

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

AGGRESSION UND PSYCHISCHE STÖRUNG

Spezielle Krankheitsbilder

Aggressionen und Gewaltbereitschaft nehmen zu. Diesen Eindruck muss man gewinnen, wenn man die täglichen Nachrichten verfolgt. Und es scheint so, als ob es stimme - leider. Da drängen sich viele Fragen auf: politische, gesellschaftliche, alltags-psychologische, kriminologische - und offenbar sogar psychiatrische. Gemeint ist die Frage, die immer wieder ungeklärt durchscheint: Stehen hinter den unfassbaren Gewalttaten mit z. T. entsetzlichen Folgen auch psychische Störungen? Konkrete Antworten gibt es zumeist nicht und Verdachts-Diagnosen ohne fachärztliche Untersuchungs-Möglichkeit bringen auch nicht weiter. Man kann es aber auch nicht einfach übergehen. Deshalb nachfolgende Übersicht bzw. Auswahl mit der Frage: Welche seelischen Störungen bzw. konkrete psychiatrische Krankheitsbilder können ggf. mit scheinbar unerklärlichen Gewalttaten in Verbindung gebracht werden? Was muss man wissen bzw. was weiß die Medizin im Allgemeinen und die Psychiatrie, insbesondere die Forensische Psychiatrie im Speziellen dazu an möglichen Erklärungen; natürlich nur individuell und nach ausführlicher fachärztlicher Untersuchung?

Erwähnte Fachbegriffe:

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

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

ALLGEMEINE ASPEKTE

Unerklärliche Attacken mit Lebensgefahr für ein überraschtes und fassungsloses Umfeld, gezielter Terror, verheerende Amokläufe, Suizid-Attentate, kurz: unfassbare Gewalttaten mit entsetzlichen Folgen. Die schockierenden Berichte nehmen zu. Und mit ihnen eine verhängnisvolle Unsicherheit bis hin zur folgenreichen Unterstellung: Gewalt = psychische Erkrankung. Obgleich sich jeder eingesteht, dass man es sich so einfach nicht machen kann, vor allem ohne konkrete Informationen und ausreichenden Kenntnisstand, bleibt doch zumindest ein ungutes, zwiespältiges Gefühl. Was also muss man wissen, um zu

einer objektiven Meinung und damit ggf. zu tragfähigen Entscheidungen zu kommen? Nachfolgend deshalb eine etwas ausführlichere Übersicht:

Bei der Aggression psychisch Kranker spielen situative Momente eine entscheidende Rolle. Dies gilt übrigens auch weitgehend für die Gewaltbereitschaft von Menschen, die bisher nicht als seelisch krank aufgefallen sind. Die diagnostische Zuordnung bei Patienten (z. B. Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung, Rauschdrogen-Missbrauch) tritt demgegenüber in den Hintergrund. Trotzdem gibt es erfahrungsgemäß einzelne Aggressions-Muster, die bei bestimmten Krankheiten immer wieder auftreten können. Aus der Kenntnis solcher teilweise zu erwartenden Reaktionsweisen lassen sich wichtige Konsequenzen für den therapeutischen Umgang ziehen. Allerdings sollten die im Folgenden geschilderten Charakteristika keinesfalls als krankheits-spezifisch überbewertet werden.

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

- Bei *schweren(!) Gewalttaten* gibt es - statistisch gesehen - ein erhöhtes Risiko für z. B. Alkohol-Intoxikation, vor allem in Verbindung mit einer schizophrenen Psychose sowie einer der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen, z. B. wahnhaft, schizoide, schizotypische, Borderline- und vor allem dissoziale/asoziale Persönlichkeitsstörung. Ein durchschnittliches Risiko findet sich z. B. bei Epilepsien, spät erworbenen Hirnschädigungen, geistiger Behinderung u. a. Ein unterdurchschnittliches Gewalttaten-Risiko ergibt sich für hirnorganische Abbauprozesse, metabolische Störungen, Tumore u. a.
- *Leichtere Aggressionen* sind dagegen bei praktisch allen psychischen Erkrankungen möglich und kommen dort auch durchaus gehäuft vor. Im Einzelnen und mit Schwerpunkt auf bestimmte seelische Leiden, die immer wieder in die Diskussion geraten:

SPEZIELLE ASPEKTE

● **Schizophrene Psychosen**

Kaum eine Krankheits-Gruppe ist so heterogen (unterschiedlich zusammengesetzt) wie die schizophrenen Psychosen. Einzelheiten dazu, insbesondere was psychose-nahe Krankheitsbilder anbelangt (z. B. wahnhaft, schizotypische, paranoide und schizoide Persönlichkeitsstörungen, Borderline-

Persönlichkeitsstörung u. a.) siehe die Beiträge in dieser Serie. Was gilt es zu wissen:

Statistisch erhöhtes Gewalttaten-Risiko: besonders jüngeres Alter, männliches Geschlecht, frühe, insbesondere noch unbehandelte Krankheitsphase, ggf. begleitender Suchtmittel-Missbrauch wenn nicht gar -Abhängigkeit. Erhöhtes Risiko für das plötzliche Umschlagen von fremd- in selbst-aggressives Verhalten (Suizidgefahr).

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

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

An welche eher spezifische Aggressions-Motive und -Ursachen ist bei schizophränen Erkrankten zu denken (zusätzlich zu den allgemeinen Beweggründen)?

- Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahn. Besonders problematisch: Einbeziehung in ein Wahnsystem (Aggression aus subjektiv erlebter akuter oder chronischer Bedrohung). Eher selten, jedoch schwer vorhersehbar und potentiell gefährlich, da geplante (glücklicherweise auch meist vorangekündigte) Aggressionshandlungen.
- Wahnhafte Missdeutung der Umgebung (z. B. Umgebungs-Verkennung).
- Gefühl der Fremdsteuerung im Denken, Fühlen und damit Handeln.
- Reaktion auf akustische Halluzinationen: Stimmen, die sich einmischen, beschimpfen, aufhetzen oder befehlen (so genannte imperative Stimmen). Meist plötzlich, gesamthaft jedoch selten, dann aber bisweilen „raptusartig“ (vom Lat.: rapere = weg-, fort- oder hinreißen). Imperative (z. B. befehlende) Stimmen stehen meist in einem zwischenmenschlich verstehbaren Zusammenhang (aber nur für den Kranken, nicht für das ahnungslose Umfeld).
- Reaktion auf die Nähe anderer Menschen („Störenfriede“), die als lästig, einengend oder gar bedrängend bis bedrohlich empfunden werden. Beispiele: Menschenansammlungen, Verkehrsmittel (Zug, Bus) etc.

- Verlust der Sozial-Distanz (Störung der Dimension Nähe/Distanz). So provoziert z. B. die Distanzlosigkeit des Patienten bei anderen Menschen Aggressionen, die wiederum beim Kranken selber Aggressionen auslösen. Weitere Einzelheiten s. u.
- Überforderung durch Leistungs- und Beziehungsansprüche der Umgebung (zu viel Nähe - s. o.): Typisch für die betroffenen Familien sind die ständigen Aufforderungen, nicht herumzuliegen, auf Hygiene zu achten, mitzuhelfen usw. Vorsicht auch im fortgeschrittenen Stadium stationärer Behandlung durch langsam zunehmenden Rehabilitationsdruck seitens der Therapeuten.

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

- Zunehmende soziale Desintegration (d. h. aus der bisher gewohnten Gemeinschaft herausgefallen), nicht zuletzt durch den krankheitsbedingten Verlust sozialer Kompetenz des Betroffenen.
- In diesem Zusammenhang auch ein wenig beachtetes Verlust-Phänomen: Tod von einem (wichtigen) oder beider Elternteile. Ähnliches ist auch möglich bei (erzwungener) räumlicher Distanz.
- Aggression im Rahmen von „Verrücktspielen“, aus Rache, Trotz, Scham u. a.
- Überaktivität und ggf. übersteigerte und damit aggressive Aktivität, die Untergangs-Angst, Panik der Auflösung, Desintegration u. a. überwinden sollen (wichtiges Aggressions-Motiv bei Schizophrenen, das viel zu wenig beachtet wird, für die Therapie aber sehr bedeutsam ist).

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

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

Weitere Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

- **Wahnhaftige Störungen**

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

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

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

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

Weitere Hinweise siehe der entsprechende Beitrag in dieser Serie.

- **Geistige Behinderung (Intelligenzmangel)**

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

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

- **Hirnorganische Beeinträchtigungen**

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

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

- **Dementielle Prozesse** (erworbene Geistesschwäche, z. B. durch höheres Lebensalter): Aggressionen meist in der Familie, oftmals gegen den ebenfalls betagten Partner oder im Pflegeheim (Vorsicht: Gefahr von Stürzen und Frakturen). Häufig nur periodisch (z. B. nachts durch Schlaf-Wach-Umkehr und delirante Syndrome sowie Personen-Verkennungen = Angstreaktionen). Besonders bei plötzlicher Weglauf-Tendenz erhebliche Aggressionen möglich. Achtung: selbst betagte und hilflose Menschen können zu unerwarteten und damit gefährlichen Reaktionen fähig sein (Beispiel: Essbesteck ins Gesicht und vor allem Augen!). Jedoch meist ängstliche Verwirrtheit aus dem subjektiven Erleben heraus, bedroht oder in seinen Rechten eingeschränkt zu sein.
- **Akute hirnorganische Erkrankungen:** nicht selten bei Schädel-Hirn-Trauma (Fachbegriffe: hirnlokales Psychosyndrom mit raptus-artiger Gewalttätigkeit, ähnlich wie beim endokrinen Psychosyndrom), ferner bei zerebralen (Gehirn-)Blutungen, Enzephalitis/Meningitis (d. h. Gehirn- bzw. Gehirnhaut-Entzündung, z. B. postenzephalitischer Parkinsonismus mit möglichen An-

griffsimpulsen, z. B. jemanden zu würgen). Fremd-Aggressionen oft ungezielt, Steuerungsfähigkeit aufgehoben.

- **Organische Persönlichkeitsänderungen:** meist durch eine körperliche Krankheit mit direkter oder indirekter Wirkung auf das Zentrale Nervensystem. Leichtere hirnorganische Beeinträchtigungen führen zu Teilleistungs-Defiziten (z. B. Rechnen, Schreiben) bei jedoch oft erhaltener Arbeitsfähigkeit. Häufigstes Beispiel:

- **Epilepsie:** verminderte Frustrationstoleranz und Selbststeuerung, erschwertes Umstellungsvermögen, mangelnde Flexibilität, reduziertes Einfühlungsvermögen, rasche Überforderung, fehlende Bewältigungs-Strategien in Krisensituationen usw. Ggf. medikamentös bedingte Verstärkung von Reizbarkeit und Aggression (z. B. bestimmte Antiepileptika, ferner Tranquilizer usw.). Aggressive Durchbrüche meist spontan oder im Affekt, selten geplant gefährlich. Im Krampfanfall kaum, häufiger im nachfolgenden postiktalen Dämmerzustand. Am häufigsten jedoch ohne direkten Zusammenhang mit einem Anfallsgeschehen. Weitere Einzelheiten siehe später.

● **Persönlichkeitsstörungen**

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

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

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

So verwundert es nicht, dass diese Art von Persönlichkeitsstörung größte Probleme im zwischenmenschlichen Bereich auslösen kann. Dabei muss sich ihr ungewöhnliches Misstrauen bis hin zu hass-erfülltem Groll aber nicht nur in offensiver Wut, Streitbarkeit und vielleicht sogar aggressiven Durchbrüchen äußern, es kann sich auch in wiederholten Klagen, ja sogar durch stille, aber offensichtlich bittere, missgünstige oder gar wiederum hass-erfüllte Reserviertheit, Distanzierung und Unnahbarkeit, wenn nicht gar Feindseligkeit ausdrücken. Verbale und ggf. körperliche Gewaltbereitschaft ist aber auch hier nicht auszuschließen.

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

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

Hier ist weniger mit offener Aggressivität zu rechnen (was aber trotzdem überraschend möglich ist), mehr mit einer Art unterschwelliger, ja fast verzweifelt getönter, vor allem unversöhnlicher Verbitterung. Eine solche unterschwellige (Fachbegriff: subklinische) krankhafte Wesensart kann natürlich auf Dauer noch zermürender werden als offene Gewaltandrohungen.

- **Schizotypische Persönlichkeitsstörung:** Es gibt Menschen, die fallen auf - negativ und zwar durch folgende Wesensart, die alle frustriert, irritiert,

verärgert oder gar wütend macht: Zum einen - wenn man die häufigsten Bemerkungen der Allgemeinheit heranzieht -, eigentümlich, merkwürdig, wunderlich, eigenbrötlerisch, unnatürlich, grotesk, lachhaft, spleenig, verschoben, schrullig, verstiegen, überspannt, skurril u.a.m. Das kann auf viele Menschen passen, die nicht jener Norm entsprechen, die sich die Allgemeinheit wünscht.

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

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

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

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

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

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

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

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

Weitere Hinweise siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

Exkurs: Gewissenlose Psychopathen – was heißt das heute?

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

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

Dissoziale Persönlichkeitsstörung

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

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

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

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

Solche „Psychopaths“, wie man sie im angelsächsischen Bereich nennt, gelten in Fachkreisen deshalb als eine (mögliche) Untergruppe der Antisozialen Persönlichkeitsstörung, die vor allem durch problematische Persönlichkeitsmerk-

male und eine hohe Rückfall-Gefahr gekennzeichnet ist. Außerdem wird in diesem Zusammenhang von verstärkter Delinquenz (krimineller Anfälligkeit) und erhöhtem Gewalt-Risiko gesprochen. Dies insbesondere wenn psychosoziale Belastungsfaktoren und nur beschränkte geistige Gaben hinzukommen. Was versteht man darunter?

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

Gewissenlose Psychopathen: Symptomatik

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

Zwei Aspekte verstärken noch dieses allseits belastende Phänomen:

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

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

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS/ADS) belastet nicht nur die psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, sondern

kann auch die Lebensqualität und Leistungsfähigkeit bis ins Erwachsenenalter hinein ruinieren. Dabei sind nicht nur die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, die erhöhte Ablenkbarkeit, die Bewegungs-Unruhe und die Gemütslabilität beteiligt, sondern auch Aspekte, die zu Aggressionen (nebenbei auf beiden Seiten) und manchmal sogar zu Gewalt-Bereitschaft führen können.

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

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

- **Manische Zustände**

Die von manischen Patienten (krankhafte Hochstimmung, meist im Rahmen einer manisch-depressiven Störung) ausgehende Bedrohung wird eher übertrieben, wenn nicht zusätzlich belastende Krankheitsfaktoren (z. B. ungezügelter Narzissmus) dazukommen. Trotzdem gilt es folgende Risiko-Aspekte zu kennen und zu respektieren:

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

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

Wegen ausgeprägter Antriebssteigerungen und Ideenflucht kommt es jedoch fast nie zu längerfristig geplanten Aggressionshandlungen, eher zu permanenter Reizbarkeit (geringe Frustrationstoleranz) mit stark erhöhter Rivalitäts-Aggression. Gefährlich ggf. bei leichtem Zugang zu Waffen oder entsprechend

missbrauchbaren Gegenständen (Messer, Flaschen, Brieföffner usw.), d. h. unvorhersehbare und vom Betreffenden nicht steuerbare Impulshandlungen. Ungesteuerte Gewalt-Entladungen vor allem bei alkoholischer Enthemmung (Rauferei, Kraftprotzerei) möglich, wie überhaupt die unselige Kombination Manie und Suchtkrankheit die meisten zwischenmenschlichen Probleme mit diesem Krankheitsbild schafft. Weitere Einzelheiten siehe der entsprechende Beitrag dieser Serie.

- **Depressionen**

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

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

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

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

Schlussfolgerung: Selbst im Rahmen einer unipolaren, d. h. immer wiederkehrenden und ausschließlich depressiven Störung auch auf eine gespannte zwischenmenschliche Situation achten (besonders Partnerschafts- und Sexual-

bereich), auch wenn statistisch zwischen Depression und Gewaltbereitschaft kein eindeutiger positiver Zusammenhang besteht. Und wenn, dann bei so genannten ko-morbiden Erkrankungen, d. h. depressive Verstimmungen im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen, Suchtmittel-Gebrauch, Wahn-Symptomatik und eigener früherer Gewalterfahrung mit entsprechender Verbitterung.

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

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

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

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

Beispiele: Erweiterter Suizid einer depressiven Mutter mit Kind(ern) oder eines verzweifelt-resignierten Ehemanns, der seine geistig oder körperlich unheilbar

schwer erkrankte Ehefrau erlösen und sich anschließend selber töten will; offenbar immer häufiger auch die Folge von wirtschaftlichem Niedergang, nachfolgender „Katastrophen“-Angst, vor allem aber Scham mit Tötung(sversuch) einer ganzen Familie. Besonders tragisch der Auto-Suizid mit (bewusster) Gefährdung des Gegenverkehrs und noch unfassbar-dramatischer der Piloten-Suizid, der vollbesetzte Flugzeuge mit in den Tod reißt (dann aber nicht zum erweiterten Suizid, sondern zu den Amok-Taten gerechnet wird, wie bei gemieteten/entwendeten Lastwagen, Bussen usw. auch).

Weitere Hinweise zu den verschiedenen Depressionsformen siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

Exkurs: Die so genannte Männer-Depression

Bei dieser - wissenschaftlich noch nicht ausdiskutierten - Depressionsform geht es vor allem um das Beschwerdebild und seine Konsequenzen. Nachfolgend deshalb eine etwas ausführlichere Darstellung, wobei es - wie erwähnt - unterschiedliche Interpretationen gibt. Hier geht es aber lediglich um die Frage: Gewalt-Risiko oder nicht? Im Einzelnen:

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

Im Weiteren werden aber eine erhöhte Feindseligkeit, verstärkter Alkoholkonsum zur verzweifelten Selbstbehandlung und eine ausgeprägtere Unruhe, Nervosität, Fahrigkeit und innere Gespanntheit gefunden. Deshalb ging man diesem „neuen“ Leidens-Phänomen gezielter nach und fand einen offenbar spezifischen Symptom-Katalog: depressive Herabgestimmtheit, aber zugleich auch erhöhte Reizbarkeit, ja aggressive Gestimmtheit. D. h. öfter Überreaktionen bei selbst kleinsten Anlässen, bis hin zu Groll, Wut und Zorn-Ausbrüchen. Auf jeden Fall Abstreiten von Kummer, Traurigkeit oder gar („weibischer“) Schwermut. In diesem Zusammenhang zunehmende Häufigkeit und Intensität von (grundlosen?) Ärger-Attacken mit entsprechender (bisher eher persönlichkeits-fremden) Impulsivität. Dabei vermehrter sozialer Rückzug, der nach außen aber oft verneint wird. Dafür zunehmend rigide Forderungen nach Autonomie, sprich: in Ruhe gelassen zu werden, bis hin zu der Unfähigkeit, Hilfe von anderen anzunehmen. Kurz: Rückzug, Aufbau einer Fassade („mit sich alleine abmachen“), dadurch aber auch verstärkte Hilflosigkeit, ja Hoffnungslosigkeit und damit suizid-riskante Vereinsamung.

Im Gegensatz zu dem, was man bisher von einer Depression generell kannte, nämlich Leistungsrückgang oder gar -einbruch, findet sich hier bei dieser Depressionsform erst einmal ein berufliches Über-Engagement, das aber von

auffälligen Klagen über ständig wachsenden Stress begleitet ist. In Wirklichkeit nimmt die bisher verfügbare Stress-Toleranz ab, und zwar fortlaufend. Das führt aber zu einer wachsenden Versagens-Angst und zunehmenden Unfähigkeit, sich vor allem an neue Situationen anzupassen. Dafür eine verhängnisvolle Neigung, andere für die eigenen Probleme verantwortlich zu machen. Am Schluss vielleicht sogar eine verdeckte oder gar offene Feindseligkeit – ohne Grund. Auch fällt eine zunehmende (narzisstische) Überempfindlichkeit auf, z. B. als anhaltende Gekränktheit gegenüber allem und jedem.

An körperlichen Beeinträchtigungen finden sich beispielsweise abnehmendes (oder demonstrativ überzogenes) sexuelles Interesse sowie Schlaf- und Gewichtsprobleme (s. u.). Als anfangs scheinbar hilfreiches, später einbrechendes Kompensations-System gelten vermehrter bis risikoreicher Alkohol- und/oder Nikotin-Konsum, gelegentlich auch medikamentöses Gehirn-Doping. Bekannt ist auch die Abwehr von wachsender Depressivität durch überlangen Fernseh-Konsum, exzessive sportliche Aktivität und letztlich ineffektive „Arbeits-Wut“. Die besondere Gefahr aber liegt in dem erhöhten Suizid-Risiko der verheimlichten Männer-Depression. Oder hart, aber offenbar zutreffend: Frauen suchen Hilfe - Männer bringen sich um.

Weitere Hinweise dazu siehe später (z. B. Narzissmus) sowie der entsprechende Beitrag in dieser Serie.

• SUCHTKRANKHEITEN UND ANDERE INTOXIKATIONEN

Bei den stoff-gebundenen Suchtkrankheiten geht es vor allem um Alkohol, Rauschdrogen und Medikamente. Wenn es bei *höhergradigen Intoxikationen* (z. B. Vollrausch) zu aggressiven Handlungen kommt, gelten die für akute hirnorganische Erkrankungen ausgeführten Grundsätze. Ähnlich ist der eher seltene Fall des pathologischen Rausches einzuschätzen. Generell aber ist mit meist folgenschwerer Enthemmung bei Rauschzuständen durch Alkohol, Rauschdrogen, ja sogar bestimmte Arzneimittel in Richtung aggressive Durchbrüche zu rechnen. Substanz-bezogene Störungen insgesamt weisen ein ca. 6-fach erhöhtes Risiko für Gewaltdelikte nach dem 15. Lebensjahr auf. Im Einzelnen:

Alkoholkrankheit

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

zug in der Regel neben sehr unangenehmen körperlichen Beschwerden vor allem wieder Angst, Reizbarkeit und Neigung zu aggressiven Durchbrüchen. Im Delir mehr oder weniger ungerichtete Aggressionshandlungen (ebenfalls meist ängstlich getönt).

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

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

Interessant in diesem Zusammenhang auch eine frühere Einteilung von Alkohol-Abhängigen in zwei Verlaufstypen: Typ 1 ist bei beiden Geschlechtern zu finden und zeigt sich vor allem von Umweltfaktoren abhängig. Hier droht die Alkoholabhängigkeit erst nach mehreren Jahren starken Trinkens und zeigt einen relativ vertretbaren Verlauf. Dagegen finden sich beim Typ 2 überdurchschnittlich viele Männer mit frühem Trinkbeginn (unter 25 Jahren), schweren Abhängigkeits-Symptomen und zahlreichen medizinischen Behandlungsversuchen - ohne Erfolg. Hier finden sich dann offenbar verstärkt entsprechende Risiken in der Kindheit sowie eine Vielzahl von zusätzlichen Belastungsfaktoren, z. B. Antisoziale Persönlichkeitsstörung mit kriminellem Verhalten usw.

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

Rauschdrogen-Abhängigkeit

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

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

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

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

Weckmittel (Weckamine, Stimulanzien, Psychoanleptika, Psychotonika): auch hier ggf. nervös, verstimmt, unruhig, fahrig, rastlos, gereizt bis aggressiv. Dazu u. U. Verwirrheitszustände, wahnhaftige Verkennungen, Sinnesstörungen mit entsprechenden Folgen. Besonders gefürchtet, und zwar nicht nur vom persönlichen Umfeld, sogar von Notfallärzten und -sanitätern sowie Polizisten, ist **Crystal Meth**. Weltweit, jetzt auch zunehmend in Deutschland ist dieses Weckmittel in verheerendem Gebrauch (vor allem aus ost-europäischen Grenzgebieten?). Crystal Meth wird geschluckt, geschnupft, geraucht oder gespritzt, danach fühlt man sich euphorisch, hellwach und topfit. „Man glaubt, die Welt aus den Angeln heben zu können, spürt weder Hunger noch Durst und hält sich für unschlagbar“. Das Umfeld (also nicht nur Angehörige, Freunde, Kollegen, sondern auch Helfer) leidet deshalb vor allem unter den plötzlichen Gewalt-Durchbrüchen mit nachträglicher Erinnerungslosigkeit.

Kokain: ängstlich-gereizte Stimmung, Halluzinationen (z. B. „Kokain-Kristalle unter der Haut“, „Kokain-Tierchen“), krankhafte Beziehungsideen, dabei Ge-

fahr starker Erregungszustände, ggf. mit Verfolgungswahn mit fremd- und selbstgefährlichen Durchbrüchen bis hin zu kriminellem Verhalten. Das Bild vom „brutalen, aggressiven und erbarmungslosen Rauschgiftsüchtigen“ wurde/wird weitgehend vom kriminellen Kokain-Abhängigen geprägt. Der Kokain-Konsum nimmt weltweit wieder zu.

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

- **Crack** aus Kokainsalz und Natron hergestellt, geraucht schnell wirkend und mit extrem hohem psychischen Abhängigkeitspotential versehen. An negativen Folgen drohen neben körperlichen Beeinträchtigungen vor allem Einsamkeits- und Schwächegefühle und schizophrenie-ähnliche Zustände wie Verfolgungswahn und andere Wahnvorstellungen (nicht selten Auslöser einer Drogen-Pschose). Und feindselige Reaktionen mit der Gefahr aggressiver Durchbrüche.
- **Synthetische Cannabinoide („Spice“)**: innere Unruhe, Nervosität, Agitiertheit, schließlich Sinnestäuschungen, Angststörungen bis hin zu Panikattacken, Verwirrtheit, Wahnvorstellungen und aggressive Reaktionen.
- **Synthetische Cathinone („Bath Salts“)**: innere Unruhe, Redseligkeit, Bewegungs- und Handlungsdrang, Trugwahrnehmungen, Verwirrtheit, Angstzustände bis hin zu Panikattacken, Depressionen mit Suizidgefahr, aggressive Durchbrüche mit Erregungszuständen oder seelisch-körperlicher Versteinigung (Katatonie-ähnliche Bilder).
- Weitere neuartige psychoaktive Substanzen sind aus den Drogen-Küchen des Fernen Ostens, inzwischen vermehrt auch aus den osteuropäischen Ländern ständig „in Entwicklung“, um dann den teils sucht-etablierten, teils arglos-naiven bis indolenten Nutzer-Markt zu überfluten - mit allen Konsequenzen, nicht zuletzt aggressiver Natur. Vor allem bei entsprechender Persönlichkeitsstruktur, die zuvor negativ gar nicht aufgefallen sein muss.

Spezifische Drogen-Aspekte

Zu den spezifischen Drogen-Aspekten gehören:

- **Horror- oder Bad-Trip** bzw. **Echo-Pschose**: drogen-spezifische Komplikationen eines Rausches, meist durch Halluzinogene wie LSD, DOM, PCP, mitunter auch Haschisch u. a. Tiefsitzende Angst- und Panikgefühle, insbesondere Furcht vor dem „Ausklinken“, Verrücktwerden, Sterben, Totsein. Damit suizidale und auch fremd-aggressive Reaktionen, vor allem durch furcht-

erregende optische, akustische und leibliche Sinnesstörungen. Beim Horror-Trip relativ zeit-nah, bei der Echo-Psychose Stunden, Tage oder gar Wochen nach der letzten Intoxikation (was natürlich Angst vor einer eigenständigen Geisteskrankheit auslöst).

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

Arzneimittel

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

Diskutiert werden folgende *Beispiele*: Psychostimulanzien, Lithiumsalze, bestimmte Tranquilizer/Sedativa und Hypnotika (z. B. Antihistaminika, Benzodiazepine, früher vor allem Barbiturate, Bromide/ Bromureide u. a.); ferner bestimmte Antiparkinsonmittel (z. B. Anticholinergika), Antiepileptika (z. B. Phenobarbital), ja sogar durchblutungsfördernde Arzneimittel (Nootropika, Antihypoxidotika), Antiasthmatica, Hormone (Glucokortikoide, Insulin, Schilddrüsenhormone), Herz-Kreislauf-Mittel (Diuretika, Beta-Blocker, Antihypertonika, Herzglycoside, Antiarrhythmika), Antiinfektiva, vor allem Tuberkulostatika u. a. Meist handelt es sich dabei um eine eher dezente innere Unruhe und unterschwellige Aggressivität. Besonders problematisch und ärztlich schwer durchschaubar bei mehreren Behandlungszielen und damit entsprechenden Arzneimittel-Interaktionen (Medikamenten-Wechselwirkungen).

● NICHT STOFF-GEBUNDENE SUCHTKRANKHEITEN

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

Darunter fallen vor allem das (*Glücks-*)Spiel, die *Internet-Nutzung*, die *Computerspiele* usf. und das *pathologisch entgleiste Kaufen* (siehe Band 3 dieser Buch-Reihe). Deshalb konzentriert sich inzwischen das wissenschaftliche Inte-

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

• WEITERE AGGRESSIONS-QUELLEN

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

- Durch **Behinderung** in jeglicher Form: z. B. geistig (Intelligenzmangel) oder körperlich (Größe, Aussehen, Verkrüppelung). Und dies nicht zuletzt durch Behinderung im Sinnesbereich: Wut und Aggressivität statt Trauer über Erblindung oder Taubheit und damit Erschwerung des Umgebungs-Kontaktes.

- **Schmerzen**, vor allem chronische: z. B. algogenes Psychosyndrom mit charakteristischem Beschwerdebild, insbesondere was Reizbarkeit und Aggressivität anbelangt.

- Der Schlaf gehört zu den ruhigsten Zuständen des Menschen - meint man. In Wirklichkeit gilt das nur für einen gesunden Schlaf. Denn bei hartnäckigen **Schlafstörungen** drohen nicht nur Übermüdung und Leistungseinbruch, sondern auch Reizbarkeit, Miss-Stimmung und sogar Aggressivität. Letzteres hat sogar des nachts unerfreuliche Konsequenzen, und zwar für den Bettnachbar. Beispiele:

- - **Alpträume** sind nicht selten, aber man spricht ungern darüber. Typische Traum-Themen sind beispielsweise Verfolgung, Angriff oder Verletzung durch Menschen oder Tiere, Bedrohung des eigenen Lebens oder das anderer bis hin zur Tötung. Die eigene Täterschaft kommt vor, aber seltener. Dabei kann man sich vorstellen, dass auch einmal (fremd-)aggressive Reaktionen irritieren, nicht zuletzt bei posttraumatischen Alpträumen nach entsprechenden Belastungen. Das wird allerdings rasch deutlich, den Betroffenen wie ihrem Schlaf-Umfeld und bedarf entsprechender Behandlung.

- - Ähnliches gilt für den **Pavor nocturnus**, das abrupte nächtliche Aufschrecken aus dem Tiefschlaf mit massiven Ängsten, z. T. Schreien und sogar Um-sich-Schlagen, auf jeden Fall mit Schweißausbrüchen und Herzrasen. Nach dem Erwecken verwirrt, desorientiert und ohne Erinnerung.

- - Beim **Schlafwandeln**, besonders in jungen Jahren und dort meist ohne ernstere Ursachen, kann es ebenfalls zu „Konfrontationen“ kommen. Dies besonders dann, wenn man den Betroffenen von seinen gewagten „Eskapaden“ in diesem Zustand abhalten will. Denn auch plötzliches und scheinbar sinnloses Weglaufen und sogar verzweifelte Versuche, einer scheinbaren Gefahr zu entkommen, sind nicht auszuschließen. Dabei sind auch „aggressive Auseinandersetzungen“ möglich (Vorsicht vor dem Wecken und damit abrupten Wachwerden in riskanter Umgebung, z. B. auf einer Leiter!).
- - Die ausgeprägtesten Aggressionen finden sich aber bei so genannten **Verhaltensstörungen im Schlaf**. Dabei kommt es nicht nur zum Sprechen, ggf. auch Schreien und Fluchen, zu Zuckungen von Armen und Beinen, zum unmotivierten Aus-dem-Bett-Springen, sondern auch zu plötzlichem Packen oder gar Schlagen des Bettnachbarn. Das hat ganz offensichtlich etwas mit dem Traum-Inhalt zu tun, dauert meist kurz, kann aber innerhalb weniger Wochen mehrfach verwirren. Vor allem - wie erwähnt - den Partner, denn der Patient selber erfährt wohl erst am nächsten Morgen von seinen Übergriffen.

Weitere Aggressions-Quellen sind:

- **Psychosoziale Reaktionen** auf Versagen, Demütigung, Kränkung, Frustrationen, Spott usw. Eifersuchsreaktionen aus verschiedenen Gründen (Sexualität, sonstige Partnerprobleme, Alkoholismus). Wut über vermeintliche Kritik bei schlechtem Gewissen (Alkohol, Delikte, Untreue u. a.).
- Bei „**neurotischer**“ **Unausgeglichenheit** (ohne dass sich daraus gleich eine ausgeprägtere „neurotische“ Störung ergeben muss) in sorgenbelasteten Lebenslagen, spannungsreichen Beziehungen usw.
- Als **psychogene Haftreaktion** („Zuchthausknall“: blinde Zerstörungswut).
- **Pathologischer Rausch**: heftiges, völlig situations- und persönlichkeitsunangemessenes gewalttätiges Verhalten nach dem Genuss selbst geringer Alkoholmengen bei entsprechender Disposition. Sehr selten, häufiger als vorgeschobene Schutz-Behauptung, um aus einem (gewöhnlichen) Rausch einen pathologischen Rausch zu machen, bei dem strafrechtlich eine Schuld-Unfähigkeit diskutiert werden kann.
- **Amok**: in letzter Zeit wieder international und sogar regional vermehrt und damit die Allgemeinheit erheblich verunsichernd. Dabei gibt vor allem eines zu denken: Früher eher für unvermittelte Affekttaten; heute (und auch schon früher?) offensichtlich schon länger geplante Handlung, bei der verschiedene Faktoren schließlich in die unfassbare Tat münden. Zur Diagnose-Verteilung gibt es widersprüchliche Angaben. In den USA spricht man von etwa einem Drittel psychisch Kranker, in Deutschland mit allerdings eher kasuistisch (Fall-

berichte) orientierten Untersuchungen eher mehr. Weitere Einzelheiten siehe der entsprechende Beitrag dieser Serie.

- **Selbstmord-Attentate durch Radikalisierung:** wachsendes internationales Problem. Früher besonders in bestimmten politischen Brennpunkten dieser Erde, heute praktisch in jedem Land vorstellbar.

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

Dabei wird von den Experten darauf hingewiesen, dass vor allem Persönlichkeitsstörungen und so genannte Persönlichkeits-Akzentuierungen (eine Art grenzwertige Persönlichkeits-Entwicklung) sowie wahnhaftige Störungen ein Risiko für Radikalisierung und entsprechende Gewalttätigkeit aufweisen. Und insbesondere das, was man eine Adoleszenten-Krise nennt. Konkret eine Pubertätskrise, auch im Sinne einer Autoritäts-, Identität-, sexuellen und narzisstischen Krise, je nach persönlichen Entwicklungsproblemen, mit einer Vielzahl innerseelischer und damit auch nach außen psychosozialer Problemfolgen. Im Gegensatz zur konkreten Krankheit „Persönlichkeitsstörung“ dann meist plötzlicher Beginn und eher ungünstiger Verlauf. Kann allerdings rückblickend auch als Vorstadium einer späteren schizophrenen Erkrankung vorkommen.

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

Dagegen bieten radikale Ideologien und eine konsequente Fanatisierung den passenden Überbau für eigene Frustrationen (vom Lat.: frustra = vergeblich, umsonst), für Wut, Hass und die Faszination für Gewalt und seine scheinbar befreiende Lösung. Interessant, dass die forensischen Psychiater bislang aber kein „psychopathologisches Muster-Profil eines Terroristen“ erstellen

konnten, obgleich sich natürlich so genannte „persönlichkeits-strukturelle Mechanismen“ herausarbeiten lassen, die Radikalisierung und Extremismus fördern. Auf jeden Fall fühlen sich diese Menschen oft massiv benachteiligt und marginalisiert (vom Lat.: margo = Rand, also im übertragenen Sinne an den gesellschaftlichen Rand oder Abgrund gedrängt). Und dies, obgleich sie aus allen Gesellschaftsschichten kommen, auch der Mittel- und Oberschicht ohne eingeschränkte Zukunftsaussichten. Daher sind sie auch empfänglich für Angebote, selbst grenzwertige oder gar kriminelle, die ihnen eine scheinbar gewisse (in Wirklichkeit natürlich irrtümliche bis verhängnisvolle) Position zu sichern scheinen. Hier sind dann auch religiöse Aspekte in pervers verrohender und sadistischer Weise missbrauchbar, bis hin zur „göttlichen Absolution“ trotz erschreckender Zahl unschuldiger Opfer.

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

Außerdem formiert sich in der erwähnten Adoleszenz die Persönlichkeit neu. Das macht anfällig für radikale Ideen. Und nicht zuletzt gehört die Pubertät zu einer mitunter narzisstisch gefärbten Lebensphase: Einerseits von so manchen innerseelischen und äußeren Problemen „ausgebremst“, andererseits von dem Wunsch beseelt, endlich einmal zu zeigen, was in einem steckt. Kein Wunder, dass radikale Ideologien bis hin zu ungeprüften Feindbildern diese innerliche Zerrissenheit zu mildern vermögen. Dies betrifft übrigens nicht nur die Gesellschaft generell, sondern auch nicht selten die eigene familiäre Konstellation (sprich Gegen-Entwurf zum eigenen Elternhaus).

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

- **Sadismus:** ursprünglich sexuelle Lustempfindung beim Quälen oder Demütigen des Geschlechtspartners, im Weiteren aber auch nicht-sexueller Lustgewinn durch Macht, Aggressivität und Gewalt in körperlicher, aber auch seelischer und psychosozialer Hinsicht. In verdünnter Form häufiger als vermutet, dann eher ohne eindeutig psychopathologischen (seelisch kranken) Hintergrund, wobei allerdings die Grenzen fließend sind. Dort wo es sich um seelische Störungen handelt, sind vor allem paranoide (wahnhaft), narzisstische und dissoziale Persönlichkeitsstörungen beteiligt.

- Unter **Stalking** versteht man das hartnäckige Nachspüren, Belästigen und Bedrängen eines anderen Menschen in vielfältiger Form: Telefon, Briefe, E-Mail, SMS, Nachspionieren, Aufsuchen, unerwünschte Geschenke, schließlich aber auch Drohungen und Gewalt. Das Spektrum geht von „psychisch nicht erkennbar krank“ bis zum Liebeswahn u. ä., also einer krankhaften Störung.
- **Schädel-Hirn-Trauma:** Die Folgen eines Kopf-Unfalls hängen nach Ausmaß sowie seelischen, geistigen, körperlichen und psychosozialen Konsequenzen von vielen Faktoren ab. In psychosozialer Hinsicht geht dies von öffentlich weniger irritierenden Beeinträchtigungen wie allgemeine Verlangsamung, Merk- und Konzentrationseinbußen, verminderte Ausdauer, Störungen der Wahrnehmung, ggf. Sprach- und Bewegungsstörungen bis zu traumatischen, symptomatischen oder organischen Psychosen mit erheblichen Folgen auf allen Ebenen.

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

Beispiele: nicht nur resigniert, ratlos, hilflos und voller Minderwertigkeitsgefühle und Angstzustände, sondern auch rasch kränkbar, reizbar, missmutig, aufbrausend bis aggressiv. Die Konsequenzen sind nachvollziehbar: Probleme in Partnerschaft, Familie, am Arbeitsplatz, im Freundeskreis u. a. bis hin zur Gefahr von Einzelgängertum oder gar sozialem Abstieg. Das Schädel-Hirn-Trauma gehört in unserer verkehrs-intensiven Zeit und Gesellschaft inzwischen zur häufigsten Trigger-(Auslöser-)Ursache einer so genannten post-traumatischen Gewaltbereitschaft von zuvor Gesunden. Weitere Einzelheiten in dieser Serie.

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

Beim *Stirnhirn-Tumor* im augenhöhlen-nahen Bereich kann es zu flacher Euphorie (Wohlgefühl) mit distanzlosen Witzeln, aber auch irritierendem zwischenmenschlichem Verhalten im Sinne einer „schlechten Kinderstube“ kommen.

men. Beispiele: Enthemmung im sexuellem Bereich und vor allem Reizbarkeit bis aggressive Durchbrüche. Auch beim *Schläfenlappen-Tumor* wirkt der Patient teils ängstlich oder fast depressiv, teils reizbar, verstimmbar oder gar aggressiv, besonders wenn ihn noch Trugwahrnehmungen belasten bzw. zu falschen Verdächtigen verleiten. Kurzfristige manie-artige und dann auch enthemmungs-ähnliche Symptome finden sich bei Tumoren im Bereich von *Scheitelbein, Hinterhaupt, Hirnstamm und dritter Hirnkammer*. Weitere Einzelheiten in dieser Serie.

- Seelische und psychosoziale Folgen bei **Epilepsie** werden besonders häufig verkannt, obgleich es wahrscheinlich mehr als die Hälfte dieser Patienten betrifft. Beispiele: Psychosen, Depressionen, Angstzustände, Persönlichkeitsstörungen u. a. Dies bezieht sich vor allem auf die *Schläfenlappen-Epilepsie* (Temporallappen- bzw. konvex-fokale Epilepsie). Das ist möglich im Rahmen so genannter Anfalls-Vorposten, bei der Aura (kurz vor Anfalls-Beginn), als Haupt-Bestandteil des eigentlichen Anfalls sowie danach und sogar im anfalls-freien Intervall.

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

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

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

nen“ werden nicht selten ausgelöst durch entsprechende Erinnerungen (Jahrestag-Reaktionen) oder ähnliche Situationen, die der traumatisierenden Ursache auch nur von Ferne gleichen könnten, und wenn auch nur symbolisch. Beispiele: Uniformen, Böllerschüsse, Umzüge, Stacheldraht-Einfriedungen, Kasernen-ähnliche Gebäude, Waldstücke, enge und dunkle Ecken, Fahrzeuge u. a. Hier bisweilen auch eigentümliche Phänomene wie Nahtod-Erlebnisse, Empfindung der „Außer-Körperlichkeit“, „Rückblick- oder Panorama-Erlebnisse“ u. a. die zu Reaktionen führen, die die ahnungslose Umgebung überraschen, irritieren, verstören oder zu Abwehr-Reaktionen zwingen, die einen regelrechten Teufelskreis einleiten können.

- Unter dem Begriff **Beziehungstaten** versteht man das, was in den Medien in der Regel als Familiendrama oder Familientragödie bezeichnet wird, meist mit dem Zusatz unerklärlich, unbegreiflich, unfassbar usw. Kurz: Das weitere Umfeld (Nachbarn, Arbeitskollegen) und sogar das engere (Freunde, Verwandte) haben von der sich anbahnenden zwischenmenschlichen Katastrophe nichts bemerkt. Nachträglich findet sich allerdings bei näherem Hinsehen, dass diese Gewalteskalation nicht plötzlich und unerwartet ausbrach, sondern der tragische Endzustand heftiger, wenngleich zumeist „unter der Decke gehalten“ Auseinandersetzungen ist, mitunter jahrelang. Die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) des Bundes spricht beispielsweise von 2011 bis 2014 von insgesamt fast 1800 Opfern entsprechender Tötungsdelikte in der Partnerschaft. Nahezu 80 % waren weiblich. Die Opfer hatten zum Tatzeitpunkt eine partnerschaftliche Beziehung zum Täter, und zwar über die Hälfte verheiratet, mehr als ein Fünftel in einer nicht-ehelichen Lebensgemeinschaft und in etwa einem Viertel die ehemalige Partnerin. In seltenen Fällen gibt es übrigens auch gleichgeschlechtliche Beziehungen.

Die Motivlage für einen solchen „Intimidid“ (Fachbegriff für die Tötung des Intimpartners) ist einerseits sehr individuell, andererseits finden sich dann doch immer wieder die gleichen Beweggründe: Oft handelt es sich nämlich um seelisch labile Charaktere, so genannte „schwache Persönlichkeiten“ im allgemeinen Verständnis, die bei entsprechender Ablehnung oder gar Zurückweisung, wenn nicht Verachtung nicht nur depressiv, sondern auch eifersüchtig und aggressiv reagieren (siehe auch der nachfolgende Beitrag über den Narzissmus, in diesem Sinne die narzisstische Kränkung). Obgleich nach außen durchaus unauffällig („z. B. als Nachbar, Sport- oder Berufskollege), entwickelt sich im Rahmen einer mittel- bis langfristigen Kränkung eine angestaute Wut, gemischt mit Verzweiflung, Ablehnungsschmerz und Verlustangst, die dann - aus welchem scheinbar *nicht* nachvollziehbarem Grund für die Außenwelt - zum Durchbruch kommt, bisweilen nicht nur die Partnerin, sondern sogar die übrige Familie (Töchter, Söhne, ja Haustiere) betreffend. Hier sind also - scheinbar - keine fundierten Hinweise erkennbar.

Anders liegen die Verhältnisse in manchen Fällen durch Warnsignale, auch von früher, die unheilvolle Rückschlüsse zulassen, z. B. Gewalttätigkeit mit Stich-

oder Schlagwerkzeugen, Würgen u. a. Nicht selten erfolgen solche Tötungsversuche aber auch im Zusammenhang mit einem konkreten Auslöser, z. B. einer Sorgerechts-Entscheidung, dem Auszug aus der gemeinsamen Wohnung, dem Bekanntwerden einer anderen Beziehung u. ä. Konkrete Drohungen sind natürlich umso ernster zu nehmen. In der Mehrzahl allerdings „hätte man sich so etwas nie vorstellen können“ (Zitat). Dabei bleibt jedoch die statistische Erkenntnis (s. o.), dass vor allem für das weibliche Geschlecht der (ehemalige) Partner durchaus zu einem Risiko werden kann. Und dies insbesondere im Rahmen einer laufenden Trennung, und zwar nicht nur offiziell, sondern auch inoffiziell, d. h. durch wachsende Entfremdung, Abwendung, Rückzug, scheinbar neue Beziehung usf.

EXKURS: NARZISSMUS ALS BAHNENDER GEWALT-FAKTOR?

Der Narzissmus ist schon für sich genommen eine erheblich psychosoziale Bürde, und zwar auch für das nähere und weitere Umfeld. Noch riskanter aber wird es, wenn eine narzisstische Wesensart oder gar narzisstische Persönlichkeitsstörung zu einer der zuvor besprochenen seelischen Krankheiten kommt. Denn das kann zu einem undurchschaubar komplexen psychopathologischen Mischbild führen - und dies nicht zuletzt in puncto Aggressivität oder gar Gewaltbereitschaft. Nachfolgend deshalb ein komprimierter Überblick. Weitere Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

Die narzisstische Wesensart

Dabei muss man allerdings die offenbar zunehmend zeit-typische egoistische Selbstverliebtheit von der seelischen Krankheit narzisstische Persönlichkeitsstörung abgrenzen. Was heißt das?

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

Als wichtige psychologische Ursachen gelten das Konkurrenz-, ja Bedrohungsgefühl vieler dieser Menschen. Sie sind sich ihrer selbst nicht sicher und können deshalb auch nicht offen, freundlich, aufgeschlossen, nachsichtig und hilfreich sein. Die anderen werden nicht nur als potentielle Konkurrenten, sondern sogar als Bedrohung empfunden, die die eigenen Unzulänglichkeiten und Schwächen bloßstellen könnten. Diese seelische Labilität bahnt eine besondere Empfindlichkeit, ja Kränkbarkeit, ggf. heftige feindselige bis Rache-Impulse für eine (scheinbar) erlittene Demütigung. Außerdem sind viele Narzissten un-

fähig, wirklich zu verzeihen und damit oft nachtragend (kennzeichnend der originelle, aber nicht ganz falsche Satz: „Gott Vater vergibt, ein Narzisst nie...“).

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

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

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

Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Die diagnostischen Kriterien für eine *narzisstische Persönlichkeitsstörung* lauten: tiefgreifendes Muster von Großartigkeit in Phantasie oder Verhalten, Bedürfnis nach Bewunderung und Mangel an Empathie (Einfühlungsvermögen). Konkret sollen dabei mindestens fünf der folgenden Kriterien erfüllt sein:

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

seien neidisch auf ihn selber. – Arrogante, hochmütige Verhaltensweisen, Einstellungen, Attitüden (innere Haltung).

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

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

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

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

Narzissmus - ein wachsender hoch-explosibler Zusatz-Faktor scheinbar unverständlicher Aggressions- oder Gewalttaten. In solchen Fällen sprechen die Experten sogar vom „malignen“, d. h. bösartigen Narzissmus.

SCHLUSSFOLGERUNG

Die nachvollziehbar beunruhigende Frage, was wohl das Motiv, die Ursache, die Hintergründe dieser oder jener unfassbaren Gewalttat sein mögen, führt in letzter Zeit immer häufiger zu der Überlegung: seelisch krank, anders ist es scheinbar nicht erklärbar. Und deshalb kommt immer öfter in den Medien - vorsichtig, zurückhaltend, verhalten und etwas kryptisch ausgedrückt, aber dann doch in eine immer gleiche Richtung mündend - die Verdachts-Diagnose auf: seelisch krank?

Dabei mögen entsprechende Untersuchungen zuerst einmal irritieren, die besagen: Traumatische, d. h. seelisch verwundene Erlebnisse erhöhen die Gewaltbereitschaft, und zwar grundsätzlich, d. h. sowohl bei psychisch Kranken als auch seelisch Gesunden.

So fand man eine erhöhte Gewaltbereitschaft z. B. bei Opfern einer Gewalt-handlung, beim Verlust der Eltern, bei Selbstverletzungen, Hirntraumata, unbeabsichtigten Verletzungen, Drogen- bzw. Alkohol-Intoxikationen u. a., und zwar sowohl bei psychisch kranken Patienten als auch diesbezüglich unauffälligen Personen der Kontrollgruppe. Kurz: Ja, traumatische Erlebnisse können auch die Gewaltbereitschaft erhöhen, aber nicht nur bei schon zuvor psychisch Erkrankten.

Das macht nun zwar die Erklärung und die darauf gewünschte Prävention nicht einfacher, sollte aber der zunehmend schärfer werdenden Diskussion in der Allgemeinheit auch eine gewisse Objektivität vermitteln.

Allerdings ist es damit noch schwieriger geworden, sowohl allgemeine Empfehlungen als auch konkrete Vorsichtsmaßnahmen zu begründen. Da hilft in der Tat etwas weiter, was man vielleicht nur bedingt zu leisten vorhat, im Bedarfsfall aber dann doch leisten muss: Gemeint sind ein ausreichender Kenntnisstand und damit halbwegs konkrete Hinweise, welche psychische Störungen unter welchen Bedingungen mit Aggressionen und Gewaltdurchbrüchen rechnen lassen müssen. Zwar gibt es auch hier ein breites Spektrum von unwägbaren Faktoren, aber dann doch gewisse Indikatoren, die zu begründeten Erklärungen und halbwegs tragbaren Vorsichtsmaßnahmen beitragen.

Dazu vorliegende Übersicht mit einer Auswahl entsprechender Erkenntnisse aus psychiatrischer Sicht.

LITERATUR

Entsprechende Literatur-Auswahl deutschsprachiger Sach- und Fachbücher in dem umfangreicheren Beitrag über *Aggression, Gewalt und psychische Störung* in dieser Internet-Serie.