

Zeitschrift: Reihe Kriminologie / Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie =
Collection criminologie / Groupe suisse de travail de criminologie

Herausgeber: Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie

Band: 8 (1990)

Artikel: Gewalt als Symptom

Autor: Etzensberger, Mario

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1051366>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 31.12.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

GEWALT ALS SYMPTOM

Mario Etzensberger

"Gewalt", ein Urwort, mehr noch eine Urtat. Natur kann sich uns als gewaltsam erweisen, Menschen können sich gegenseitig Gewalt antun, der Mensch den Dingen und letztlich ich mir selbst. Gewalt lässt sich nicht bitten, Gespräch ist ihr zuwider, Geduld nicht ihre Sache. Sie überrennt die Grenzen, nimmt, holt, dringt ein und zerstört meist, was sie anfangs wünschte. Jeder, jede kennt sie, hat sie schon angewandt, sie sicher auch gefürchtet.

Das Ausüben von Gewalt, sei es in Worten, Gesten oder Taten, ist also eine dem Menschen innewohnende, allgemeine Möglichkeit, die aber an sich nicht ohne weiteres auf Krankheit verweist. Von Krankheit soll aber hier die Rede sein, denn ich stehe vor Ihnen als Psychiater, als Arzt.

Was aber heisst Krankheit? Es gibt verschiedene Modelle, ihr Wesen zu verstehen: Zum ersten fühlen wir uns krank, wenn wir leiden, wenn uns etwas weh tut. Schmerzen zu lindern, dem Leidenden beizustehen, war denn wohl auch einst die erste und wesentliche Aufgabe des Arztes.

Krank hiess weiter dann, wem wesentliche Funktionen ausfielen, wem die Kräfte schwanden, Farbe und Leben aus den Zügen wichen, wer vom Fleische fiel, das Interesse an Arbeit und Lustbarkeit verlor, sich zurückzog, verfiel.

Als man später begann, den Menschen zu vermessen, genügte schon eine blosse Abweichung von der statistischen Norm, um Krankheit zu vermuten. Und zuletzt verstieg sich die WHO zur Utopie, nur dann noch von Gesundheit zu sprechen, wenn völliges Wohlbefinden in körperlicher, seelischer und sozialer Hinsicht erreicht wäre. Gut gemeint, missachtet diese Auffassung das Wesen des Menschen, ja der Natur überhaupt, wo Fehlerhaftigkeit, Hinfälligkeit ein Wesenszug ist, ja sogar die Voraussetzung für Entwicklung. Uneingeschränktes

Wohlergehen gab es nur im statischen, zeitlosen Paradiese, aus welchem wir bekanntlich einst vertrieben wurden.

Doch so einleuchtend die beiden ersten Annäherungen an den Krankheitsbegriff (Leiden, gestörte Funktion) sind, für die Psychiatrie können sie nicht genügen. Einerseits gibt es Störungen, wo der "Patient" nicht leidet (denken wir z.B. an einen Menschen in der Euphorie eines manischen Schubes), andererseits gelingt es einer grossen Zahl von Menschen, mit eindeutigen Abweichungen von der Norm ein erfülltes, reiches und zufriedenes Leben zu führen. Es gilt also, den Rahmen teils weiter, teils enger zu stecken. Meinen Ausführungen, aber auch meiner sonstigen Arbeit sei folgende Definition für Krankheit zu Grunde gelegt:

Wenn auf körperlich-seelischer Ebene das Erleben und/oder Verhalten eines Menschen von der allgemeinen, alltäglichen Weise abweicht und dadurch der Lebensvollzug und die Lebensgestaltung dieses Menschen und seiner Umgebung erheblich eingeschränkt werden, dann bezeichne man diesen Menschen als krank. Dabei ist diese Abweichung vom Individuum nicht bewusst gewollt, viel mehr ergibt sie sich oder drängt sich gar auf. Eingeschränkt sind also die Wahlfreiheit und die Fähigkeit, ein Optimum an "Leben" für sich und Andere zu realisieren.

Leicht ist zu erkennen, dass die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit unscharf ist und wir uns oft in einer Grauzone bewegen müssen.

Wenn hier nun von Gewalt als Symptom die Rede sein soll, dann ist nicht einfach jegliche Gewalt gemeint, sondern nur jene, die als Ausdruck eines Krankseins verstanden werden kann. Gewalt ist damit aber auch nie Krankheit an sich. (Oft begegnet man der Meinung, alle negativen Seiten des Menschen, also auch Gewalt und Delinquenz, entsprängen krankhaftem Verhalten. Dem kann ich mich keineswegs anschliessen, begegnete ich doch immer wieder "kerngesunden" Bösewichtern.)

Sehen wir uns also um im Garten der Leiden, welche Krankheiten auch im Gewande der Gewalt daher zu kommen pflegen. Wir finden sie quer durch alle Diagnosen.

Und schon begegnet uns ein weiteres, begriffliches Hindernis. Was ist eine Diagnose und wozu wird sie gestellt? Soll man überhaupt? ist eine vielgehörte Frage.

Eine zünftige Diagnose besteht aus Krankheitsbild (Syndrom), Ursache(n) (Aetiologie), Ablauf (Pathogenese) und, daraus abgeleitet, Vorhersage (Prognose). Die meisten Diagnosen in der Psychiatrie kommen leider nur bis zur ersten Stufe, selbst die Prognose entstammt der Statistik und nicht dem inneren (eben noch weitgehend unbekannten) Ablauf. Dies ist denn auch der Grund, warum die beiden gebräuchlichsten Diagnose-Manuale (ICD-9 und DSM-III) weitgehend dem phänomenologischen Prinzip folgen. Doch wenn auch oft viel zu einer regelrechten Diagnose fehlt, die Tatsache lässt sich damit nicht aus der Welt schaffen, dass es psychische Krankheiten gibt, so sehr uns antipsychiatrische Bemühungen vom Gegenteil überzeugen wollen. Man ändere ruhig die Namen, die Phänomene bleiben allemal.

Wozu wird diagnostiziert? Nicht zur blossen Etikettierung, Abstempelung und damit bequemen Ausgrenzung. Diagnose ist vielmehr Arbeitshypothese. Und Hypothesen können überprüft werden, können sich als richtig oder falsch erweisen. Sie fordern, richtig verstanden, Kritik heraus, disziplinieren unser Denken und zwingen uns, Stellung zu beziehen, wofür Verantwortung übernommen werden kann und muss.

Lapidare Feststellungen, wie etwa "Krise in der Adoleszenz" sind nichtssagend aber auch nicht zu widerlegen, wenn die Altersangabe stimmt. Damit ist, wie ich glaube, die dritte Frage bereits beantwortet.

Es würde den Rahmen dieses Vortrages sprengen, sollte jetzt die ICD oder das DSM-III vorgestellt werden. Deshalb sei es mir erlaubt, eine ganz einfache Klassifikation psychischer Krankheiten vorzunehmen.

1. Exogene oder organisch bedingte psychische Erkrankungen
2. Endogene, in der Seele selbst entstehende und uns in ihrer Ursache noch weitgehend unbekannte psychische Erkrankungen

3. Durch Reaktionen auf die Lebensgeschichte und/oder Lebensumstände sowie Ereignisse bedingte psychische Erkrankungen
4. Angeborene (aber nur zum Teil vererbte) oder früh erworbene psychische Erkrankungen und Behinderungen

Aus jeder Gruppe möchte ich Ihnen solche Beispiele anführen, bei denen Gewalt als Symptom vorkommt.

1. Exogene:
 - Abbauprozesse des Gehirnes, sogenannte Demenzen oder chronisch hirnorganische Syndrome: Durch Verlust an Kritik und Kontrolle vermögen aggressive Persönlichkeitsanteile ungehindert zu Tage zu treten und können in Tötlichkeiten oder sexuelle Belästigungen ausarten.
 - Akut hirnorganische Syndrome, wie z.B. bei Vergiftungen (Alkohol, Drogen) äussern sich in Veränderungen des Bewusstseins, Angst und gesteigertem Bewegungsdrang. Angst aber ist sehr häufig Motor von Gewalt, dann, wenn ein Mensch sich nicht mehr anders wehren zu können glaubt.
 - Hirnlokale Syndrome sind durch plötzliche Verstimmungen, unter anderem eben aggressive Durchbrüche geprägt. Beängstigend ist dabei die Unmittelbarkeit und Heftigkeit der Episoden.
2. Endogene:
 - Einbusse bis Verlust der Realitätskontrolle, Erregungstürme und wahnhafte Motive können einen schizophrenen Menschen zu gefährlichen Handlungen veranlassen.

- Manische Kritiklosigkeit und Rücksichtslosigkeit, gepaart mit gesteigertem Antrieb lassen Patienten gefährliche, wenn auch selten gezielt aggressive Taten begehen.
- Zur Depression gehört die Aggressivität gegen das Individuum selbst in Form von Selbsttötung. Besonders tragisch ist dabei der erweiterte Suizid, wo Angehörige und Nahestehende in den Strudel der Zerstörung geraten.

3. Reaktionen:

- Hier sind v.a. Primitivreaktionen oder Affekthandlungen zu erwähnen, wo nach unserer Vorstellung übermächtige Gefühlsregungen, wie z.B. panische Angst, sich der motorischen Ausdrucksmöglichkeiten, also des Handelns, bemächtigen unter Ausschaltung der Kontrolle durch den Verstand und anezogene Verhaltensmuster (Gewissen, Ueber-ich).
- Gefährliche Handlungen können aber auch paranoiden, d.h. wahnhaften Entwicklungen entspringen. Verquere Einschätzungen und Urteile, deren Wahrheitsgehalt nicht bezweifelt und relativiert werden kann, geben dann die Motive für Gewalttätigkeiten ab.
- Auch krankhafte Verletzlichkeit des Selbstgefühls und Selbstbildes mündet oft in blinde Zerstörung der "eigenen Welt", quasi um dem Zusammenbruch bisheriger Illusionen zuvorzukommen.

4. Angeborene:

- Intelligenzdefekte können mit oft unmotiviert erscheinenden Bewegungstürmen einhergehen, deren Wut gegen Dinge, Menschen aber auch gegen die eigene Person gerichtet ist. Wieder

begegnen wir jener Angst, die zu Gewalt führt, wenn der betreffende Mensch das Geschehen um sich her nicht mehr zu verarbeiten vermag.

- Persönlichkeitsstörungen sind tiefgreifende Muster abnormen Verhaltens, die sich wie ein roter Faden durch das Leben dieser Menschen ziehen und den Lebensvollzug nachhaltig beeinträchtigen. Je nach Typ führen sie häufig zu Gewalt und Delinquenz. Einem unter ihnen, der antisozialen Persönlichkeit, haftet leicht auszulösende Gewalt gleichsam als Erkennungsmerkmal an (siehe DSM-III-R).

Die Antwort auf die Frage nach den Ursachen von Krankheiten und hier besonders der Gewalttätigkeit unterliegt wie alles in der Welt der Mode. Einmal schwingt die Ueberzeugung oben auf, alles Verhalten sei Antwort auf äussere Faktoren gesellschaftlicher und ökonomischer Art. Dann rückt wieder sacht das Interesse an Vererbung und Biologie ins Zentrum. Da heute die Mehrheit der Fachleute und Laien der ersten Sicht den Vorzug gibt, möchte ich gleichsam kontrapunktisch kurz Licht auf einige biologische Hypothesen werfen.

Im Rahmen vieler Untersuchungen an Tier und Mensch gewannen vier Bereiche unterschiedliche Bedeutung:

Genetische Aspekte, vor allem Abweichungen in der Zusammensetzung der Geschlechtschromosomen X und Y. Verdoppelung des Y beim Mann und Hinzutreten des Y bei der Frau scheinen die entsprechenden Individuen impulsiver zu machen.

Hormonelle Abweichungen, hier besonders was den Spiegel des männlichen Geschlechtshormons Testosteron nach oben betrifft, stehen offenbar in Korrelation mit gesteigerter Aggressivität sowohl beim Mann wie bei der Frau.

Auch Zusammenhänge zwischen Gewalt und epileptischem Geschehen können nachgewiesen werden. Interessant dabei ist die Feststellung, dass sich Gewalt

während des Anfalls ungerichtet und ungeplant ereignet, während sie nach einem Anfall meist nur dann auftritt, wenn der erregte Patient festgehalten wird.

Am interessantesten sind aber Entdeckungen bezüglich Veränderungen im Stoffwechsel von Botenstoffen (Transmitter; hier vor allem Serotonin) im Gehirn von aggressiven Menschen z.B. Brandstiftern, Gewalttätern, aber auch solchen, die Hand an sich selbst legen. Wieder aber finden wir Hinweise dafür, dass die genannte Auffälligkeit eher die allgemeine Irritabilität denn die offene Aggression begünstigt.

Biologische Faktoren spielen also wahrscheinlich eine Rolle als Wegbereiter. Sie begünstigen und erleichtern den Ausbruch von Aggressivität. Der Inhalt und der Sinn der folgenden Handlungen haben dann aber mehr mit der Persönlichkeit und den sozialen Bezügen des Täters zu tun. Für jene aber, die aggressive Menschen beurteilen müssen oder/und ihnen als Therapeut beistehen, ist es wichtig zu wissen, dass es solch biologische Mitspieler gibt, die das Phänomen menschlichen Wollens und Erlebens nachhaltig beeinflussen.

Schon die Erkenntnisse der Tiefenpsychologie verletzen das Selbstbewusstsein von uns Menschen, als sie Motive an den Tag brachten, von denen wir nichts wissen und auch nichts wissen wollen. Die Einsicht aber, dass ein chemisches Molekül, eine kleine, verstopfte Blutader im Gehirn und ähnlich lächerliche Dinge die ganze menschliche Herrlichkeit zunichte machen können, ist nur schwer zu ertragen. Und doch sind wir halt weder Herren in der Welt noch im eigenen Haus.

Selbstverständlich gibt es auch Untersuchungen, die den sozio-ökonomischen Wurzeln von Gewalt nachspüren. So fällt auf, dass Geschlecht, Rasse, Alter, Wohnort und soziale Schicht deutlich mit der Häufigkeit verbunden sind, Täter und Opfer von Gewalt zu werden. Daraus erwachsen Modelle, wie z.B. jenes der "Subkultur von Gewalt", das davon ausgeht, dass das Erleben von Gewalt als etwas Selbstverständlichem von Jugend auf Einstellung und Bereitschaft zu Gewalt prägt. Die Forschungsergebnisse dazu sind aber zumindest zwiespältig. Etwas weiter in Richtung Psychologie geht die Annahme, dass in der Jugend erlebte Gewalt wieder zu Gewalt führe. Gerade hier hat aber eine kürzlich erschienene Arbeit eher das Gegenteil erbracht.

Tiefer sozialer Status, der sich in schlechter Bildung, eingeschränkter Gesundheit, Instabilität der Familie, usw. äussert, scheint zumindest indirekt förderlich für Gewalt zu sein. Armut an sich macht aber offenbar weniger zu Gewalt geneigt als sichtbares Ungleichgewicht der Güterverteilung, was zu Gefühlen wie Neid, Hass und Benachteiligung führt

Bei der Beurteilung sozioökonomischer Faktoren hat es der Psychiater besonders schwer. Erinnern wir uns nämlich unserer Definition von Krankheit: Im Zentrum stand die Verhaltensabweichung eines Menschen vom Muster der ihn umgebenden Gemeinschaft. Was nun, wenn diese Gemeinschaft als Ganzes ein in unseren Augen abnormes Muster, z.B. erhöhte Gewaltbereitschaft zeigt? Ist diese Gruppe von Individuen, diese Gesellschaft jetzt als krank zu bezeichnen? Nein, denn meiner Meinung nach würde so der Krankheitsbegriff ungebührlich ausgedehnt und bis zur Unbrauchbarkeit verwässert. Sollten wir nicht besser von fragwürdigen (würdig, dass man Fragen stellt) sozialen Systemen sprechen? Käme dann die Psychiatrie nicht viel weniger in Versuchung, auf alle menschlichen Probleme eine Antwort parat haben zu müssen?

Nochmals nach meiner persönlichen Meinung sollte der Psychiater bei seinen Leisten (eben der körperlich-seelischen Ebene) bleiben, dabei sozioökonomische Faktoren in sein Denken und Handeln einbeziehen, mit anderen Fachvertretern zusammenarbeiten, sich aber bewusst sein, dass Gesellschaft nicht mit den Mitteln der Psychiatrie sondern der politischen Auseinandersetzung verändert werden muss.

Oft werden Begriffe, wie "Ganzheit", "System" und "Netzwerk" gerne dazu missbraucht, die Schwäche im eigenen "Handwerk" zu überspielen. Interdisziplinäres Arbeiten setzt aber voraus, dass man über (s)eine Disziplin in doppeltem Sinne verfügt. Protopathische Ahnungen dürfen und können nicht seriöse Ausbildung und Können ersetzen.

Bevor ich zu einem letzten, der Kriminologie näher stehenden Kapitel komme, möchte ich noch einen konkreten Fall vorstellen, der biologische Faktoren bei der Verursachung von Gewalt deutlich machen kann.

PM, geboren 1954. Litt an einer angeborenen Epilepsie und einer Zuckerkrankheit, Typ I. In der Schule trat der erste Tobsuchtsanfall auf, der als Ausdruck seiner Epilepsie interpretiert wurde. Bei Verstimmungen verweigerte der Knabe jegliche Nahrungsaufnahme und geriet dadurch in gefährliche Unterzuckerungen. Aufenthalte in spezialisierten Kliniken brachten keine Besserung. Die "Wutausbrüche" nahmen ein immer unheimlicheres Ausmass an. Die Aggressionen richteten sich auch gegen Mitmenschen, vor allem aber gegen Sachen und den Patienten selbst, wenn er mit den Kopf gegen die Wand zu rennen pflegte. Die Eltern hatten neben menschlichem Leid immer häufiger Schäden über tausende von Franken zu tragen. Der Sohn hielt sich nun fast ständig in Kliniken auf, wo man den Erregungstürmen auch mit starken Beruhigungsmitteln nicht mehr Herr wurde. In dieser verzweifelten Situation entschloss man sich zur stereotaktischen Ausschaltung der Mandelkerne im Gehirn, was am 06.09.1978 in Zürich durchgeführt wurde. Der Erfolg war frappant. Die ungeheuerlichen Ausbrüche blieben von nun an aus, Aerger, Wut und Zorn bewegten sich fortan im allgemein menschlichen Rahmen und konnten nötigenfalls mit üblichen Mitteln (Führung, sozialpsychiatrische Massnahmen, Medikamente) behandelt werden. PM wurde Tagespatient, wohnte bei seinen Eltern und konnte 1984 in eine eigene Wohnung ziehen. Er musste seither nie mehr aus psychiatrischen Gründen hospitalisiert werden. Was blieb, waren die bekannten Verstimmungen, die Wesensveränderung und die Zuckerkrankheit. Auch provozierte der Patient weiterhin Unterzuckerungen, die ihm dieses Jahr zum Verhängnis werden sollten. Zu spät fand man ihn in seiner Wohnung in tiefer Bewusstlosigkeit, und er verstarb, ohne das Bewusstsein wieder erlangt zu haben.

Nun zum angekündigten letzten Kapitel. Immer wieder hat der Psychiater Stellung zu nehmen zur Frage der Gefährlichkeit eines psychisch kranken oder behinderten Menschen. Richter brauchen diese Auskunft zur Anordnung von Massnahmen, Justizbehörden vor der Entlassung "gefährlicher" Delinquenten, aber auch Behörden im Rahmen zivilrechtlicher Verfahren, z.B. beim fürsorglichen Freiheitsentzug.

Kürzlich sorgte die Aussage zweier Psychologen für Aufmerksamkeit, dass eine gewöhnliche Klasse von Schulkindern besser über Gefährlichkeit zu befinden wüsste als sogenannte Fachleute. Letztere hatten wahrlich für Spott nicht zu

sorgen. Schaute man dann aber genauer hin, so zeigte sich ein Denkfehler, dem man als forensischer Psychiater immer wieder begegnet: die meisten Richter, Beamte, Betreuer aber leider auch Psychiater gehen von der allgemeinen, menschenmöglichen Gefährlichkeit aus. Wer wird einen Täter, der mehrfach Banken unter Geiselnahme überfallen hat, der alten Damen rücksichtslos ihre Taschen entreisst und sie dabei zu Fall bringt, der wiederholt Frauen vergewaltigt, nicht als gefährlich einstufen? Wer es nicht tut, muss schon sehr blauäugig am Nur-Guten im Menschen kleben, um ihm Harmlosigkeit zu attestieren.

Was man aber vom Psychiater erwartet, sind nicht Aussagen über diese augenfällige Gefährlichkeit sondern über jene, die aus einer diagnostizierbaren und noch immer wirksamen psychischen Krankheit erwächst und erwachsen kann. Und hier, so glaube ich jedenfalls, wäre auch die pfiffigste Schulklasse überfordert. Noch mehr ist dies gewiss eine Oeffentlichkeit, die zwar gerne von Solidarität redet, die sich aber von ihrem für mich verständlichen Vorurteil leiten lässt, dass jeder psychisch Kranke auch gefährlich sein müsse. Verständlich für mich deshalb, da Unbekanntes und Unverständliches (zum dritten Male sei es hier erwähnt) Angst gebiert, und diese ihrerseits zumindest Flucht, Ablehnung und zuletzt auch Aggression. Das Verhalten v.a. psychisch Schwerkranker ist aber oft leider dazu angetan, den direkt Beteiligten eben jene Angst einzuflössen.

Wie macht es denn nun aber der Psychiater? Er bedient sich zweier Methoden: einmal versucht er statistisch zu ergründen, wie gefährlich eine bestimmte Gruppe von Menschen mit einer ebenso bestimmten (Diagnose!) Krankheit ist. Dann wendet er sich mit diesem Hintergrundwissen dem einzelnen Individuum zu und trachtet aus der je unverwechselbaren Situation auf die ganz eigene Gefährlichkeit dieses Menschen unter ganz bestimmten Bedingungen zu schliessen.

Anlässlich der Vorbereitung zu diesem Vortrag erbat ich vom "Computer" eine Uebersicht von Arbeiten zum Stichwort "Violence and Psychiatry". Wir erhielten 442 Zusammenfassungen. Keine Angst, sie werden nicht referiert!

Bei der Durchsicht ergab sich folgende Schlussfolgerung: Psychische Krankheit an sich erhöht die generelle Gefährlichkeit bezüglich Gewalttätigkeit nicht.

Mit anderen Worten, der Anteil psychisch Kranker an der Gruppe von Gewalttätern unterscheidet sich nicht von jenem an der allgemeinen Bevölkerung. Innerhalb der Gruppe kranker Gewalttäter jedoch erweisen sich Patienten mit Schizophrenien überrepräsentiert, während affektive Psychosen (Manisch-depressives Kranksein) untervertreten sind. Das heisst für den Psychiater, dass er allein aus der Tatsache des Vorliegens psychischer Krankheit keine erhöhte Gefährlichkeit abzuleiten braucht, während er bei an Schizophrenie Erkrankten besondere Vorsicht walten lassen sollte.

Um diese "Erkenntnisse" mit unseren eigenen Erfahrungen zu vergleichen, stellte meine Assistentin, Frau B. Roos jene Gutachten seit 1982 zusammen, bei denen es um Gewaltdelikte ging. Sie zählte dazu: Raub, Raubüberfall; Tötungsdelikte; vorsätzliche Körperverletzung; Gefährdung des Lebens; Gewalt gegen Polizeibeamte; Nötigung, Notzucht, Vergewaltigung; Kindstötung; Kindsmisshandlung mit Todesfolge. N = 142; Mehrfachnennungen möglich.

Gleichzeitig wurden die entsprechenden Diagnosen aufgelistet (Tabellen 1 und 2). Die Tabelle mit der Strichzählung zeigt im Ueberblick deutlich, dass bei unserer (statistisch nicht abgesicherten) Stichprobe die schizophrenen Gewalttäter untervertreten sind, wenn man bedenkt, dass Schizophrenie in der Klinikpopulation die häufigste Diagnose darstellt. Die Ergebnisse bezüglich der affektiven Psychosen zeigten bei uns ein ähnliches Bild wie in der Literatur. Klar die grössten diagnostischen Gruppen sind die Persönlichkeitsstörungen und der Suchtmittelmissbrauch bis Abhängigkeit.

Soweit zur Statistik. Wie sieht nun das Vorgehen im Einzelfall aus? Zur Erläuterung mögen drei kurz gefasste, konkrete Fallgeschichten dienen:

Fall 1:

Paranoide Entwicklung mit Liebeswahn. Eifersucht auf den Nebenbuhler. Der Patient fährt diesem in seinem Wagen wiederholt nach, belästigt ihn von hinten mit den Scheinwerfern, überholt und bremst ihn aus. Es kommt zu verbalen Konfrontationen, in deren Verlauf der Patient zur Pistole greift. Glücklicherweise kann das Opfer die Schussabgabe verhindern. Nach der Entlassung aus der Untersuchungshaft vermag sich der Patient weiterer Delikte zu enthalten. Er ist teilweise einsichtig aber immer noch überzeugt, dass die

Angebetete ihn in Wahrheit weiter liebe. Für eine Therapie ist der Patient während des Untersuchungsgesprächs zu motivieren.

- Kriterien:
- Entwicklungen figurieren statistisch nicht unter den Diagnosen mit erhöhtem Gewaltrisiko
 - Patient ist wahnhaft. Erlebt den Freund der Angebeteten immer noch als Rivalen
 - Die Symptomatik erwies sich durch äussere Faktoren (U-Haft) als beeinflussbar
 - Teilweise Krankheitseinsicht
 - (Fragliche) Motivation zu einer Behandlung

- Facit:
- Gefährlichkeit vorhanden. Kann der Gesellschaft zugemutet werden unter der Bedingung von Behandlung und Kontrolle.

Fall 2:

Chronischer Alkoholiker. Schon viermal wegen Fahrens in angetrunkenem Zustande verurteilt. Fährt nach Wirtshausbesuch einen Zaun um. Im Gespräch uneinsichtig, bagatellisierend, anklagend. Entzog sich allen bisherigen Therapieversuchen. Sozialer Abstieg hat begonnen. Ehe in Trennung. Kommt mit einer Alkoholfahne zur Untersuchung.

- Kriterien:
- Alkohol statistisch wichtiger Faktor bei gewollter und ungewollter Gewaltanwendung
 - Lange Leidensgeschichte, dennoch keine Einsicht, keine Kooperation. Starke Projektionen.

- Facit:
- Stellt bis zu einer evt. Verhaltensänderung eine erhebliche Gefahr für seine Umgebung dar, obwohl er "nur" einen Zaun umfuhr.

Fall 3:

Paranoide Schizophrenie. Schubweiser Verlauf und Restsymptome im Intervall. In einem Intervall Verkehrsunfall: ein Mofafahrer biegt regelwidrig in die Hauptstrasse ein, touchiert den Wagen des Patienten, stürzt und verletzt sich so ungeschickt, dass er verstirbt. Patient ist untröstlich. War völlig

unauffällig gefahren, wies keinen Alkohol bei der Blutprobe auf. Während der Schübe tritt jeweils die wahnhafte Gewissheit auf, Daliah Lavi liebe ihn und werde ihn dereinst heiraten. Dabei kümmert er sich nicht um mögliche Konkurrenten sondern lebt in selbstversunkener, freudiger Erwartung. Deshalb jeweils starke Verwahrlosung und sozialer Beziehungsabbruch. Nach vielen Schüben heute gute Kooperation; sozial gut rehabilitiert.

Kriterien:

- Mit der Diagnose erhöhtes Gewaltrisiko
- Unfall hat mit der Krankheit nichts zu tun
- Patient einsichtig, kooperativ, erfahren
- Wahnhaftes Geschehen hat keine feindliche Tönung.

Facit:

- Keine Gefahr für die Öffentlichkeit.

Abschluss:

In meinem Vortrag versuchte ich v.a. Begriffe zu definieren und die Grenzen der Psychiatrie abzustecken. Innerhalb eben dieser Grenzen kann Gewalt auch als Symptom psychischer Erkrankung auftreten. Dann gilt es offen und wachsam zu sein für biologische, psychologische und soziale Faktoren. Zuletzt wurde das Thema "Gefährlichkeit aus Krankheit heraus" beleuchtet.

- Nicht jeder Gewalttäter ist krank.
- Nicht jeder Kranke ist gewalttätig.
- Gewalt als Krankheit heraus ist möglich.

Berücksichtigung aller in der
Psychiatrischen Klinik Königsfelden
erstellten psychiatrischen Gutachten
ab April 1982

Tabelle 1

<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Psychiatrische Diagnosen</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 10px;">Gewalt- delikte</div> </div>							
	Raubüberfall	Tötungsdelikte	Körperverletzung (vorsätzl.)	Gefährdung des Lebens	Gewalt gegen Polizei- beamte	Notzucht/Nötigung Vergewaltigung	Kindstötung/Kinds- misshandlung/Kinds- misshandlung m. Todes- folge
Schizophrenie	III	I	II	II		I	I
MDK				I	I		
Schizoaffective Psychose							I
Andere psychot. Zustände	I		I	I			
Neurosen Pers.störungen, Borderline Psychopathie	III III III III III	III III III III	III III I	III III II	III	III III III	III I
Drogen	III III III I	III	II	III	I	III	
Alkohol	III	III II	III	III	III	III	I
POS/AER (inkl. pathol. Rausch)	III	III	III I	II	I	II	III
Minderbegabung	II	II	I	I		III	II
Impulshandlung Affekthandlung / Primitivhandl. Durchbruchshandlung	I	III	II	III			II
Diverse (Entwicklungen, Adoleszenz- tenkrise)	II	II	II	III		III	II
Gesund (keine psych. Diagnose)	III				I		

Berücksichtigung aller in der
Psychiatrischen Klinik Königsfelden
erstellten psychiatrischen Gutachten
ab April 1982

Tabelle 2

<div> <div>Gewalt- delikte</div> <div>Psychiatrische Diagnosen</div> </div>	Raubüberfall	Tötungsdelikte	Körperverletzung (vorsätzl.)	Gefährdung des Lebens	Gewalt gegen Polizei- beamte	Notzucht/Nötigung Vergewaltigung	Kindstötung/Kinds- misshandlung/Kinds- misshandlung m. Todes- folge
Schizophrenie	5	1	2	2		1	1
MDK				1	1		
Schizoaffective Psychose							1
Andere psychot. Zustände	1		1	1			
Neurosen Pers.störungen, Borderline Psychopathie	23	19	11	12	4	15	6
Drogen	16	5	2	3	1	3	
Alkohol	5	7	4	4	4	4	1
POS/AER (inkl. pathol. Rausch)	3	5	6	2	1	2	3
Minderbegabung	2	2	1	1		3	2
Impulshandlung Affekthandlung / Primitivhandl. Durchbruchshandlung	1	3	2	3			2
Diverse (Entwicklungen, Adoleszen- tenkrise)	2	2	2	4		4	3
Gesund (keine psych. Diagnose)	4				1		

