufig von Zufallsverteilungen und lassen daher schon aufgrund dieser Erkenntnis an die Gefahr einer „seriellen Abhängigkeit“ denken. Denn die Mehrheit der bisher dokumentierten Amok-Ereignisse verteilt sich nicht zufällig über die Zeit. Deutlich mehr Taten werden in einem relativ kurzen Zeitraum nach der ersten Berichterstattung über eine solche Tat begangen (wobei der „gefährlichste“ Zeitrahmen bei rund 10 Tagen liegen soll).

In einigen Fällen lassen auch die Ähnlichkeiten des Ablaufs und anderer Hintergründe Schlimmes befürchten. Dies betrifft sowohl Beruf bzw. Berufsgruppen (einschließlich Schüler!) als auch Motive (vor allem Rache) und sogar die Frage: Amok mit anschließendem Selbstmord oder Amok ohne Suizid des Täters.

Das besagt – selbst bei vorsichtiger Schlussfolgerung –, dass es ähnlich wie bei der Berichterstattung über Suizide gefährlich sein kann, sensationell über Amok-Ereignisse zu berichten. Denn die Medien können eine ähnliche oder gleiche Denkweise und damit ein gleiches Verhalten in jenen Personen auslösen, die sich in einem vergleichbaren Stimmungszustand befinden bzw. gar schon länger über eine solche Tat nachgedacht haben. Dann könnte das „Modell“ einen letzten Anstoß zur eigenen Handlung geben.

Man sollte daher in Bezug auf die Berichterstattung über Amok-Taten ähnliche Prinzipien befolgen, wie sie bereits für die Berichterstattung über Suizide vorgeschlagen und von den seriösen Medien auch weitgehend befolgt werden. Nach entsprechenden Taten bzw. Medien-Berichten sollte man vor allem auf mögliche Nachahmer achten, insbesondere wenn es entsprechende Hinweise des Betreffenden gibt, teils vom Verhalten her, vielleicht sogar durch direkte oder indirekte Ankündigungen (siehe die entsprechenden Kapitel in diesem Beitrag).

Nach A. Schmidtke, S. Schaller, I. Müller, D. Lester und S. Stack, 2002

Schul-Amok (school shooting)

Bis zum 26.04.2002 galt Littleton/USA als Synonym für den Schrecken des so genannten school shootings, also für Amokläufe Jugendlicher an Schulen. Damals kostete es 15 Tote in der Columbine Highschool: 12 Mitschüler, ein Lehrer und die beiden Attentäter selber.

Fast auf den Tag genau drei Jahre später führten die Ereignisse in Erfurt zu einem neuen traurigen Rekord: Im Gebäude des Johannes-Gutenberg-Gymnasiums starben innerhalb kurzer Zeit 17 Menschen, unter ihnen der jugendliche Amokläufer.

Bis dahin glaubte man, es handle sich um spezifisches Problem der USA. Die Schuld gab man der Ideologie eines Individualismus, die den freien Wettbewerb der Stärke propagiert und wenig Verständnis für individuelle Leistungsschwächen und einen Mangel an Durchsetzungsfähigkeit aufbringt. Und der dortigen freizügigen Waffenkultur.

Inzwischen hält dieses Phänomen auch in Deutschland Einzug, unterscheidet sich aber in mehreren Punkten von den Formen des Amoklaufs, wie ihn die Experten hierzulande bislang kannten. Denn das verbrecherische Phänomen, bei denen Jugendliche an ihrer eigenen oder einer ihnen bekannten Schule Mitschüler, Lehrer und anderes Personal ermorden, ist bei uns erst seit vergleichsweise kurzer Zeit registrierbar – inzwischen aber weltweit gehäuft, so Diplom-Psychologe J. Hoffmann von der Arbeitsstelle für Forensische Psychologie, Institut für Psychologie der Technischen Universität Darmstadt: Zwischen 1995 und 1999 soll es mehr Massenmorde von Heranwachsenden gegeben haben als gesamthaft in den 40 Jahren zuvor.

Auch stellte sich heraus, dass diese Art von Amok in den seltensten Fällen als blindwütige Raserei angelegt war, das heißt sich schnell und impulsiv aus einer entsprechenden Situation heraus aufgebaut hat. Denn fast alle Täter hatten sich zuvor durchaus einige Zeit gedanklich mit dem bevorstehenden Gewaltakt beschäftigt. Bei mehr als der Hälfte ging eine mehrtägige Planung voraus. Auch die Tatsache, dass in den meisten Fällen die Opfer bewusst ausgewählt worden waren und oftmals sogar regelrechte Todeslisten existierten, zeigt, dass die Vorbereitungsphase eher die Regel als die Ausnahme war.

Dies gilt auch für den Erfurter Amoklauf, bei dem bewusst Lehrer ausgesucht wurden. In Littleton waren es vor allem sozial und sportlich erfolgreiche Mitschüler, von denen sich die beiden Täter verspottet, verachtet und verhöhnt fühlten.

Das aber ist offenbar der psychologische Kern des Schul-Amoks: Die jugendlichen Täter fühlen sich ausgegrenzt und rächen sich an einer sie zurückweisenden Welt durch eine Art blutiges Finale, in dem sie dann auch selber untergehen.

In Erfurt musste der 19-jährige Täter aufgrund mangelhafter Leistung nicht nur auf sein Abitur verzichten, sondern war dann plötzlich auch ohne Real- oder gar Hauptschulabschluss. Deshalb versuchte er persönlich über das Schulamt und in Kontakt mit anderen Gymnasien seine Schulausbildung doch noch fortzuführen – vergebens. Vor Eltern und Freunden behauptete er auf eine andere

Schule zu gehen, drückte sich aber während dieser Zeit in der Innenstadt herum. Als sein Lügengebäude zusammenstürzen musste, spätestens zum Zeitpunkt des Abiturs, an dem er nicht mehr beteiligt war, griff er zur Waffe. Die Eltern glaubten an diesem Tag, er gehe zur Abitursprüfung in Mathematik.

Solche und ähnliche Vorgeschichten führen natürlich dazu, dass die zuständigen Behörden, insbesondere die Sicherheitskräfte, Psychologen und Psychiater den Ursachen auf ihre Art auf den Grund zu gehen versuchen, unzählige Akten und Gutachten studieren, mit Tatzeugen, Ermittlern und Angehörigen und sogar mit den überlebenden Tätern in den Gefängnissen sprechen.

„Hass treibt mich an. Ich bin so voller Wut. Jeder ist gegen mich. In dem Moment, in dem meine letzte Hoffnung gestorben ist, werden auch andere Menschen sterben...“ (Protokoll eines jugendlichen Gewalttäters aus den USA).

Die Ergebnisse solcher Studien sind aber ernüchternd, mitunter aber auch wegweisend, wenn man sich nicht nur auf naiv einfache Erklärungsmuster verlässt. Vor allem scheint es kein einheitliches Profil unter den Schul-Amokläufern zu geben (so wenig wie bei den früheren Amokläufern anderer Gewaltsituationen auch).

Eines scheint aber allen Schul-Amokläufern (bisher) gleich zu sein: sie sind männlich.

Nicht bestätigt werden konnten einige hartnäckige Behauptungen und Fehlinterpretationen wie: Jugendliche Amokläufer kommen grundsätzlich aus „kaputten Elternhäusern“ oder sind „immer isolierte Einzelgänger“.

Es existiert also keine einheitliche Erklärungsmöglichkeit, es handelt sich um ein psychologisches Puzzle, bei dem zahlreiche Faktoren zusammenspielen können – bis zur verheerenden Explosion. Außerdem bleibt immer ein Rest Unerklärliches zurück.

Weitere Einzelheiten, insbesondere mögliche Risiko-Faktoren siehe später.

Biologische Hypothesen zur Ursache des Amok

Alle gefundenen Erkrankungen, Beweggründe und sonstigen Motive geraten aber gerade beim Amok sehr rasch an ihre Grenzen. Das Geschehen kann sehr überzeugend erklärt werden („Primitivreaktion“), aber auch mehrschichtig und damit sehr kompliziert sein. So einfach, wie man sich das früher machen konnte, geht es bei den heutigen wissenschaftlichen Ansprüchen und methodischen Möglichkeiten nicht mehr. Vor allem die psychosozialen Konflikte erscheinen nicht selten eher sekundär, allenfalls als Risikofaktoren eines Amok-

Laufs. Denn sie sind im Alltag häufig zu finden, aber ohne diese schrecklichen Konsequenzen, weshalb man sich fragen muss: Warum läuft der eine unter diesen Bedingungen Amok, während sich die überwiegende Mehrzahl anders zu behelfen sucht.

Deshalb stellten sich die zuständigen Wissenschaftler die Frage: Gibt es nicht mindestens einen weiteren Faktor, der bewirkt, dass aus entsprechenden Frustrationen, Kränkungen, Demütigungen, Beleidigungen, seelischen Not-situationen und psychosozialen Belastungen schließlich eine blindwütige Gewalttat wird, mit unschuldigen Opfern: verletzt oder gar getötet. Und mit Schäden in Millionenhöhe?

Und hier bietet sich etwas an, was auf den ersten Blick gewöhnungsbedürftig, wenn nicht gar befremdlich wirkt: die so genannte **Pathophysiologie**. Einzelheiten dazu würden zu weit führen, doch seien einige dieser biologischen Hypothesen kurz gestreift (nach Adler, 2000):

Das zentrale Schaltsystem des Menschen ist das Gehirn, das Rückenmark und das so genannte periphere Nervensystem, das die Verbindung zu Herz, Magen, Lunge, zu Muskeln, Gefäßen u.a. herstellt. Dabei haben sich im Laufe der Evolution (Entwicklung) bestimmte Funktions-Schwerpunkte herausgebildet, die für die entsprechenden Aufgaben verantwortlich sind: Stark vereinfacht muss man sich das als einen gigantischen Computer mit Milliarden von Nervenzellen vorstellen, die untereinander vernetzt sind und deshalb erst die hochentwickelten Fähigkeiten des menschlichen Gehirns ermöglichen. Den Kontakt zwischen den Nervenzellen stellen so genannte Neurotransmitter (deutsch: Botenstoffe) dar, kleine Teile (so genannte Moleküle) bestimmter chemischer Verbindungen, die komplizierte Namen tragen wie Acetylcholin, Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin, Serotonin, Histamin, ja Gamma-Aminobuttersäure (GABA) usw.

Kommt es nun in bestimmten, gleichsam spezialisierten Regionen des Gehirns zu einem Defizit solcher Botenstoffe, drohen Funktionseinschränkungen oder gar Ausfälle. Nach außen äußert sich dies in Beeinträchtigungen, Behinderungen, Störungen oder Krankheiten. Das betrifft sowohl die rein körperlichen Funktionen (Herz-Kreislauf, Magen-Darm, Lebererkrankungen u.a.) als auch die seelischen bzw. geistigen (Depressionen, Schizophrenie, Angststörungen u.a.).

In letzter Zeit diskutiert man nun unter biologischen Aspekten auch psychosoziale Extremreaktionen, nämlich Gewaltdurchbrüche gegen sich selber (Selbsttötungsgefahr) oder gegen andere.

Einer der wichtigsten Botenstoffe für das Seelen- bzw. Gemütsleben ist der erwähnte Neurotransmitter *Serotonin*. Er scheint eine zentrale Bedeutung für die so genannte homizidale und suizidale Impulssteuerung zu haben. Oder allgemein-verständlich: Vor allem durch Serotonin, sein Fehlen oder zumin-

dest die verminderte Produktion im Gehirn drohen beispielsweise depressive oder Angst-Störungen, aber offenbar auch fremd-aggressive Gewalttaten bis zu Mord (Homizid) oder selbst-aggressiven Durchbrüchen (Suizid).

Tatsächlich scheint das so genannte Serotonin-Mangelsyndrom (also ein Zuwenig an diesem Botenstoff) bei diesen fremd- oder selbst-gefährlichen Attacken eine wichtige Rolle zu spielen. Amok-Läufer wurden bisher offenbar noch nie untersucht. Beim erweiterten Suizid (in dem der Selbsttötungswillige auch ahnungslose Opfer mit einbezieht) aber sehr wohl. Und dort fanden sich deutlich niedrigere Serotonin-Spiegel in Blut und Gehirnflüssigkeit als bei Menschen, die „nur“ Hand an sich selber legten. Und bei diesen wiederum niedrigere als bei Mördern ohne seelische Erkrankung bzw. unauffälligen Mitmenschen (so genannte Kontrollpersonen).

Wie kommt es nun dazu, dass der eine genügend und der andere zu wenig solcher Botenstoffe im Gehirn produziert – und damit im Alltag in eine kritische Situation geraten kann, die andere mehr oder weniger folgenlos bewältigen?

Hier greift man auf tierexperimentelle Untersuchungen zurück. Dort kann man gleichsam im Labor nachstellen, was sowohl in der freien Natur bei Tieren, als auch vermutlich beim Menschen eine Rolle spielt, nämlich belastende Umweltbedingungen in der kritischen Entwicklungszeit von Kindheit und Jugend.

In der Tat findet man bei nicht wenigen Tätern, vom erweiterten Suizid über Totschlag bis Mord oder gar Amok, gehäuft seelische Störungen, die zum einen eindeutig definierbare Krankheiten sind (z. B. endogene Depression oder Schizophrenie, oft erblich übertragen), zum anderen auf eine belastete und damit fehl-gelaufene Persönlichkeitsentwicklung zurückgehen. Im Tierexperiment werden dabei „einfach“ die Aufwuchs-Bedingungen gestört. Beim Menschen macht das dies Leben bzw. das individuelle Schicksal.

Und da vor allem psychosoziale Belastungen in die biologische Entwicklung, insbesondere in den Reifungsprozess des kindlichen Gehirns eingreifen können, vermutet man, dass unter entsprechend ungünstigen Bedingungen das für das Gemütsleben so wichtige „serotonerge Neurotransmitter-System“ nicht vollständig ausgebildet werden kann. Die Folgen sind das erwähnte Botenstoff-Defizit mit ggf. gewalttätigen Konsequenzen.

Nun kann man so etwas als überzogene wissenschaftliche Spekulationen ablehnen. Doch eines sollte man dabei bedenken: Nicht wenige Selbstmord-Kommandos politisch-religiös motivierter Amok-Läufer der letzten Zeit (und früher übrigens auch) werden (wurden) aus den Flüchtlingslagern rekrutiert, in denen erfahrungsgemäß katastrophale Aufwuchs-Bedingungen herrschen. Dies scheint das Feld zu sein, auf dem dann besonders nachhaltig entsprechende Extrem-Reaktionen gedeihen. Die eigentlichen Ursachen sind zwar rein psychosozialer Natur. Doch eingespeist und lebenslang programmiert

werden sie in das Gehirn. Und dies möglicherweise durch eine Fehlregulation jener Botenstoffe, die die entsprechenden Gehirnfunktionen steuern – oder auch nicht.

Natürlich sind die Wissenschaftler, insbesondere was den Amok-Lauf und seine möglichen biologischen Hintergründe anbelangt, noch sehr zurückhaltend, wohl wissend, wie vielschichtig das Problem ist. Man wird aber nicht um die Erkenntnis herumkommen, dass in solchen Situationen sowohl psychosoziale als auch biologische Faktoren eine Rolle spielen *können* – will man dieses bedrohliche Phänomen eines Tages besser verstehen oder gar in den Griff bekommen. Hier werden vor allem die modernen Untersuchungsverfahren weiterhelfen (Fachausdrücke: PET-Studien oder andere bildgebende Verfahren in Verbindung mit hochselektiven Markern zur Beurteilung von Gehirnstrukturen und -funktionen – siehe entsprechende Spezialliteratur).

Besonderheiten des Amok-Anfalls

Schon beim **Ablauf** eines „früheren, klassischen“ Amok-Laufs aus dem Fernen Osten fanden sich verschiedene Variationsmöglichkeiten:

So kann das einst beschriebene Stadium der „Meditation“ fehlen. Dies vor allem dort, wo der Amok-Lauf unmittelbar aus dem Schlaf heraus einsetzt. Hier muss man dann ggf. die – sicher extrem seltene – Form des fremdgefährlichen Schlafwandels diskutieren (siehe das entsprechende Kapitel). Ähnliches gilt für die Schlaftrunkenheit (siehe Schlafstörungen). Auch soll – laut Experten – ein so genannter schockartiger Affekt, wie z. B. Schreck oder ähnliches (siehe der Kasten über den Dämmerzustand) zu einem plötzlichen Amok-Lauf führen können (was dann aber schon sehr genau und in jedem Einzelfall untersucht und belegt gehört – falls überhaupt).

Und was die **Amnesie (Erinnerungslosigkeit)** betrifft, so war sie offensichtlich schon früher nicht in allen Fällen nachweisbar. Das heißt konkret, dass sowohl die Erinnerung, als auch die Verantwortlichkeit nicht in jedem Falle aufgehoben sein muss. Offensichtlich ist sich mancher Amok-Läufer während des Ausnahmezustandes wenigstens zeitweise seiner Handlungen bewusst, weshalb die Amnesie längst nicht so umfassend sein kann, wie meist behauptet.

Dafür spricht nebenbei auch das während des Amok-Anfalls mitunter gezielt erscheinende Verhalten. Und nicht zuletzt der Umstand, dass sich die Aggressionen oft auf einen bestimmten Kreis von Personen (z. B. Familie, Verwandte, Nachbarn, Vorgesetzte, Behördenvertreter, sonstige gesellschaftliche Repräsentanten) beschränken, während Unbeteiligte fast auffällig umgangen werden. Beim Schul-Amok wird es – zumindest in Einzelfällen – ja ganz besonders deutlich (siehe oben).

Auch stimmt die Erfahrung damit überein, dass mit manchem Amok-Läufer durchaus ein gewisses Maß an zwischenmenschlichem Kontakt möglich ist, selbst während scheinbar „blindwütigen“ Verhaltens. So kann es mitunter gelingen, durch geduldiges Zureden oder energische Zurechtweisung den Ausnahmezustand zu mildern oder gar zu durchbrechen.

Schließlich sind auch Fälle beschrieben worden, bei denen es sich zuerst um einen nüchtern kalkulierten kriminellen Akt handelte (z. B. Raub bzw. schließlich Raubmord), was dann aber in einen blindwütigen Amok-Anfall umgeschlagen sein soll (oder vom Täter nachträglich zumindest so gerechtfertigt wird).

Zuletzt wird nach neueren Erkenntnissen – zumindest für die heute fassbaren und damit untersuchten Fälle – sogar die Impulsivität angezweifelt. Das heißt, ob es sich wirklich um grundsätzlich willkürliche, nicht provozierte aggressive Durchbrüche handelt, scheint bei genauer Analyse oft mehr als fraglich. Offenbar sind die meisten Taten eher „innerlich gewachsen“ bzw. gezielt geplant. Manche Täter beschäftigen sich mit einem solchen „Impuls“, der dann natürlich keiner mehr ist, über längere Zeit, d.h. Wochen, Monate oder gar Jahre. Bei nicht wenigen der später untersuchten Amok-Läufer waren beispielsweise die Tatwaffen schon längere Zeit „vorbereitet“. Auch dafür ist der Schul-Amok wieder ein besonders eindrückliches Beispiel.

Mit anderen Worten: Ob es früher mehr impulsartige Amok-Durchbrüche gegeben hat wie heute, lässt sich nicht mehr nachprüfen. Amok-Läufer in unserer Zeit sind aber offenbar immer häufiger „Amok-Täter“. Hier allerdings gibt es noch erheblichen Forschungs-Bedarf.

Amok-ähnliche Zustände

So genannte **amok-ähnliche Zustände** verlaufen meist nicht so spektakulär, das heißt weniger oder gar nicht blutig, um es auf den wichtigsten Punkt zu bringen. Deshalb ist auch die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit geringer.

Das einen echten Amok-Anfall mimende Rasen mit dramatisch drohendem, aber nicht mörderischem Verhalten erinnert dabei gerne an theatrales Imponiergehabe und ist bei verschiedenen Stämmen beschrieben (z. B. Hochland von Papua-Neuguinea) und unterschiedlich interpretiert worden. Dabei fallen Begriffe wie „hysterischer Pseudo-Amok“, „akute hysterische Psychose“, „Wilder-Mann-Verhalten“, „Besessenheitszustand“ u.a. Auf jeden Fall sehen sich beim Pseudo-Amok die Betroffenen ganz offensichtlich vor, niemand (ernstlich) zu verletzen. Dort greifen dann auch eher kulturell bewährte Beruhigungs- oder Behandlungsformen (siehe unten).

Interessant sind dabei die schon von dem jeweiligen Volksstamm geprägten Bezeichnungen für solche aggressiven Durchbrüche. Ein Beispiel ist der erwähnte „Wilde Mann“ eines Stammes in Neu Guinea, wobei der „Befallene“

schreiend herumrennt, harmlose Angriffe ausführt, sinnlose Forderungen stellt und sich so „theatralisch“ benimmt, dass die Dorfbewohner ihn erst einmal toben lassen. Man wartet auf das spontane Abklingen und mancherorts nimmt man den Gestörten durch ein verwöhnendes Zeremoniell mit ausgesuchten Speisen wieder in die Gesellschaft auf.

In anderen Stämmen wird dies weniger geduldet, der Betroffene vielmehr überwältigt und „zwangs-behandelt“ (z. B. durch Berauchen mit beruhigenden Kräutern).

Eine neue, leider gar nicht „harmlose“ Variante sind die amok-ähnlichen Zustände bei **Soldaten und Milizionären**, was sich besonders seit Mitte des 20. Jahrhunderts gehäuft haben soll. Zwar muss man auch hier unterscheiden zwischen bewaffneter Aggression aus unterschiedlichen Gründen (Rache, Langeweile, entgleiste Selbstdarstellungen u.a.) und einem echten Amok-Lauf, doch scheint auch Letzteres bei dieser spezifischen Gruppe zuzunehmen.

Dabei handelt es sich fast durchweg um Personen ärmlicher Herkunft, geistig wenig differenziert und mit geringer Schulbildung (siehe später).

Ihre Gefährlichkeit ergibt sich vor allem aus Besitz und Umgang mit Feuerwaffen, meist Maschinenpistolen oder gar Handgranaten („Handgranaten-Amok“), was die Folgen entsprechend katastrophal ausgehen lässt.

Offenbar häufen sich solche Taten vor allem in der Zeit nach lokalen kriegerischen Auseinandersetzungen (z. B. Laos, Philippinen, Senegal, Kenia u.a.), was verschiedene Voraussetzungen erfüllt: Gewöhnung an den Waffengebrauch, veränderte Einstellung zum Töten, oftmals als unreife junge Menschen in den Militärdienst gezwungen und nach Abschluss des Krieges „gemütsmäßig verbildet“ wieder in das Zivilleben entlassen. Dann aber ohne heimatliche Ordnung, emotionale Stützung und traditionelle Prägung. Dafür auf Töten und letztlich wohl auch auf Verachtung des eigenen Lebens gedrillt.

Auslösend wirken hier vor allem Verlusterlebnisse (Frauen, Glücksspiel mit Geldverlust) oder ein Prestigeverlust (Gesichtsverlust) in der Öffentlichkeit.

Amok und Selbstzerstörung

Viel diskutiert wurde in der früheren Fachliteratur auch das Phänomen: Amok-Lauf und nachfolgende Selbstzerstörung, d.h. Mord/Totschlag und anschließender Selbstmord.

Das geht in den älteren Schriften bis zur unkritischen Überhöhung („heroische Selbstmordtat“) und hat eigentlich nur dort eine nachvollziehbare Bedeutung, wo der Amok-Lauf beispielsweise den Kriegern für politische oder militärische

Ziele befohlen wurde, einschließlich der „Selbstverständlichkeit“, sich anschließend selber zu töten.

Ansonsten handelt es sich auch beim Suizid eines Amok-Läufers um ein mehrschichtiges Phänomen: Zum einen blindwütige Zerstörungswut, die von der Fremd-Aggression in die Selbst-Aggression umschlägt, zum anderen wohl auch eine halbwegs kalkulierte Notlösung, wenn sich das verzweifelte Umfeld schließlich zur Gegenwehr formiert.

Heute erforscht die Wissenschaft die Kombination aus tödlicher Fremd- und Selbst-Aggression unter dem Fachbegriff **Homizide-Suizide (HS)**. Einzelheiten dazu die (allerdings noch spärliche) psychiatrische, psychologische, medizinische, kriminologische und juristische Fachliteratur.

Amok und Tat-Waffe

Ein besonderes Problem, auf das mehrfach eingegangen wurde, ist der Zusammenhang zwischen **Amok und Tatwaffe**.

So kann man sich vorstellen, dass frühere Amok-Läufe mit Messer, Schwert, Dolch, Speer, Machete oder Axt verheerende Folgen bei der überraschten Umgebung auslösten – letztlich aber doch irgendwie „waffen-bedingt“ begrenzt. Das änderte sich mit dem Amok-Gebrauch von Feuerwaffen (z. B. durch Soldaten oder Milizionäre – siehe später), meist Maschinenpistolen oder gar Handgranaten („Handgranaten-Amok“).

Dabei nimmt die Gefährlichkeit der eingesetzten Waffen in folgender Reihenfolge zu:

- als Waffen missbrauchbare Gegenstände
- „herkömmliche“ oder „traditionelle“ Waffen wie die erwähnten Messer, Dolch, Speer, Machete, Axt u.a.
- Schusswaffen, bis hin zu den „Tod und Verderben streuenden“ Maschinenpistolen oder Handgranaten
- Der Besitz bzw. Einsatz ganzer Waffen-Arsenale, wie das immer üblicher zu werden scheint („Waffennarr“), meist natürlich Schusswaffen.

Amok – ein mehrschichtiges Gewalt-Phänomen

Besonders nach einer nicht nur sinnlosen, sondern auch blutigen Tat, ohne scheinbar nachvollziehbare Motivation, wird immer wieder nach den Ursachen

und Hintergründen eines Amok-Anfalls gefragt. Abschließend deshalb noch einmal einige Aspekte, die die Diskussion derzeit beherrschen:

Eines der wenig hinterfragten Probleme ist die in den Medien und damit in der Allgemeinheit immer häufiger zu findende Vermischung von ausreichend definierten Begriffen bzw. Erkrankungen für Ereignisse, die damit gar nichts zu tun haben. Das macht sich gut, das verspricht Aufsehen, das verbreitet sich rasch – sorgt aber nur für Verwirrung und belastet ggf. die Betroffenen.

Ein solches Beispiel ist der Begriff „schizophren“, der bekanntlich für alles Unwägbarere oder inzwischen sogar Gedankenlose, Negative, Unvernünftige, Unberechenbare, Verantwortungslose usw. missbraucht wird. Da kann man sich gut vorstellen, wie sich ein schizophren Erkrankter fühlen muss, wenn er plötzlich in eine so negative Ecke gestellt wird – unverschuldet.

Auch der Amok-Lauf macht eine solche begriffliche Entwicklung durch (was die Betroffenen allerdings weit weniger stören dürfte). Da sich in letzter Zeit die paramilitärischen Selbstmord-Attentäter in manchen Regionen dieser Erde immer häufiger mit unschuldigen Passanten, Verkehrsteilnehmern und Diskotheken-Besuchern in die Luft sprengen oder wild um sich schießen und anschließend selber richten, bekommt dieser Begriff langsam eine neue Bedeutung. Mag sein, dass dies eines Tages so verändert bleibt. Mit dem ursprünglich als Amok-Lauf bezeichneten Geschehen hat es aber nicht mehr zu viel tun (wobei aber auch schon die Einleitung zeigt, dass es bereits früher unterschiedliche Bedeutungen gegeben haben muss – siehe unten).

Eine solche Begriffs-Verschiebung ist natürlich umso wahrscheinlicher, je weniger konkret das Phänomen von sich aus definiert (um was handelt es sich?) und klassifiziert ist (wo kann man es einordnen?). Und dieses Problem ist beim Amok-Lauf besonders bedeutsam.

So hat der Amok-Zustand im Laufe der historischen Entwicklung verschiedene Wandlungen durchgemacht, beispielsweise hinsichtlich Anlass (ursprünglich durchaus auch politisch motiviert), Durchführung (Wahl der Waffe) und Beurteilung durch die Öffentlichkeit. Dies sogar in jenen Regionen, in denen man das Amok-Verhalten scheinbar noch immer am ehesten konzentriert sieht: im malaiisch-indonesischen Kulturraum. Doch auch dort änderte sich seine Bedeutung vom glorifizierten kriegerischen Ethos über das sanktionierte Mittel gesellschaftlicher Kontrolle und sozialen Protestes (Kolonialzeit, traf häufig Vertreter der jeweiligen Kolonialmächte), um nach der politischen Unabhängigkeit gesellschaftlich als unzweckmäßig und durch die moderne Justiz als strafbar gebrandmarkt zu werden. Dabei wandelte sich das Amok-Verhalten also von einem bewusst motivierten Akt zu einer psychischen Störung, wie das heute auch im Fernen Osten am ehesten gesehen wird.

Das Einzige, was in jeglicher Zeit und Hinsicht gleich geblieben ist, ist das Merkmal des Unerwarteten, des Bedrohlichen und wohl auch des Blutigen –

jedenfalls für das überraschte Umfeld (für die Täter selber gibt es ja offenbar verschiedene Anläufe).

Ansonsten ist Amok ein Begriff, der je nach Beschreiber (Historiker, Dichter, Anthropologe, Psychiater, Politiker, Ordnungsorgane u.a.) einen recht unterschiedlichen Bedeutungs-Schwerpunkt bekommen hat.

Und selbst bei den Psychiatern wechselte sich in den letzten zwei Jahrhunderten der Blickpunkt, je nach Aufgabenstellung: strafrechtliche Verantwortung, Psychopathologie (Krankheitslehre), Lebensgeschichte, sozialpsychologische Aspekte (Umfeld) usw.

Einige Experten wollen deshalb das Phänomen des Amoks auf die Kultur der Malayen und eventuell Javanen beschränkt sehen. Nur so bleibe Amok gleich Amok. Das wird sich nicht halten lassen, obgleich die jeweilige Kultur selbstverständlich einen großen Teil von Ursachen, Hintergründen, Ausführung und Folgen für sich beanspruchen kann.

Viel wichtiger aber ist die Frage: Was wissen wir über solche Gewalttaten unter den heutigen Bedingungen? Nachfolgend deshalb eine komprimierte Übersicht.

Was sagen die bisherigen Gefährdungs-Analysen aus?

„Die beste Therapie ist eine erfolgreiche Vorbeugung“ lautet die bekannte medizinische Erkenntnis, die nebenbei nicht nur für die Gesundheit gilt. Und nirgends hat sie so viel Bedeutung wie beim Amok-Lauf, blutige Bedeutung. Also ist das Wichtigste eine möglichst umfassende Prävention. Und die ist nur möglich durch eine entsprechende „Gefährdungs-Analyse“, wie man das heute nennt. Sie ist wichtig – und problematisch zugleich (Einzelheiten siehe später). Trotzdem kommt man nicht darum herum, vor allem was die verheerenden Schul-Amoktaten anbelangt. Was also weiß man bisher oder glaubt bisher zu wissen?

Was offenbar kultur-übergreifend und allgemein-menschlich auffällt, sind folgende Aspekte (nach W.M. Pfeiffer, 1994 und L. Adler, 2000). Zuerst die Hinweise mit Schwerpunkt auf früher diskutierte Ursachen (die natürlich auch heute noch ihre Bedeutung haben):

- Geringe geistige und gemütsmäßige (emotionale) Differenzierung des Amok-Läufers.
- Versetzt oder gar isoliert in eine fremde und ggf. sogar noch fremdsprachige Umgebung bzw. eine neuartige Situation.

- Paranoide (wahnhaft) Umdeutung dieser Situation, wobei die Umwelt als feindselig erlebt wird. Der Betroffene vermag niemanden zu erkennen, auf dessen emotionale (gemütsmäßige) und praktische Hilfe er sich verlassen könnte.
- Deshalb erlebt er sich selbst als existenziell bedroht und unfähig, die Situation auf herkömmliche Weise zu bewältigen (z. B. mit den üblichen Verhaltensmustern oder vernünftigen Überlegungen, die jedermann zu Gebote stehen – meist mit befriedigendem Erfolg).
- Das Gefühl des Bedrohtseins und der Machtlosigkeit, ggf. übersteigert durch einen schweren Verlust, z. B. durch Verlassenwerden, Trennung, Scheidung, Tod einer nahen Bezugsperson oder auch „nur“ von Geld im Spiel bzw. durch einen „Gesichtsverlust“, wie er ja in manchen Kulturen eine für uns kaum nachvollziehbar wichtige Rolle spielt.
- Die Verfügbarkeit von Waffen und die Fähigkeit, damit umzugehen.
- Die Einstellung, dass das Leben anderer Menschen und sogar das eigene Leben letztlich keinen hohen Wert darstellt, wogegen das Töten als Mittel der Situationsbewältigung akzeptiert und vielleicht sogar als heroisch glorifiziert wird – genauso wie das Getötet-Werden.

Wichtig ist aber vor allem eines: Selbst in besonders betroffenen Bevölkerungsteilen dieser Erde sind es nur ganz vereinzelte Personen, die in einen derartigen Ausnahmezustand geraten. Den spärlichen Hinweisen, die sich in der früheren Fachliteratur finden, ist auf jeden Fall zu entnehmen, dass es sich nicht gerade um typische Vertreter der jeweiligen Kultur handelt, von vorbildhaften Kulturträgern ganz zu schweigen.

Viel eher geht es hier um „grenzwertige“ bzw. „randständige“ Persönlichkeitsstrukturen, die aufgrund intellektueller oder gemütsmäßiger Unreife durch eine kritische Situation überfordert sind. Dabei zeichnen sich möglicherweise mehrere Charakter-Typen ab:

- Die einen gelten als von Natur aus sanft und gutmütig und haben Schwierigkeiten, ihre Ansprüche und vor allem Aggressionen wirksam zum Ausdruck zu bringen. Hier kann es trotzdem zu einem Gewalt-Durchbruch kommen, wenngleich unerwarteter als sonst.
- Die anderen sind geltungsbedürftig, stellen sich zur Schau und sind außerordentlich empfindlich gegenüber dem Verlust an Ansehen.
- Ein dritter Typ ist gar abnorm erregbar, wenn nicht den eigenen, unkontrollierbar überbordenden Gefühlen fast hilflos ausgeliefert.

- Eine vierte Möglichkeit sind Männer, die es gewohnt sind bei Kriegshandlungen in einen amokartigen Zustand einzutreten. Das kann dann auch unbeabsichtigt in friedlichen Situationen „durchbrechen“. Interessant dabei ist der Umstand, dass es gerade nicht alt-erfahrene Krieger sind, die zu Amok-Läufern werden; denn diese haben gelernt, ihre Aggressionen gezielt und mit Maß einzusetzen. Betroffen sind deshalb meist junge Männer, die in einen solch verheerenden Strudel unfassbarer Dissoziation (Spaltung) des Bewusstseins geraten (nach W.M. Pfeiffer, 1994).

Interessant ist auch eine Täter-Analyse aus jüngerer Zeit anhand der Medien-Berichterstattung. Dabei ließen sich verschiedene Prototypen von Tätern identifizieren (nach L. Adler, 2000, zitiert nach J. Hoffmann):

- Unter den Amok-Läufern, die sich am Ende selbst töteten, fanden sich zwei Unterkategorien:
 - Zum einen waren dies ältere, zuvor unauffällige Täter, die ausschließlich Familienmitglieder attackierten, und dies meist mit Schusswaffen. Sie gingen mit tödlicher Präzision vor, so dass kaum ein Opfer überlebte.
 - Zum anderen Menschen, die verblüffend genau dem in zahlreichen Hollywood-Filmen entworfenen Stereotyp entsprachen: Dabei handelt es sich meist um „ledige, kontaktarme, sexuell abstinente oder sexuell perverse Waffennarren, die zum Teil noch bei der Mutter lebten“. Diese Täter griffen entweder nur fremde Personen an oder taten dies, nachdem sie im Anfangsstadium des Geschehens die nächsten Angehörigen ihrer Familie getötet hatten.
- Amokläufer, die sich nicht selber umbrachten, zeigten hingegen andere Handlungsmuster: Sie verursachten beispielsweise enorme Sachschäden, in dem sie nicht die üblichen, sondern ungewöhnliche Waffen einsetzten, z. B. Pkw, Lkw, Busse oder sogar Panzer, die sie zuvor entwendet hatten und aufgrund entsprechender Vorkenntnisse auch offensichtlich zu steuern wussten.

Deren impulsive Gewaltakte führen zu weniger Todesopfern, dafür aber zu hohen Sachschäden, einschließlich einer trotzdem erheblichen Gefährdung ahnungsloser Mitmenschen, die nur aufgrund polizeilicher Vorsichtsmaßnahmen oder eigener Reaktionsgeschwindigkeit diesen „technischen Attacken“ entkommen können. Diese Täter sind offenbar häufig psychotisch oder stehen unter dem Einfluss von Rauschdrogen.

Gibt es so genannte Risiko-Marker?

Nun werden solche Gefährdungs-Analysen zwar von jedermann gefordert, sind aber überaus schwierig und vor allem in ihren Schlussfolgerungen durch-

aus problematisch. Und sie stellen ein lediglich qualitatives Unterfangen dar (also eine statistische Aufarbeitung von Fakten), während die wohl entscheidenden, weil individuellen und situationsbezogenen Rahmenbedingungen in solche Kalkulationen kaum adäquat eingehen können.

Allerdings laufen entsprechende kriminologische und pädagogische Forschungsprogramme (Schul-Amok), bei denen sich sogar so genannte **Risiko-Marker** abzeichnen. Sie sind allerdings weit weniger ergiebig, als es auf den ersten Blick erscheinen mag. Immerhin sollen sich nach J. Hoffmann folgende Fragestellungen wiederholen:

- *Handelt es sich um eine narzisstische Persönlichkeitsstruktur?* Einzelheiten siehe die entsprechenden Hinweise in diesem Beitrag sowie detaillierter in dem Kapitel *Neurosen einst und heute*.
- *Liegt eine geringe Frustrationstoleranz vor?* Frustration ist ein beliebtes Schlagwort, unter dem sich nicht jeder etwas vorstellen kann, auch wenn man fast täglich davon betroffen ist. Der lateinische Begriff *frustra* heißt soviel wie umsonst, erfolglos, vergeblich, nutzlos, zwecklos. Neurosenpsychologisch ist damit eine bestimmte psychologische Situation gemeint (Einzelheiten siehe das erwähnte Neurosen-Kapitel). Doch im Alltag geht es um die ganz einfache Konstellation, wie sie die übersetzten Begriffe darlegen.

Gefährlich wird es vor allem dort, wo solche Frustrationen sich häufen, keine, wenn auch kleine Erfolgserlebnisse dazwischen etwas Erholung und ein wenig Selbstwertgefühl vermitteln und eine entsprechende Persönlichkeitsstruktur aufgrund dieses „Frustes“ (volkstümlicher Begriff) zu unüberlegten und damit vielleicht sogar „blindwütigen“ Übergriffen verleitet.

- *Finden sich plötzliche Verhaltenssprünge?* Jeder Mensch hat eine gewisse Wesensart, nach der sich sein alltägliches Verhalten ausrichtet. Damit wird er für sein Umfeld mehr oder weniger kalkulierbar („das hab ich mir schon gedacht...“). Wenn dies nicht der Fall ist (wie beispielsweise bei manchen schizophren Erkrankten), wird der Betroffene nach und nach ausgegrenzt, weil man seine Wesensart als nicht einordenbar und damit belastend empfindet.

Wenn sich im Verhalten eines aber bisher als nicht krank geltenden Mitmenschen mehr oder weniger plötzlich etwas zu ändern scheint, ist das ein praktisch verwertbarer Hinweis auf ein innerseelisches Problem, eine nicht bewältigbare Belastung, vielleicht sogar eine nicht ungefährliche Entwicklung in Richtung Selbst-Gefährlichkeit (Suizidgefahr) oder Fremd-Gefährlichkeit (im Extremfall Amok ?).

- *Liegt ein auffälliger, auf gewalttätige Inhalte konzentrierter Medienkonsum vor?* Einzelheiten siehe das nachfolgende Kapitel über die Rolle der Medien.
- *Wird im näheren und weiteren Umkreis ein krankhaft-aggressives, zumindest aber in dieser Hinsicht grenzwertiges Verhalten toleriert, wenn nicht gar propagiert?* Aggressionen gehören zum Menschsein und sind nicht grundsätzlich negativ. Hier wie in vielen anderen emotionalen Bereichen geht es letztlich um die Frage der „Dosierung“. Und natürlich der jeweiligen Persönlichkeitsstruktur, ja sogar der vorherrschenden nationalen Mentalität (siehe USA).

Auch pflegen sich Aggressionen je nach Person und sogar Zeitalter in unterschiedlicher Form zu äußern. In unserer Zeit und Gesellschaft ist es beispielsweise der „lächelnde Ellenbogen“, der sicher mehr Kummer verbreitet und Schaden anrichtet als es die „zivilisierte Fassade“ verrät.

Es gibt aber auch aggressive Persönlichkeitsstrukturen, die man als grenzwertig bis krankhaft einstufen muss. Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Hinweise in diesem Kapitel. Wird der Betreffende durch seine Umgebung aber weitgehend gezügelt, ist auch mit weniger aggressiven Durchbrüchen und damit Schaden zu rechnen, als wenn er in einem Umfeld lebt, in dem ein solches Verhalten toleriert, wenn nicht gar gefördert wird. Diese Frage soll auch beim Amok von Bedeutung sein.

- *Belastet den Betroffenen ein Mangel an Nähe und Vertrautheit zwischen den Menschen?* Die „zwischenmenschliche Atmosphäre“, der „zivilisierte Umgang“, Hilfsbereitschaft, ja Nächstenliebe und Güte mögen altertümliche, überholte, vielleicht sogar lächerliche Floskeln sein. Wer aber einmal Menschen erleben konnte, die in einer entsprechenden emotionalen Kälte und damit seelischen Verlorenheit aufwachsen mussten und dabei erst Schaden an sich selber nahmen und später dieser Schaden auch auf andere ausdehnten, weiß, was damit gemeint ist.
- *Findet sich ein (leichter) Zugang zu Waffen?* Einzelheiten siehe das entsprechende Kapitel.
- *Leidet der Betreffende unter Depressionen mit Suizidneigung?* Wie erwähnt: Selbst-Aggressionen können schnell in Fremd-Aggressionen umschlagen – und wieder zurück. Dabei geht es weniger um die meist endogenen, d.h. biologisch fundierten Depressionen schwermütiger Mütter oder Väter, die in ihrer depressiven Verzweiflung beim erweiterten Suizid ahnungslose Kinder oder Partner/Angehörige in den Tod mitnehmen. Es geht vor allem um eine eigentümliche Mischung aus missgestimmt-wütend-deprimiert bis depressiv-zornig-feindselig, also eine unkalkulierbare Reaktion auf die Lebensumstände, Eltern, Vorgesetzten, Nachbarn, Lehrer, Behörden u.a., von denen man sich missverstanden, ungerecht behandelt,

gekränkt oder gedemütigt fühlt. Und manchmal auch als verzweifelte Reaktion auf die eigenen unzureichenden Möglichkeiten, die ständig einengenden Grenzen, Belastungen und Zwänge durch eigene Ungeschicklichkeit, Unfähigkeit u.a. Es gibt nicht nur eine „leidende Depression“, wie sie sich jeder halbwegs vorstellen kann, es gibt auch eine „zornige“, ja „feindselige Depression“, die dann auch nicht nur Hand an sich selber, sondern auch an andere legen kann bzw. zuerst an andere und dann an sich selber.

- *Wurde der Betroffene in der Vergangenheit häufig Ziel von ausuferndem Spott oder gar Ausgrenzung bzw. Verfolgung durch Kameraden, Kollegen, Nachbarn, Vorgesetzte u.a.? Das scheint einer der Haupt-Gründe zu sein, die zu entsprechenden Reaktionen bis hin zum Amok führen können: Eine tiefe Kränkung, beispielsweise ausgelöst durch eine zurückgewiesene Verliebtheit, durch Spott von Mitschülern, einen ernsthaften Konflikt mit Lehrern, Lehrherrn oder Schulleitung, Auseinandersetzungen mit Angehörigen oder Nachbarn bzw. Behörden u.a.*

Auf die so erlebte Zurückweisung und das damit bedrohte Selbstwertgefühl reagieren die „Opfer“ (wie sie sich als solche selber sehen) schließlich mit Rückzug in eine Fantasie, in der zuerst Macht und Gewalt theoretisch ausgelebt werden, manchmal bis zu narzisstischen Größen- und Allmachtsvorstellungen – am Schluss vielleicht in einem blutigen Finale (ein treffendes, literarisch und musikalisch eindrucksvolles Beispiel ist der Song der Seeräuber-Jenny in Berthold Brechts Drei-Groschen-Oper).

Gespür für versteckte Hinweise auf die drohende Katastrophe entwickeln

Was lässt sich daraus lernen? Als bedeutsam für eine mögliche **Prävention** (Vorbeugung) erwies sich bis jetzt und bleibt auch in Zukunft unabdingbar ein verstärktes, weil trainiertes Gespür für versteckte Hinweise auf die drohende Katastrophe (englischer Fachbegriff: leakings). Oder auf deutsch: Die Mehrzahl der beispielsweise späteren Schul-Amokläufer und wohl auch die meisten anderen mit ihren eigenen Ursachen und Beweggründen legen – direkt und offen oder verschlüsselt – ihre Pläne dar. Und dies nicht selten in Form ausdrücklicher Ankündigungen oder Drohungen. Gelegentlich warnen die Täter sogar ihre Freunde davor, am Tag des Anschlags beispielsweise in die Schule zu gehen (J. Hoffmann).

Dies betrifft nebenbei fast ausschließlich Gleichaltrige, während Erwachsene und vor allem natürlich Unbeteiligte solche lebensrettenden Warnungen so gut wie nie erreichen.

Diese Erkenntnis ist nützlich – und zwiespältig zugleich. Denn sie öffnet zwei weiteren Gefahrenmomenten Tür und Tor:

- Zum einen droht bei entsprechender Über-Interpretation eine mögliche Stigmatisierung von „Verdächtigten“ (und nicht nur Verdächtigen!), so dass jemand in den Verdacht eines „potentiellen Amok-Täters“ geraten kann, ohne dass er je an eine solch blutige Tat gedacht hat.
- Zum anderen kann sich daraus auch ein zermürbendes Droh-Potential ableiten. Der auch nur versteckte Hinweis, „sich bei gegebenem Anlass einmal Luft, Gerechtigkeit oder Rache durch Amok zu verschaffen“, ist natürlich eine furchtbare Waffe, ähnlich den anonymen Bombendrohungen.

Hier besteht also noch erheblicher Forschungsbedarf, wie das wissenschaftlich heißt oder kurz: Daten sammeln, ordnen, werten, präventive Erkenntnisse schlussfolgern. Und vor allem die – zugegebenermaßen unübersichtliche weil tatsächlich auch unübersehbare – Grundlage solcher Entwicklungen nicht nur erforschen, sondern so gut es geht neutralisieren.

Und hier gibt es einen Aspekt, der immer öfter diskutiert und deshalb auch abschließend erörtert werden soll, nämlich:

Anhang: Die Rolle der Medien

Auch in den USA, vor allem aber in Europa bzw. in Deutschland wird nach entsprechenden Gewalttaten die Rolle der *Medien* diskutiert – sicher nicht zu Unrecht. Immerhin weiß man schon seit geraumer Zeit, dass der wiederholte Konsum von Gewalttaten auf dem Bildschirm erhöhte Aggressionen auslösen, unterhalten und verstärken kann. Auch die Wissenschaft sieht dies ähnlich, wenngleich nicht einseitig, sondern im Verbund mit anderen Gefährdungsmomenten. Einzelheiten siehe Kasten.

In diesem Zusammenhang ist auf den von den Massenmedien propagierten westlichen Zeitgeist hinzuweisen, der zur Popularisierung und insgeheimen Bewunderung von *Machos* wie Rambo und anderen Killertypen beiträgt. Ebenfalls zu beobachten ist eine Zunahme dissoziativer Bewusstseinsveränderungen in Nordamerika und der weit verbreitete Gebrauch psychoaktiver Substanzen. Dies ist von prognostischer Relevanz, denn gefährliches Amok-Verhalten ist im wesentlichen bestimmt durch unkontrollierte Dissoziationsbereitschaft und Tendenz zu enthemmter Gewalttätigkeit (W. G. Jilek und L. Jilek-Aall, 2000).

Aber auch beim reinen Medienkonsum kommt es darauf an, in welchem Zusammenhang Gewalt präsentiert wird. Interessant sind dabei folgende Aspekte (nach J. Hoffmann, 2000):

- Aggressive Akte, möglicherweise noch lustvoll ausgeübt, die ein moralisch gerechtfertigtes Ziel im Auge haben und – sehr wichtig – von einem positiv

besetzten Charakter ausgeführt werden, steigern die Neigung zu gewalttätiger Imitation (Nachahmung).

- Stehen dagegen die negativen Folgen der Tat im Mittelpunkt und wird der Täter als zwiespältige Person dargestellt, kann dies sogar die Hemmschwelle gegenüber Gewalt erhöhen.

Deshalb sagen die zuständigen Experten: Angesichts der Flut von Gewaltdarstellungen, denen Jugendliche und sogar Kinder in ihrem mehrstündigen Fernsehkonsum alltäglich ausgesetzt sind, lässt sich hier wohl keine *primäre* Ursache für entsprechende Massenmorde objektivieren. Die Medien mögen eine von verschiedenen Einflussgrößen sein, doch wird man ihnen nicht die alleinige Schuld zuschieben können, sonst müssten viel mehr Gewalttaten geschehen. Denn es sind Millionen Jugendliche und sogar Kinder, die täglich und mehrere Stunden lang diesen zwiespältigen Medien-Einflüssen ausgesetzt sind.

Der größere Einfluss scheint der individuellen Disposition (Neigung zur Gewalttätigkeit) zuzukommen, d.h. den psychologischen bzw. psychosozialen Voraussetzungen.

Auch drohen im Bereich der Medien generell offenbar gefährlichere Einflussfaktoren als reine Spielfilme, gibt u.a. Diplom-Psychologe J. Hoffmann vom Institut für Psychologie der TU Darmstadt zu bedenken. Dazu gehören beispielsweise die so genannten *Ego-Shooter*, also Computerspiele, bei denen man aus der Perspektive eines bewaffneten Aggressor heraus virtuelle (also nicht reale, sondern scheinbare) Gegner niederschießt. Diese können in ihrer graphischen Realitätsnähe durchaus bereits vorhandene Gewalt- und Machtfantasien so ausbauen und verstärken, dass es nicht nur zu einer Bahnung im innerseelischen Sinne, sondern auch zu einer erhöhten Treffsicherheit im realen Falle kommt (was bei entsprechenden Untersuchungen auch nachweisbar ist, z. B. im Training von Sicherheitskräften, wo es ja erwünscht ist).

Hat die Art der Berichterstattung über Amokläufe einen Einfluss?

Wenn man auch die Medien, also Film, Fernsehen, Rundfunk und Presse nicht global, unkritisch und vor allem unbewiesen schuldig werden lassen sollte, so gilt es doch vor allem die Art der *Berichterstattung über Amokläufe* kritisch zu hinterfragen. Denn die scheint einen nicht unerheblichen Einfluss auf mögliche Folgetaten auszuüben.

In der Selbstmord-Forschung sind solche Nachahmungs-Phänomene unter dem Begriff Werther-Effekt (siehe das entsprechende Kapitel) bekannt. Dort zeigt sich, dass die Darstellung in Film und Fernsehen von aufsehenerregenden Selbsttötungen, vor allem in direkter Folge, zu einer Erhöhung von Suiziden beitragen kann, und zwar gerade bei jungen Menschen.

Auch beim Amok scheint eine solche Verknüpfung nicht ausschließbar. Damit bestünde die Gefahr, dass mit einer solchen medienwirksam berichteten Tat entsprechende Nachfolge-Bestrebungen Tür und Tor geöffnet werden. Die Erfahrung in den USA lässt jedenfalls Schlimmes befürchten. Junge Amokläufer, die sich mit einer solchen Bluttat zu düsterer Größe und machtvoller Bedeutung aufschwingen, könnten auch hierzulande in entsprechenden Kreisen oder zumindest bei einzelnen Personen zu heroischen Figuren aufsteigen, die ein verlockendes Identifikations-Potential bieten – gerade für ohnehin grenzwertige, vor allem so genannte ich-schwache Persönlichkeiten mit mangelnder Kompensationsfähigkeit.

Dabei sind es vor allem die Untersuchungen von A. Schmidtke und Mitarbeiter auf nationaler und internationaler Ebene (überwiegend USA), die bedenkliche Schlussfolgerungen nahe legen:

Seit Beginn der wissenschaftlichen Aggressions- und Suizidforschung stößt man immer wieder auf die Erkenntnis, dass auch dieses (Fehl-)Verhalten durch Imitation (Nachahmung) gelernt werden kann – und wird. Dabei sind es vor allem die Medien, die ein solches Imitationsverhalten fördern.

Die Berichterstattung oder Schilderung aggressiven oder suizidalen Verhaltens einschließlich Amok kann sich kurz- und langfristig auswirken. Die Mehrzahl der Amok-Ereignisse ist offenbar nicht zufällig über die Zeit verteilt. Meist folgen Amoktaten einem anderem Amok-Ereignis in einem Zeitraum nach, der innerhalb einer bestimmten Zeitspanne liegt, die auch bei vielen Studien zur Nachahmung suizidalen Verhaltens gefunden werden, nämlich 10 bis 18 Tage. Auch gibt es Hinweise auf starke Ähnlichkeiten zwischen der Art, wie ein Amoktäter tödlich vorgeht.

Aus diesem Grunde ist es – so Schmidtke und Mitarbeiter – bei der Berichterstattung über Amoktaten möglicherweise ähnlich gefährlich wie bei Suiziden, wenn über solche Ereignisse (vor allem sensationell) berichtet wird.

Nun gibt es aber in der Tat unterschiedliche Untersuchungs-Ergebnisse zu diesem Thema, je nach Studie. Dies wird auch immer wieder als Rechtfertigungsgrund angeführt. Nachfolgend deshalb eine Übersicht nach Schmidtke und Schaller, welche Einflussfaktoren berücksichtigt werden sollten (siehe Kasten).

Welche Faktoren spielen bei der Berichterstattung der Medien über fremd- und selbst-aggressives Verhalten eine Rolle?

- *Die Art der Medien* ist wichtig, was die jeweilige Zielgruppe angeht, nämlich Print-Medien (Zeitungen, Magazine, Bücher), Musik, Theater (Schauspiele, Opern), Film, Fernsehen oder die neuen elektronischen Medien wie das Internet. Hier gibt es offenbar sogar Unterschiede nach Geschlecht und

Alter. Männer werden beispielsweise durch andere Zeitungen/Zeitschriften beeinflusst als Frauen. Fernsehen scheint insbesondere für Kinder und Jugendliche bedeutsam zu sein. Ähnliches gilt für das Internet.

Es gibt aber bis heute noch keine überzeugende Studie, die solche Unterschiede schlüssig beweisen und begründen könnte. In einigen Fällen, und dazu gehört auch der Amoklauf, berichten wahrscheinlich alle Medien gleich ausführlich, so dass man deren unterschiedlichen Einfluss nicht mehr genau abgrenzen kann.

- *Die Art des dargestellten Verhaltens* ist ebenfalls von Bedeutung, nämlich real oder fiktiv, ob Gedanken, Handlungsversuche oder vollendete Handlungen. Offenbar wird reales Verhalten eher imitiert als fiktives (auf Vorstellung oder Annahme beruhend).
- *Die Art der Darstellung:* Schon in der Grundlagenforschung zeigt sich, dass ein Modell umso eher imitiert wird, je sympathischer und „verstehbarer“ es dargestellt wird. In der Suizid-Forschung werden beispielsweise positive Modelle (berühmte Politiker oder Stars mit entsprechender Ausstrahlung und Sympathie) eher imitiert als allseits bekannte, aber nicht positiv empfundene „Modelle“ (z. B. bekannte Verbrecher). Dies erklärt auch, warum Massensuizide „unsympathischer“ Gruppen trotz mancher „Vorbilder“ kaum Nachahmer finden (Beispiele: Jonestown, Sonnentempler, Heavens Gate-Sekte u.a.).
- *Publikationsaufwand:* Der Imitationseffekt hängt auch von der Menge der Publikationen ab. Je höher der Publizitätsgrad (Menge, Wiederholung und Art der Berichterstattung), desto größer das Imitationsrisiko.
- *Anzahl und Art der Rezipienten:* Wie bereits erwähnt, hängt der Imitationseffekt auch von der Menge und Art potentieller Imitatoren, d. h. der Art der Empfänger ab (Leser, Hörer, Fernsehzuschauer), d. h. welches Alter, Geschlecht, ggf. welcher Beruf, welche soziale Schicht u.a.
- *Ähnlichkeit zwischen Modell und potentielltem Imitator:* Je ähnlicher mögliche Imitatoren dem Modell sind, umso wahrscheinlicher drohen auch die Imitationseffekte. Dies gilt nicht nur für die Personen selber (Alter, Geschlecht, Rasse, soziale Schicht, ja Beruf), dies gilt auch für die eingesetzten Methoden, die dann zielgerichtet nachgeahmt werden.
- *Darstellung der Konsequenzen:* Wahrscheinlich wird eher imitiert, wenn die Folgen positiv oder gar heroisierend (als Heldentat) dargestellt werden und deutlich weniger, wenn sie negativ, vor allem abstoßend und stigmatisierend/diskriminierend ausfallen könnten.
- *Kurz- oder langfristige Effekte:* Bei impulsiven Persönlichkeiten, die zu spontanen bis unüberlegten Reaktionen neigen, könnten in bestimmten

Stimmungslagen, die ein solches Verhalten bahnen, entsprechende Verhaltensweisen durch diese Modelle ausgelöst werden. Das wäre eine kurzfristige Reaktion. Langfristig könnte sich die verhängnisvolle Sichtweise verfestigen, dass diese Form von Verhalten ein allgemeiner, verstehbarer und akzeptabler Weg von Problemlösung sei.

Man spricht in diesem Zusammenhang wissenschaftlich von Desensitivierung durch dauernde Exposition mit spezifischem, besonders aggressivem oder selbst-aggressivem Verhalten. Oder allgemein verständlich ausgedrückt: sensitiv oder konkreter: sensibel heißt, in dieser oder jener Fragestellung die persönliche Wahrnehmungsfähigkeit verfeinern. Um umgekehrt: Desensitivierung bedeutet unsensibel machen in Bezug auf Urteilskraft, Objektivität und sinnvolle Schlussfolgerung abstumpfen lassen.

Nach A. Schmidtke und S. Schaller, 2000

Schlussfolgerung

Das besagt: Hier kann nur eine gezielte Aufklärung und ein überlegter öffentlicher Umgang mit derartigen Gewalttaten weiterhelfen. Vor allem jugendliche Amokläufer dürfen weder dämonisiert, noch als schicksalhaft und ohne Eigenverantwortung handelnd dargestellt werden. Vielmehr müssen in ihrer Lebensgeschichte die ganze Zerrissenheit und Schwäche deutlich werden, die sie schließlich zu einem solchen Blutbad getrieben hat (J. Hoffmann).

Damit gelingt es vielleicht, die bedrohliche Vorbildfunktion solcher Amokläufer zu konterkarieren und die Zahl potentieller Gewalttaten zumindest einzudämmen.

Gerade der Amoklauf lehrt uns etwas, was das wachsende Aggressions-Potential in unserer Zeit und Gesellschaft ohnehin nahe legt: Es gilt die Glorifizierung von Gewalt als Mittel der Konfliktlösung, die Geringschätzung der Rechte anderer, wenn nicht gar ihres Lebens und die Neigung, die Verantwortung für unbeherrschte Reaktionen auf andere oder bestimmte Umstände abzuwälzen durch rechtzeitige Interventionen abzubauen. Das heißt die alten Tugenden wieder zu entdecken, die man bisher gerne als überholt, ineffektiv oder gar lächerlich abzutun versuchte. Amok-Blutbäder, nicht zuletzt durch junge Menschen verübt, zeigen uns, wohin eine solche Geringschätzung bzw. Fehleinschätzung führen kann.

Amok ist ein gesamt-gesellschaftliches Phänomen, das nur durch uns alle gelöst werden kann.

Auch gibt es in der Suizid-Literatur zwei Kern-Sätze, die nachdenklich machen. Sie besagen:

- Selbstmörder ist man lange, bevor man Selbstmord begeht.
- Selbstmord, das ist die Abwesenheit der anderen.

Es stellt sich die Frage, ob man aus diesen Erkenntnissen trotz Entsetzen und ohnmächtiger Wut auch für Amoktäter (und damit ihre Opfer) etwas lernen kann.

LITERATUR

Sehr spezielles Thema mit vielfältiger und interessanter Fachliteratur, wenn- gleich leider nur selten und wenig fundiert in Form allgemeinverständlicher Beiträge.

Nachfolgend eine begrenzte Auswahl von entsprechenden Fachbüchern:

Adler, L.: **Amok.** Belleville-Verlag, München 2000

Adler, L.: **Amok im Spektrum homizidal-suzidaler Handlungen.** In: M. Wolfersdorf, H. Wedler (Hrsg.): **Terroristen-Suizide und Amok.** S. Roderer-Verlag, Regensburg 2002 (dort auch weiterführende Literatur)

APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV. Hogrefe-Verlag für Psychologie, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 1998

Didtrich, A., C. Scharfetter (Hrsg.): **Ethnopsychotherapie.** Enke-Verlag, Stuttgart 1987

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

Fiedler, P.: **Dissoziative Störungen und Konversion.** Beltz-PVU, Weinheim 2001

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

Helmchen, H. u. Mitarb. (Hrsg.): **Psychiatrie der Gegenwart 1: Grundlagen der Psychiatrie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1999

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

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

Hoffmann, J.: **Wenn die Hoffnung schwindet, müssen Menschen sterben.** Psychologie Heute 8 (2002) 28

Jilek, W.G., L. Jilek-Aall: **Kulturspezifische psychische Störungen.** In: H. Helmchen u. Mitarb. (Hrsg.): **Psychiatrie der Gegenwart 3: Psychiatrie spezieller Lebenssituationen.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2000 (mit ausführlichem, meist englisch-sprachigem Literaturverzeichnis)

Leonhard, K.: **Akzentuierte Persönlichkeiten.** VEB-Verlag, Berlin 1968

Metzger, E.: **Einiges über Amok und Mataglap.** Globus-Verlag, Braunschweig 1887

Pfeiffer, W. M.: **Transkulturelle Psychiatrie.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1994

Pfeiffer, W.M., W. Schoene (Hrsg.): **Psychopathologie im Kulturvergleich.** Enke-Verlag, Stuttgart 1980

Schmidtke, A. u. Mitarb.: **Imitation von Amok und Amok-Suizid.** In: M. Wolfersdorf, H. Wedler (Hrsg.): **Terroristen-Suizide und Amok.** S. Roderer-Verlag, Regensburg 2002

Schmidtke, A. u. Mitarb.: **Imitation von Amok und Amok-Suizid.** Suizidprophylaxe 29 (2002) 97

WHO: **Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen.** Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle 2001

WHO: **Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10.** Verlag Hans Huber, Bern 2000.

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

Zimmer, M. (Hrsg.): **Der 11. September 2001 und die Folgen.** Beiträge zum Diskurs nach den Terroranschlägen und zur Entwicklung einer Kultur des Friedens. Jahrestagung „Gewalt, Zerstörung, Nekrophilie – Ursachen und Alternativen“ der Erich-Fromm-Gesellschaft, Bremen 2002. Erich-Fromm-Archiv, Tübingen 2002