

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

GEWALT UND SEELISCHE STÖRUNG

Allgemeine Aspekte

Aggression und Gewalt werden zunehmend zu einem beunruhigenden Thema in unserer Zeit und Gesellschaft. Die Gründe kennt jeder, meint man. Einer davon sind seelische Krankheiten mit der Neigung zu aggressiven Durchbrüchen und der Gefahr gewalttätiger Übergriffe bis hin zu entsetzlichen Taten.

Was ist daran belegbar, was leichtfertige Spekulation, wenn nicht gar Unterstellung, zumindest furchtsame Verdächtigung? Und welche psychischen Krankheitsbilder sollen daran besonders beteiligt sein? Und sind es eher weniger oder tatsächlich überdurchschnittlich häufig? Und vor allem: Welche Ursachen, Hintergründe, insbesondere Auslöser und psychosozialen Konsequenzen drohen dabei, und zwar nicht nur für die Opfer, auch für die „Täter“?

Dazu aus einem umfangreicheren Kapitel dieser Serie ein Auszug zur ersten Übersicht.

Erwähnte Fachbegriffe:

Gewalt und seelische Störung – Aggression und seelische Störung – Fremdgefährdung durch psychische Krankheit – Gewalttaten-Risiko durch psychische Störungen – Häufigkeit von Gewalttaten durch psychische Störungen – körperliche Gewalt – sexuelle Übergriffe – Gewaltopfer und Geschlecht – männliche Gewaltopfer – weibliche Gewaltopfer – Gewaltopfer und Stigmatisierungs-Angst – Gewaltopfer und Scham – wirtschaftliche Gewalt-Folgen – psychische Krankheit und Gewalt-Risiko – psychisch kranke Rechtsbrecher und Gewalt – Psychiatrie-Personal als Gewaltopfer – Krankenschwestern als Gewaltopfer – Krankenpfleger als Gewaltopfer – Ärzte als Gewaltopfer – Gewalttätigkeits-Studien – Angehörige als Gewaltopfer – verwandte Gewaltopfer

– Therapeuten als Gewaltopfer – Gewalt-Rate und nationales Aggressivitäts-Niveau – Aggressivität im nationalen Vergleich – Gewalt-Risiko und Alter – Alkohol und Gewaltbereitschaft – Wahnvorstellungen und Gewaltbereitschaft – Personen-Verkennung und Gewaltbereitschaft – Behandlungs-Defizit und Gewaltbereitschaft – Eltern-Verlust und Gewaltbereitschaft – Hirntrauma und Gewaltbereitschaft – Gewaltopfer und eigene Gewaltbereitschaft – Psychose und Gewaltbereitschaft – Substanz-Missbrauch und Gewaltbereitschaft – Intoxikation und Gewaltbereitschaft – Rauschdrogen und Gewaltbereitschaft – Medikamenten-Entzug und Gewaltbereitschaft – organische Hirn-Erkrankung und Gewaltbereitschaft – impulsive Aggression – reaktive Aggression – Frustration und Gewaltbereitschaft – Stress und Gewaltbereitschaft – Depression und Gewaltbereitschaft – Suchtkrankheiten und Gewaltbereitschaft – wahnhafteste Störungen und Gewaltbereitschaft – geplante Aggressivität – instrumentale Aggressivität – proaktive Aggressivität – Psychopathie und Gewaltbereitschaft – dissoziale Persönlichkeitsstörung und Gewaltbereitschaft – antisoziale Persönlichkeitsstörung und Gewaltbereitschaft – akute Psychose und Gewaltbereitschaft – „Geisteskrankheit“ und Gewaltbereitschaft – bipolare affektive Störung und Gewaltbereitschaft – manisch-depressive Psychose und Gewaltbereitschaft – schizo-affektive Psychose und Gewaltbereitschaft – Manie und Gewaltbereitschaft – Erregungszustände und Gewaltbereitschaft – Misch-Intoxikationen und Gewaltbereitschaft – postkonvulsive Dämmerzustände bei Epilepsie und Gewaltbereitschaft – Epilepsie und Gewaltbereitschaft – Belastungs-Reaktionen und Gewaltbereitschaft – psychosoziales Trauma und Gewaltbereitschaft – geistige Behinderung und Gewaltbereitschaft – Delir und Gewaltbereitschaft – Schädel-Hirn-Trauma und Gewaltbereitschaft – akute Gehirn-Erkrankung und Gewaltbereitschaft – internistische Krankheiten und Gewaltbereitschaft – Gehirntumor und Gewaltbereitschaft – Beziehungstaten – Bereicherungs-Delikte – sexuelle Delikte – psychodynamische Aspekte bei Gewalttaten: Frustration, Lernen am Modell, Hemmungs-Verminderung, Aggression als Kontaktaufnahme, instrumentelle Aggression, Angst, Rivalität, Aggressions-Verschiebung, Aggression aus vermeintlich idealistischem Motiven – u.a.m.

Aggressionen und damit Gewaltbereitschaft, Fremd- und Selbstgefährdung werden zum wachsenden Problem in unserer Zeit und Gesellschaft. Nachfolgend deshalb eine thematisch begrenzte Übersicht mit Schwerpunkt auf alltags-relevante Probleme aus psychiatrischer Sicht. Oder verkürzt dargestellt: Gewalt durch seelisch Kranke? Dabei sei in diesem Zusammenhang aber gleich festgehalten:

Das meiste Aufsehen erregen auch heute noch (bzw. neuerdings immer stärker) die Gewalttaten von offensichtlich psychisch Erkrankten. Doch die Mehrheit der gewalttätigen Menschen in unserer Gesellschaft ist weder psychisch noch anderweitig krank. Aggression ist deshalb nicht nur ein zeit- und gesell-

schaftstypisches, sondern auch allgemeines Phänomen. Das ist zwar schwer zu akzeptieren, aber auch nicht zu leugnen.

Deshalb kommen – entgegen landläufiger Meinung und trotz spektakulärer Medienberichte – schwere(!) Gewalttaten Geistesgestörter und Geistesschwacher gesamthaft gesehen letztlich nicht öfter vor, als es ihrer Verteilung in der Gesamtbevölkerung entspricht. Allerdings gibt es psychiatrische Krankheitsbilder mit erhöhtem Gewalttaten-Risiko. Und es gibt nicht nur widersprüchliche Untersuchungs-Ergebnisse, sondern auch eine objektivierbare Änderung im Spektrum der Gewalt in den letzten Jahren. Konkrete Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie über *Aggression, Gewalt und psychische Störung* mit ausführlichen Hinweisen auf allgemeinverständliche Sach- und spezielle Fachbücher sowie über *Aggression und psychische Störung: Spezielle Krankheitsbilder*. Im Einzelnen:

Häufigkeit und psychosoziale Folgen von Gewalt generell

Die Fachliteratur zur Gewalt – national wie international – ist kaum mehr zu überblicken. Das spricht für sich, und die Zahlen steigen. Allerdings wird hier das Gesamtbild durch eine sehr uneinheitliche wissenschaftliche Ausgangslage getrübt. Das liegt zum einen an der Heterogenität der Definitionen, allein des Gewalt-Begriffs, ganz zu schweigen von der jeweiligen Operationalisierung der Gewalt-Erfahrung d. h. des Befragungszeitraums, der untersuchten Stichproben, des nationalen, ja regionalen Umfelds u. a. Daraus resultieren natürlich sehr unterschiedliche Prävalenz-Ergebnisse (Häufigkeit), die eine adäquate Vergleichbarkeit der Studien erschweren.

Gleichwohl gibt es aktuelle Schätzungen, z. B. der Weltgesundheitsorganisation (WHO), nach der weltweit(!) jede 3. Frau von körperlicher und/oder sexueller Gewalt durch den aktuellen Partner bzw. den Ex-Partner betroffen sei. Die Erhebungsergebnisse der Agentur der Europäischen Union der Grundrechte (FRA) sprechen davon, dass etwa 8 % der interviewten Frauen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung körperliche und/oder seelische Gewalt erfahren hätten und dass jede 3. Frau seit ihrem 15. Lebensjahr mindestens eine Form des körperlichen und/oder sexuellen Übergriffs erlebt habe. Bei den befragten Männern gaben 61 % der Männer an, körperliche oder psychische Gewalt in der Kindheit und Jugend und 23 % körperliche oder sexuelle Gewalt in ihrem Erwachsenenleben erfahren zu haben. Mit anderen Worten: Frauen und Männer scheinen im ähnlichen Maße betroffen zu sein, auch wenn die öffentliche Wahrnehmung hier deutliche Unterschiede macht. Und vor allem die Stigmatisierungs- und Diskriminierungs-Angst der Männer eher zu schambesetzter Verschwiegenheit und damit statistischen Verzerrung sorgen.

Umfangreichere Studien, z. B. zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS I-Studie) bestätigen allerdings diese Erkenntnisse, ja drehen sie sogar noch um: Unterteilt nach Geschlecht ergab die Daten-Analyse eine insgesamt

signifikant höhere Prävalenz *körperlicher* Gewaltopfer-Erfahrung bei Männern (6,2 %) im Gegensatz zu Frauen (3,3 %). Im Bereich der psychischen Gewalt fanden sich keine Unterschiede. Interessant auch die Erkenntnis, dass Frauen offenbar weitaus häufiger von häuslicher Gewalt (Stichwort: sozialer Nah-Raum), Männer eher von körperlicher Gewalt im öffentlichen Raum (meist von unbekanntem Tätern) betroffen sind.

Auch die wirtschaftlichen Gewalt-Folgen sind erwähnenswert: Nach entsprechenden Schätzungen sollen allein in Deutschland pro Jahr gesundheits-ökonomische Folgekosten in Höhe von 14,5 Milliarden Euro auflaufen, z. B. Ausfallzeiten am Arbeitsplatz, Polizei, Justiz u. a.

Schlussfolgerung: Gewalt ist so alt wie die Menschheit, wird offenbar erst jetzt detailliert beforscht, wissenschaftlich, politisch und öffentlich konkreter diskutiert und scheint mehr und mehr zum beherrschenden Thema in unserer Zeit und Gesellschaft zu werden. Wie aber steht es nun zur Frage:

Psychische Krankheit und Gewalt?

Zur Frage *psychische Krankheit und Gewalt* stehen sich im Wesentlichen noch immer zwei Meinungsbilder gegenüber, was sich in absehbarer Zeit wohl auch nicht ändern dürfte:

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

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

- Die *Fachwelt* scheint bzw. schien sich ebenso sicher zu sein: Psychisch Kranke sind *nicht* häufiger gewalttätig als „klinisch Gesunde“. Schließlich war

dies das Ergebnis einer großen deutschen Untersuchung aus den 1970er Jahren, die sehr detailliert, fundiert und für alle in der Psychiatrie Tätigen wegweisend war. Allerdings wurden schon damals im Hinblick auf Psychose-Kranke gewisse Einschränkungen gemacht. So wurde beispielsweise das um den Faktor fünf erhöhte Risiko von Patienten mit Schizophrenie in dieser Studie nur sehr zurückhaltend referiert und damit in der Fachwelt diskutiert. Das hat sich erst in den letzten Jahren geändert (s. u.). So sind berechtigte Zweifel aufgekommen, ob man das alles heute noch so einfach übernehmen kann. Offensichtlich ist eine differenziertere Sichtweise notwendig, wie auch die internationale Fach-Literatur nahelegt:

- Zum einen war das Thema „Gewalt psychisch Kranker“ im Allgemeinen und gegen Ärzte und Pflegepersonal im Speziellen kein Thema in Forschung und Lehre, bestenfalls randständig erwähnt (obgleich schon Ende des 19. Jahrhunderts statisch fundiert Stellung genommen wurde). Offenbar ging man noch in den 1970er-Jahren davon aus, dass man – wenn schon in psychiatrischen Institutionen tätig – entsprechende Aggressionen bis hin zu körperlichen Übergriffen zu tolerieren hat. Diese Einstellung kam von den Leitungs-Etagen und wurde in der Tat bis in den Stationsalltag gelebt.

- Zum anderen sind seit der Veröffentlichung der damaligen Gewalttätigkeits-Studie mehr als 40 Jahre vergangen. In dieser Zeit hat sich nicht nur in der Bevölkerungsstruktur, sondern auch in psychosozialer Hinsicht einiges gewandelt: Zunahme von Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit und Mangel an sozialer Unterstützung, nicht zuletzt bei psychisch Kranken; Zunahme und z. T. bedrohliche Ausbreitung des sekundären Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmissbrauchs, nicht zuletzt als Ausdruck und Folge unzureichender Nachsorge und mangelnder sozialer Unterstützung; Zunahme der Gewalttätigkeit generell mit z. T. unzureichend ausgestatteten und (damit gelegentlich) hilflos wirkenden Behörden und Ordnungsorganen u. a. Vor allem hat sich die psychiatrische Forschung in den letzten Jahrzehnten international vernetzt, was dann nicht nur zu rein zahlenmäßig größeren Übersichten führte, sondern auch die unterschiedlichen Gegebenheiten je nach Region bzw. ethnischen und kulturellen Voraussetzungen deutlich macht.

Da also Aggressionen lange Zeit sehr uneinheitlich begrifflich konkretisiert und unterschiedliche Wertmaßstäbe für die Erfassung von Aggressionen verwendet wurden, ist es nicht verwunderlich, dass die erhobenen Daten oft nicht vergleichbar sind, von der hohen Dunkelziffer nicht erfasster aggressiver Durchbrüche ganz zu schweigen. Zudem hat sich auch auf fachpsychiatrischer Ebene so manches geändert, z. B. die gewollte und sinnvolle, wenn mit Augenmaß praktizierte Umorientierung von der Anstaltspsychiatrie zur gemeindenahen und verstärkt ambulanten Versorgung; aber auch die drastische Verkürzung der Verweildauer (mitunter allerdings nur aus Kostengründen, wie das immer deutlicher wird); ferner die Stärkung der Rechte jener Kranker, die die

Behandlung verweigern (und das durchaus nicht immer zu ihrem Vorteil). Allerdings blieb eines lange Zeit ausgeklammert: die Gewalt von psychisch kranken Menschen innerhalb einer Klinik im Rahmen ihrer stationären Behandlung und die Gewalt innerhalb einer Familie oder Angehörigengruppe mit oder ohne ambulanter Betreuung.

Diese Untersuchungen werden heute nachgeholt - und verändern das Bild nicht unerheblich. Beispiele: So scheinen sich Bedrohung, tätliche Angriffe und Körperverletzungen bei psychisch kranken Männern überwiegend im öffentlichen Raum (und damit eher registrierbar), bei Frauen vor allem zu Hause zu ereignen. Überhaupt sind die häufigsten Opfer jene Personen, die den Kranken am nächsten stehen. Das sind vor allem Mütter (z. B. bei schizophren Erkrankten nicht selten in ein schweres und vor allem dauerhaft belastendes Los verstrickt). Ferner Geschwister, Väter und andere Angehörige in den eigenen vier Wänden. Und in der Klinik trifft es die Therapeutinnen und Therapeuten jeglicher Disziplin. Im öffentlichen Leben sind es besonders jene Personen, die vor allem beruflich mit auffälligem Verhalten konfrontiert werden wie Polizeibeamte, andere Beauftragte der Ordnungsbehörden, aber auch Verkäufer, Angehörige von Verkehrsbetrieben usw., die vermehrt entsprechenden Konfrontationen ausgesetzt sind.

Wie häufig sind Aggression und Gewalttaten psychisch Kranker?

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

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

Gleichwohl: Vor allem neuere Studien aus den USA und aus Skandinavien, letzteres mit seinem spezifischen und damit sehr erfolgreichen Erfassungssystem, belegen eine zwar mäßige, aber nicht übersehbare Erhöhung des Gewalttaten-Risikos durch psychisch Kranke. Dies betrifft im Vergleich zur Allge-

meinbevölkerung übrigens auch Frauen. Und es nimmt mit zunehmendem Lebensalter *nicht* ab, was erst einmal erstaunt.

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

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

Als individuelle Risiko-Faktoren bei seelisch Erkrankten gelten vor allem *Wahn-Vorstellungen*, in die das spätere Opfer einbezogen wird, insbesondere im Sinne einer Beeinträchtigung oder Fremd-Steuerung sowie die Personen-Verkennung. Weitere Risiko-Faktoren sind spannungsreiche Beziehungen und unzureichende Behandlung (s. o.). Außerdem Verlust der Eltern (vor allem bei Schizophrenie-Patienten), Hirntaumata (Verkehr und Arbeitsplatz), unbeabsichtigte Selbst-Verletzungen und selber als Opfer nach einer Gewalthandlung.

Und noch einmal: Prädestinierte Opfer im Falle psychotischer Erkrankungen sind vorwiegend Familien-Angehörige, aber auch Autoritätspersonen. Und bei *Substanz-Missbrauch* entweder nahestehende Menschen oder – zumeist gleichfalls alkoholisierte oder intoxikierte - Zufalls-Bekanntschäften.

Längerfristige Studien, wissenschaftlich fundiert und vor allem mit aussagekräftigen Stichproben, die mehr als Trends erkennen lassen, sind bisher aber kaum in Sicht. Jedenfalls müssen bei Untersuchungen zu pathologisch (seelisch krankhaft) aggressivem Verhalten folgende Bedingungen erfüllt sein: 1. Personen, die offenkundig oder wahrscheinlich an einer psychischen Erkrankung leiden. 2. Personen, die intoxikiert (in einem Vergiftungszustand durch Alkohol, Rauschdrogen, Medikamente u. ä.) sind oder sich in einem Entzugs-Syndrom (Abstinenz-Symptome) befinden. 3. Patienten mit einer organischen Erkrankung mit direkter oder indirekter Beteiligung des Zentralen Nervensystems und damit Seelenlebens. 4. Patienten, die ihr gewalttätiges Handeln als ich-dyston (d. h. als für sie wesens-fremd und unerwünscht) erleben und deshalb psychiatrische/psychotherapeutische Hilfe aufsuchen. In allen *anderen* Fällen ist ein gewalttätiges Handeln kein medizinisches, sondern ein allgemein-menschliches und ggf. kriminologisches und dann juristisches Problem und fällt nicht in den Aufgabenbereich des Psychiaters. Allerdings dürfte es nicht wenige Grenzfälle geben, in denen eine Beurteilung erschwert ist und einer professionellen Differenzierung bedarf.

Unterschiedliche Aggressivitäts-Muster

Interessant auch die neuere Differenzierungs-Empfehlung nach unterschiedlichen Mustern zwischenmenschlicher, vor allem körperlicher Aggressivität bzw. Gewalt. Dabei unterscheidet man impulsive oder reaktive Aggressivität von geplanter, instrumentaler oder so genannter proaktiver Aggressivität. Im Einzelnen:

- *Impulsive* oder *reaktive Aggression* geht mit stark ausgeprägten Affekten einher, hier volkstümlich als hochkochende Gemüts-Aufwallungen bezeichnerbar. Diese sind oft Folge von entsprechenden Frustrations-Erlebnissen (vom Lat.: frustra = vergebens, umsonst), Kränkungen, Verletzungen, oft noch kombiniert mit individuell empfundenem (psycho-)sozialem Stress, was sich zu blinden Wut-Ausbrüchen steigern kann. Hier finden sich dann auch entsprechende seelische Erkrankungen wie Schizophrenie, Suchtkrankheiten, wahnhaftige Störungen usw., bisweilen sogar die ansonsten aggressiv weniger auffallenden Depressionen und Angsterkrankungen.

- *Geplante, instrumentale* oder *proaktive Aggressivität* hingegen entwickelt sich eher im Zusammenhang mit spezifisch belastenden Persönlichkeitszügen. Hier fällt dann vor allem eine rücksichtslose und kalt kalkulierende Aggressivitäts-Strategie auf. Und ein weiterer Faktor verwirrt: Denn oberflächlich betrachtet sind nicht wenige Exponenten dieser Aggressions-Form durchaus sozial gewandte, durchsetzungsfähige, klug agierende, scheinbar kooperative (Netzwerk) Charaktere, die sich offiziell auch nicht „die Hände schmutzig machen“, auch wenn sie letztlich doch ihre Konkurrenten respektlos behandeln, wenn nicht gar demütigen, kränken, herabsetzen, bedrohen und erpressen.

Hier kommt dann wieder der eigentlich überholte Fachbegriff des „Psychopathen“ ins Spiel (im anglo-amerikanischen Sprachgebrauch als „psychopathy“ bezeichnet). Konkret handelt es sich zumeist um dissoziale/antisoziale Persönlichkeiten, im Extremfall den speziellen Subtyp „mit psychopathischen Eigenschaften“ (DSM-5[®]/ICD-10). Definition: emotionale und soziale Defizite, sprich: zwischenmenschliche Dominanz, geringes Angst-Niveau, unzureichende emotionale Ansprechbarkeit, mangelnde Wertschätzung des Umfelds, beherrschendes Auftreten (mitunter auch als instrumentalisierter willfähriger Untergebener für die eigentlichen „Täter im Dunkeln“).

Die häufigsten psychiatrischen Krankheitsbilder

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

- An erster Stelle stehen Patienten mit Alkohol-Intoxikation (eventuell in Verbindung mit einer Persönlichkeitsstörung - s. u.). Ähnliches gilt für Rauschdrogen-Einfluss. In manchen Fällen kann auch ein Medikamenten-Missbrauch eine zusätzliche Rolle spielen, als gewalt-riskante Einzel-Ursache eher weniger, es sei denn im Entzug.

- Ebenfalls häufig betroffen sind so genannte akute Psychosen (allgemeinverständlich, wenngleich nicht sehr treffend übersetzt: „Geisteskrankheiten“). Und hier vor allem schizophrene Psychosen, insbesondere Patienten mit einem so genannten systematisierten Wahn. Ähnliches gilt aber auch für manisch-depressive Psychosen, heute bipolare affektive Störung genannt. Und nicht zuletzt für schizo-affektive Psychosen, bei denen schizophrene, depressive und/oder manische Zustände zugleich oder kurz hintereinander belasten können.

- Problematisch sind auch Erregungszustände in psychosozialen Konflikt-Situationen, selbst ohne zugrunde liegende psychiatrische Erkrankung. In der Gruppe der häufigen Ursachen finden sich auch Misch-Intoxikationen, d. h. mehrere vergiftende Substanzen im Rahmen einer Mehrfach-Abhängigkeit. Und Persönlichkeitsstörungen, bei denen einige schon im Namen „Böses ahnen lassen“ (z. B. antisoziale/dissoziale Persönlichkeitsstörung).

- Weniger häufig sind so genannte postkonvulsive Dämmerzustände bei Epilepsie, also nach einem Krampfanfall. Desgleichen akute Belastungs-Reaktionen nach seelischem bzw. psychosozialen Trauma (Verwundung). Auch geistige Behinderung mit rezidivierenden (immer wieder auftretenden) und vor allem gleichartig verlaufenden Erregungszuständen gehören in diese mittlere Gruppe. Und dementielle Entwicklungen, bei denen man es eventuell nicht erwarten würde.

- Eher erwartet sind Entzugs-Syndrome oder Delirien. Weniger eindeutig für den Nicht-Mediziner Erregungszustände nach unmittelbar vorausgegangenem Schädel-Hirn-Trauma sowie (damit) organischer Persönlichkeitsstörung. Selten als Ursache aggressiver psychomotorischer (seelisch-körperlicher) Erregungszustände finden sich akute Gehirn-Erkrankungen wie Enzephalitis (Gehirnentzündung) oder Subarachnoidalblutung (spezifische Form der Gehirnblutung). Selten sind auch metabolische Störungen beteiligt, z. B. Leber- oder Nieren-Insuffizienz (Funktionsstörungen), eine Hypoglykämie („Unterzuckerung“) u. a. Desgleichen sonstige Gehirn-Erkrankungen wie Tumore, Gefäßprozesse usw. Ein Phänomen, dem man etwas mehr Bedrohlichkeit zugestehen würde, findet sich ebenfalls unter der dritten, eher selten auffallenden Kategorie, nämlich der pathologische (krankhafte) Rausch. Vielleicht wird er auch im Kreis der Zech-Freunde eher abgemildert (und vor allem verschwiegen), kann aber schon zu sehr unangenehmen Gewalttaten(-Folgen) führen.

Ursachen und Risikofaktoren

Über die Ursachen, Hintergründe und Risikofaktoren wird in dem Großkapitel „Aggression, Gewalt und psychische Störung“ in dieser Serie ausführlicher berichtet, doch sei kurz vorweggenommen: Jenseits jener komplizierenden Faktoren wie sekundärer Alkohol-, Rauschdrogen-, Medikamenten- und sonstiger Missbrauch, jenseits von sozialer Entwurzelung, mangelhafter Therapie und Nachsorge usw., gibt es doch einige gewaltbegünstigende Faktoren, die besagen:

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

Bei seelisch Kranken sind es vor allem Beziehungstaten besonderer Art. Und diese oft noch in unerträglichen Spannungs-Situationen, die sich aus ihrer Sicht irgendwann geradezu entladen müssen.

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

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

Nachfolgend seien deshalb noch einige Aspekte aus psychologischer Sicht angeführt, nämlich

Psychodynamische Aspekte

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

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

Schlussfolgerung

In letzter Zeit beunruhigen die Allgemeinheit zunehmend nicht nur grenzwertige Übergriffe, wie sie immer schon vorkamen, sondern Terrorakte, Amokläufe, Suizid-Attentate u. a. mit einem breiten Spektrum von nicht nachvollziehbaren, meist persönlichen Beweggründen bis zu blinder, religiös-fanaticher Gewalt mit zahlreichen Opfern. Weil die Öffentlichkeit dabei erschüttert und vom Beweggrund her ratlos und damit hilflos bleibt, drängen sich auch vermehrt Über-

legungen in den Vordergrund, die von seelischen Erkrankungen ausgehen, kurz: aggressive Durchbrüche und Gewaltbereitschaft durch psychische Störungen. Das wird auch z. T. durch die Medien so kommuniziert, zurückhaltend zwar, aber dann doch zur Diskussion anregend – wenngleich ohne konkretere Informationen oder wissenschaftliche Fundierung.

Deshalb ist es wichtig, die Spekulationen, vor allem die vermehrte Unsicherheit und damit Unheil verbreitenden Gerüchte einzugrenzen und das mehr oder weniger gesicherte Fachwissen zu erörtern. Und hier zeigt sich dann, dass zwar vieles noch weitgehend unklar ist, regional und national, vor allem aber weltweit und angesichts bedrohlicher politischer und militärischer Auseinandersetzungen, die sich auch nicht mehr lokalisieren und einschränken lassen, gleichwohl einige Forschungs-Erkenntnisse zu konstruktiven Schlussfolgerungen Anlass geben, die dann auch halbwegs allgemeinverständlich verbreitet werden sollten.

Deshalb dieses Kapitel über Gewalt und seelische Störung, das bei Interesse durch die erwähnten zwei weiteren Beiträge über *Aggression, Gewalt und psychische Störung* (mit Literaturhinweisen) sowie *Aggression und psychische Störung: Spezielle Krankheitsbilder* ergänzt werden kann. Hoffentlich eine objektive und erkenntnis-basierte Einstellung unterstützend.