***Prim.a Dr.in Heidi Kastner***

**Schizophrenie und Gewalt**

**Immer wieder kommt es zu Gewalttaten, die von an Schizophrenie erkrankten Personen begangen werden. Dies verunsichert viele Menschen: Sind Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, per se gewalttätig und gefährlich? Im Rahmen des Lundbeck Presseforum Psychiatrie erläuterte** Prim.a Dr.in Heidi Kastner, Leiterin der Klinik für Psychiatrie mit forensischem Schwerpunkt, Kepler Universitätsklinikum Linz, die Zusammenhänge und Aspekte des Themas „Schizophrenie und Gewalt“.

Dass ein Zusammenhang zwischen Schizophrenie und Gefährlichkeit besteht, ist zumindest in der öffentlichen Meinung eine Tatsache, die immer wieder durch Meldungen über schwere Gewalttaten, begangen von an Schizophrenie Erkrankten, Bestätigung findet. Nach den Attentaten an den Politikern Lafontaine und Schäuble führten Angermayr et al 1994 und 1998 Untersuchungen durch, in denen 50% der Befragten Psychiatriepatienten\* gesamthaft für gefährlich hielten, über 50% erachteten diese Gruppe als unberechenbar und 40% als primär aggressiv. Das scheint der bis heute umfassendsten epidemiologischen Studie über die Gewalttätigkeit psychische Kranker (Böker, Häfner 1973) zu widersprechen: In dieser wurde nämlich ein gesamthaft nicht erhöhtes Gewaltrisiko von Psychiatriepatienten festgestellt, was in weiterer Folge oft zitiert wurde und auch als Grundlage der Öffnung psychiatrischer Anstalten diente. Freilich ist diese Schlussfolgerung unvollständig: Schon Böker & Häfner stellten fest, dass (im Untersuchungszeitraum von Jänner 1955 bis Dezember 1964 in Deutschland) 3% der Täter bei schweren Gewalttaten und Tötungsdelikten an Schizophrenie erkrankte Menschen waren, womit diese Gruppe in der Deliktstatistik eindeutig überrepräsentiert war. Als Risiko für Gewaltdelinquenz erwiesen sich damals nicht unmittelbar erkrankungsbedingte Faktoren wie ein schon vor Erkrankungsausbruch beobachtbares antisoziales Verhalten oder chronischer Substanzmissbrauch. Allerdings beobachteten schon Böker & Häfner, dass spätere Täter oft lange mit stabilen Wahnsystemen lebten, in denen sie sich verfolgt, bedroht oder unrechtmäßig benachteiligt fühlten.

**Gefährliche Impulsgeber: Wahnvorstellungen und halluzinierte Stimmen…**

Versuche, aus diesen Erkenntnissen prognostische bzw. präventive Aussagen abzuleiten (s. v.a. die diversen einschlägigen Publikationen von S. Hodgins) erweiterten die Beurteilungsgrundlage der prospektiven Gefährlichkeit insofern, als sich in praktisch allen Studien zwei Gruppen von Schizophrenie-Symptomen als gefährlichkeitsrelevant erwiesen: zum einen die schon bekannten Wahninhalte, bei denen die Aggression vom Täter als „Notwehr“ verstanden und legitimiert wurde, zum anderen imperative akustische Halluzinationen mit entsprechenden Aggressionsbefehlen, die aufgrund ihrer kaum entrinnbaren Dringlichkeit selbst nicht primär aggressionsaffine Kranke zu teilweise dramatischen Gewaltdelikten motivieren konnten.

**… können zu erhöhter Gewaltbereitschaft führen**

Das Risiko, eine leichte Körperverletzung zu begehen, war in der Gruppe Schizophrenie-Kranker gegenüber der Allgemeinbevölkerung um ein 2-faches erhöht, das Risiko für schwere Körperverletzungen um ein 4-faches und das Risiko für ein Tötungsdelikt um ein 8-faches. Die Spezifika dieser Aggression waren unvorhersehbare (und daher auch kaum abwendbare), kurze und unvorbereitete Übergriffe, massive Gewalt nach an sich belanglosem Streit, Fehlen eines offenkundigen Motivs, ein Übermaß an Gewalt und ein häufig tödlicher Ausgang. Der Relevanzbereich der Gefährlichkeit umfasste in der Regel Opfer aus dem Nahbereich, wobei hier sowohl Familienangehörige, Mitglieder des Behandlungssystems als auch zufällig Anwesende in Frage kamen.

**Gute Prognose durch medikamentöse und sozialtherapeutische Behandlung**

In weiterer Folge konnten diese Ergebnisse noch ausdifferenziert werden, wobei sich bei Tätern mit schizophrener Erkrankung zwei Gruppen unterscheiden ließen: Die so genannten „early starters“, die schon vor Erkrankungsausbruch gewalttätig gewesen waren, und die „late starters“, die vor Erkrankungsausbruch und Delinquenz ein weitgehend unauffälliges Leben geführt hatten. Vor allem in der zweiten Gruppe ist die Prognose dann sehr günstig, wenn es gelingt, eine ausreichende medikamentöse und sozialtherapeutische Behandlung zu etablieren: Das Risiko sinkt dann wieder auf das Niveau des Durchschnittsbürgers. Überhaupt ist die Rückfallrate von an Schizophrenie erkrankten Gewalttätern (nach Einweisung in eine Anstalt für zurechnungsunfähige Rechtsbrecher und dort erfolgter ausreichender und auch ausreichend langer Behandlung) gesamthaft deutlich niedriger als das Rückfallrisiko psychisch gesunder Delinquenter.

Bei einer Morbidität von 1% (betr. Schizophrenie) ist jedenfalls das Risiko, Opfer eines psychotisch motivierten Gewalttäters zu werden, deutlich geringer als das Risiko, Opfer eines psychisch gesunden Täters zu werden, weshalb die generelle Mahnung vor der von Schizophrenie-Kranken ausgehenden Gefährlichkeit wenig alltagspraktische Relevanz hat und immer wieder auch dazu dient, die Stigmatisierung psychisch Kranker allgemein argumentativ zu untermauern.

**Um künftige Gewalttaten zu verhindern: Risiken ernst nehmen, geeignete Behandlung forcieren**

Allerdings sollte sich das Behandlungssystem sehr wohl der spezifischen Risiken bewusst sein, diese nicht bagatellisieren und sich immer wieder vor Augen führen, dass es zumindest teilweise in der Hand der Behandler liegt, künftige Gewalttaten zu verhindern, indem rechtzeitig zutreffende Diagnosen gestellt, daraus konsequente Behandlungspläne abgeleitet und diese auch mit maximaler Nachhaltigkeit umgesetzt werden. Eine Strategie dazu liegt sicher darin, die Möglichkeiten des Unterbringungsgesetzes umfangreich zu nutzen, da die Erwartung von Erkrankungs- und Behandlungseinsicht in der Akutphase der Erkrankung zwingend ins Leere laufen muss.

Eine andere durchaus effiziente und immer noch nicht ausreichend genutzte Behandlungsstrategie beruht auf der Empfehlung zur Depotbehandlung, die sich sowohl pharmakodynamisch als auch bzgl. Langzeitverlauf der Erkrankung in unzähligen Studien als die bestmögliche Behandlungsform erwiesen hat.

**\*** *Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde im Text auf eine gendergerechte Schreibweise verzichtet. Alle Bezeichnungen sowohl für Frauen als auch für Männer.*

**Kontakt für JournalistInnen-Rückfragen**

**Prim.a Dr.in Heidi Kastner**

Klinik für Psychiatrie mit forensischem Schwerpunkt

Kepler Universitätsklinikum

Neuromed Campus

Wagner-Jauregg-Weg 15

4020 Linz

0043-(0)5 7680 87 - 26816

heidi.kastner@kepleruniklinikum.at

1. Oktober 2019